

## Die sozialräumliche und personen-zentrierte Ausrichtung der Langzeitpflege – Anbindung der Berufsausbildung

### Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung - Langzeitpflege im gesellschaftlichen Fokus</b>	<b>2</b>
1.1	Ausbau ambulanter und intermediären Versorgungsstrukturen	3
1.2	Wertewandel und gesundheits- bzw. alterspolitische Stossrichtungen	4
1.3	Wandel vom klassischen Pflegeheim zum Dienstleistungsunternehmen	5
1.4	Das Projekt «BESRO – Anbindung der Berufsausbildung an die Sozialraumorientierung»	6
<b>2.</b>	<b>Sozialraumorientierung</b>	<b>7</b>
2.1	Der Sozialraum als Bezugspunkt für die Alters- und Versorgungspolitik	7
2.2	Mit der Sozialraumorientierung verfolgte Absichten	8
2.3	Stand der Umsetzung sozialraumorientierter Ansätze	9
<b>3.</b>	<b>Personenzentrierung</b>	<b>10</b>
3.1	Mit Personenzentrierung zur verbesserten Lebensqualität	10
3.2	Einfluss von Kontext und Kultur auf die personenzentrierte Praxis	11
3.3	Personenzentrierung als gesundheits- und sozialpolitisches Leitbild	13
3.4	Personenzentrierung als Qualitätskriterium der Leistungserbringung	14
3.5	Herausforderungen bei der Implementierung von Personenzentrierung	14
<b>4.</b>	<b>Caring Communities</b>	<b>16</b>
4.1	Chancen der Caring Communities	16
4.2	Rolle der Professionellen in Caring Communities	17
<b>5.</b>	<b>Stationäre Langzeitpflege</b>	<b>19</b>
5.1	Komplexer werdende Gesundheitsversorgung	19
5.2	Steigender Kompetenzbedarf zur Stärkung von Lebensqualität	19
<b>6.</b>	<b>Empfehlungen und Schlussfolgerungen</b>	<b>20</b>
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>24</b>

## 1. Einleitung - Langzeitpflege im gesellschaftlichen Fokus

In den vergangenen Jahren hat sich die Aufmerksamkeit für die Langzeitpflege erhöht. Eine Ursache ist, dass der Anteil von Menschen im Alter mit und ohne Beeinträchtigung angestiegen ist und in den kommenden Jahren weiterhin zunehmen wird. Daneben ist die Langzeitpflege auch deswegen relevanter geworden, weil das Thema die überwiegende Mehrheit der Gesellschaft direkt oder indirekt betrifft. Sei es, weil Eltern, Angehörige, Freund:innen, Menschen aus der Nachbarschaft oder dem weiteren Umfeld auf Betreuung und Pflege angewiesen sind. Sei es aus Überlegungen zum persönlichen Altern und den damit verbundenen Vorstellungen, was dann sein wird, oder weil die eigene Erwerbsarbeit oder die freiwillig geleistete Hilfe und Unterstützung in einem Zusammenhang mit der Langzeitpflege stehen.

Die Langzeitpflege wird auch durch mediale Berichterstattungen und politische Aktivitäten in die Öffentlichkeit getragen. Eine Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz (Greiwe & Baumgartner, 2020) zeigt, dass über einen Zeitraum von 10 Jahren viel über die Langzeitpflege beziehungsweise über Alters- und Pflegeheime berichtet wurde, etwa im Zusammenhang mit Demenz, Kosten und Finanzierung, Neubauten oder Bewohner:innen. Seit der Coronapandemie sehen sich Langzeitpflegeinstitutionen zudem stärker mit der Forderung konfrontiert, die Lebens- und Versorgungsqualität von Bewohner:innen zu garantieren. Wobei die Institutionen nicht allein die Bewohner:innen krankheitsorientiert versorgen und ihr Leben verlängern sollten, sondern auch die Bedürfnisse nach sozialen Kontakten oder den selbstbestimmten Umgang mit Impfeempfehlungen besser berücksichtigen sollten. Institutionen der Langzeitpflege werden zunehmend danach bewertet, wie gut es ihnen gelingt, einem solch umfassenden Anspruch gerecht zu werden.

Bei den sozialpolitischen Debatten und Aktivitäten stehen überwiegend die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft mit dem steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf und den damit verbundenen finanziellen Auswirkungen im Fokus. Dabei werden Menschen im Alter häufig als homogene Gruppe dargestellt, der spezifische Werthaltungen und Vorstellungen über das Leben im Alter zugeschrieben werden kann. Dazu fällt auf, dass gängige Altersbilder vielfach noch immer von mehrheitlich defizitären Vorstellungen über das Älterwerden und Altsein geprägt sind. Die Ressourcen und Potentiale von Menschen im Alter werden oftmals nicht angemessen berücksichtigt. So sind die meisten alten Menschen erst ganz am Lebensende auf stationäre Pflege angewiesen. Die überwiegende Mehrheit von alten Menschen können mit familiärer oder professioneller Unterstützung auch bei nachlassenden funktionalen Fähigkeiten und gesundheitlichen Herausforderungen in ihrem gewohnten Lebensumfeld verbleiben.

Aufgrund steigender Kosten und finanzieller Belastungen des Gesundheits- und Sozialwesens generell wird die Finanzierung der Altersvorsorge am häufigsten thematisiert. Gemäss einer Studie der Universität St. Gallen (Eling & Elvedi, 2019) wird im Gesundheits- und Sozialbereich bis ins Jahr 2050 mit einem Kostenwachstum von 15,6 Mrd. CHF auf 31,3 Mrd. CHF pro Jahr gerechnet. Diese Prognosen gefährden eine nachhaltige Finanzierung sowie die erforderlichen Leistungen in der Langzeitpflege. Zu diskutieren geben dabei nicht nur die Pflegeleistungen, welche unter die Grundversorgung fallen und durch die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definiert sind. Vielmehr geht es auch um diejenigen Leistungen, welche über den pflegerisch-medizinischen Rahmen hinausgehen und als «Betreuungs-Leistungen» bezeichnet werden. Diese umfassen beispielweise Unterstützung bei Verrichtungen des täglichen Lebens, die Förderung von Selbstständigkeit und Eigeninitiative oder das Erhalten von sozialen Kontakten. Obwohl diese Leistungen für ein würdevolles Altern, die Autonomie und Selbstbestimmung sowie den Verbleib im gewohnten Lebensumfeld unbestritten sind, bestehen bis heute dafür keine strukturellen

Finanzierungsgrundlagen. Dies, obschon Betreuungsleistungen in der Langzeitpflege einen festen Bestandteil der täglichen Arbeit darstellen und die Grenzen zwischen Pflege und Betreuung fließend sind.

Langzeitpflege wird nicht zuletzt auch durch politische Initiativen, wie beispielsweise die Volksinitiative «Für eine starke Pflege» oder parlamentarische Vorstösse wie «Versorgungslücken schliessen – Es ist Zeit für neue Pflegemodelle» direkt oder indirekt thematisiert. Langzeitpflege beschäftigt und interessiert über Berufsangehörige, Politiker:innen, Medienschaffende, sowie Bewohner:innen hinaus die gesamte Gesellschaft. Diese ist gefordert, mit ihren Leistungen die gesellschaftlichen Erwartungen an eine würdevolle, individualisierte, wirksame und wirtschaftliche Betreuung und Pflege zu erfüllen.

## 1.1 Ausbau ambulanter und intermediärer Versorgungsstrukturen

Obschon viele Menschen im Alter lang gesund sind (Höpflinger et al, 2019), steigt mit zunehmender Lebenszeit die Wahrscheinlichkeit von Funktionseinschränkungen und Multimorbidität oder der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und damit die Nachfrage nach Hilfe-, Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen (hier im Weiteren als Betreuungs- und Pflegeleistungen beschrieben). Diese Leistungen werden sowohl im gängigen Sprachgebrauch wie auch in Fachdiskussionen unter dem Begriff Langzeitpflege subsumiert, sofern sie in einem Zusammenhang mit altersbedingten Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Einschränkungen in der Lebensführung stehen. Eine einheitliche begriffliche Klärung von Langzeitpflege liegt dazu in der Literatur nicht vor. Die unterschiedlichen Leistungen werden von diversen Akteur:innen, wie Angehörigen, Langzeitpflegeinstitutionen, Spitex-Diensten oder Ärzt:innen, sowie in unterschiedlichen Settings, etwa in der privaten Wohnung (ambulante Versorgung), in betreuten Wohnformen oder Kurzeintaufenthalten (intermediäre Strukturen) und in stationären Einrichtungen, erbracht. Gemäss Höpflinger (2018) zeigt sich, dass insbesondere die Zwischenformen wie betreute Wohnformen, dezentralisierte Pflegewohngruppen oder Kurzeintaufenthalte im Pflegeheim (beispielsweise nach einer Spitaloperation) an Bedeutung zunehmen. Damit einher geht ein Trend, dass Pflegeheime zunehmend nur noch für Menschen mit komplexen geriatrischen und palliativen Situationen, psychischen Erkrankungen oder demenziellen Entwicklungen Leistungen erbringen. Dies widerspiegeln Zahlen des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Datentabelle 2018-2020 (vgl. OBSAN, 2022), welche seit Jahren einen Rückgang der Aufenthaltsdauer von Menschen im Alter in Pflegeheimen belegen. Diese Entwicklung wird unter anderem auf eine Langzeitpflegepolitik zurückgeführt, welche den Schwerpunkt auf den Ausbau ambulanter und intermediären Versorgungsstrukturen und die Unterstützung in der eigenen Wohnung verlagert. Dies entspricht auch der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates: «Eine verstärkte Ausrichtung auf ambulante und intermediäre Versorgungsstrukturen ist notwendig, teilweise auch an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialversorgung (Tageskliniken, betreutes Wohnen)», heisst es im entsprechenden Strategiedokument des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, 2019). Diese gesundheitspolitische Stossrichtung gilt es vor dem Hintergrund der Zunahme von Menschen im Alter zu verstehen. Eine Studie des OBSAN (vgl. Mai 2022) prognostiziert einen zusätzlichen Leistungsbedarf um mehr als die Hälfte (56%) an Alters- und Langzeitpflege bis ins Jahr 2040. Eine unveränderte Versorgungspolitik würde 54 335 zusätzliche Langzeitbetten oder 900 zusätzliche Pflegeheime bis 2040 erfordern.

Obschon die stationäre Langzeitpflege ein tragender Pfeiler in der regulatorischen Verpflichtung für die «Hilfe und Pflege von Menschen im Alter und Menschen mit Behinderung zu sorgen» darstellt, benötigt dieser wachsende Bedarf an Kapazitäten in der Langzeitpflege und -betreuung eine veränderte Politik. Aktuelle Diskussionen zur Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit durch die Ausweitung von Leistungen im ambulanten Bereich und deren Ausgestaltung im örtlichen Kontext, im Wohn- und

Beziehungsumfeld von Menschen im Alter (Sozialraumorientierung), schliessen hier an. Anvisiert wird dabei, dass in einem bestimmten Quartier, Stadtteil oder Region Angebote und Betreuungs- und Pflegeleistungen zur Verfügung stehen, die sowohl dem objektiven Bedarf wie auch dem subjektiven Bedarf den subjektiven Bedürfnissen entsprechen. Der objektive Bedarf ist aufgrund von Krankheit, Vulnerabilität, Funktionseinschränkungen oder Behinderung als fachlich oder wissenschaftlich bestätigter Bedarf zu verstehen. Demgegenüber stehen die subjektiven Bedürfnisse - der Wunsch bzw. die persönlichen Bedürfnisse nach Leistungen.

## 1.2 Wertewandel und gesundheits- bzw. alterspolitische Stossrichtungen

Die Nachfrage nach bedarfs- und bedürfnisgerechten Betreuungs- und Pflegeleistungen im Wohn- und Beziehungsumfeld von Menschen im Alter, im Bereich von privaten Wohnungen oder betreuten Wohnformen, ist in den letzten Jahren quantitativ stark gewachsen. Mitverantwortlich dafür sind auch der gesellschaftliche Wertewandel und individualisiertere Lebensentwürfe von Menschen im Alter. Diese führen zu veränderten Ansprüchen hinsichtlich einer selbstbestimmten Lebensführung und Erwartungen an die Lebensqualität im dritten und vierten Lebensabschnitt. Selbst bei altersbedingt nachlassenden Fähigkeiten und/oder Unterstützungsbedürftigkeit möchten Menschen im Alter ihr gewohntes Leben möglichst lange weiterführen (Vision Wohnen im Alter, CUARAVIVA 2020). Sie legen zunehmend mehr Wert auf ihre Unabhängigkeit in einer selbstgewählten Wohnform und sind zusehends besser in der Lage, ihre tatsächlichen Unterstützungsbedürfnisse zu artikulieren. Zur Kompensation nachlassender Fähigkeiten bzw. zur Deckung eines eintretenden Unterstützungsbedarfs wollen sie möglichst zwischen diversen, breitgefächerten Leistungen (Hauswirtschaft, Betreuung, Pflege etc.) auswählen und damit ihre Vorstellungen einer individuellen Lebensqualität auch in diesem Lebensabschnitt realisieren. Damit einhergehend gewinnt der jeweilige Wohnstandort an Bedeutung, da dieser einen beachtlichen Einfluss auf die Möglichkeit zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben hat. Wie Bevölkerungsbefragungen sowie Analysen in Städten und Gemeinden zeigen, wünschen sich Bürger:innen für das Alter Wohnformen, die das Miteinander und die soziale Einbindung fördern, Barrierefreiheit sowie Möglichkeiten unterstützende Dienstleistungen in unmittelbarer Umgebung zu nutzen (Kanton BL, 2019; Vögeli, 2019).

Die Vorstellungen und Wünsche der Menschen im Alter hinsichtlich einer selbstbestimmten Lebensführung, mit einer Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, widerspiegeln sich auch in verschiedenen alterspolitischen Grundlagen und Stossrichtungen. Diese weisen zudem darauf hin, dass bedarfs- und bedürfnisgerechte Ansätze der Leistungserbringung verankert bzw. gefordert sind. Dies zeigen folgende Beispiele:

1. Die Strategie für eine schweizerische Alterspolitik (2007): Die Strategie beinhaltet eine detaillierte Analyse der damaligen Situation. Sie definiert zwei Stossrichtungen und beschreibt Handlungsoptionen. Die erste Stossrichtung fokussiert auf die Ressourcen und Leistungspotentiale. Selbstbestimmung und Partizipation älterer Menschen sollen gefördert werden. Die zweite Stossrichtung berücksichtigt die spezifischen Bedürfnisse der älteren Menschen. Es soll ihnen ermöglicht werden, einen ihren Wünschen entsprechenden würdigen letzten Lebensabschnitt zu verbringen.
2. Der Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über Altern und Gesundheit (2016): Die konzeptionelle Basis des Weltberichts sind die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung (1986) sowie das WHO «Framework on integrated, people-centred health services» (2016), welche die Bedürfnisse und Partizipation von Personen, deren Familien und ihrem Umfeld ins

Zentrum stellen. Zentrale Leitpostulate dieser Grundlagen sind Lebensqualität, Chancengleichheit, Selbstbestimmung, Autonomie, Einbezug und Mitwirkung.

3. Der Aktionsplan UN-Behindertenrechtskonvention der Verbände der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf 2019-2023 (2019): Die Lebenserwartung von Menschen mit einer Behinderung nimmt zu. Immer mehr Menschen mit Behinderung werden alt und alte Menschen werden behindert. Die UN-BRK ist eine Aufforderung an die Institutionen, ihre Strukturen, Prozesse und Dienstleistungsangebote bedürfnis- und bedarfsorientiert weiterzuentwickeln und dabei die Partizipation von Menschen mit Behinderung zu stärken. Wichtige Stichworte sind hierbei Lebensqualität, Chancengleichheit, Selbstbestimmung, Autonomie, Einbezug, Mitwirkung und Teilhabe.
4. Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030, die auf einem bedarfs- und bedürfnisgerechten Ansatz der Leistungserbringung basiert: «Die Strategie orientiert sich am Bedarf der Menschen und an ihren Vorstellungen von einem gesunden Leben sowie einer guten Versorgung». Dabei wird die Absicht zum Erhalt und der Förderung von Lebensqualität für alle Lebensphasen hervorgehoben (BAG, 2019).

### 1.3 Wandel vom klassischen Pflegeheim zum Dienstleistungsunternehmen

Analog zur sich verändernden Langzeitpflegepolitik bzw. zu den Entwicklungen um den individuellen Bedarf und Bedürfnissen der Menschen im Alter besser gerecht zu werden, zeichnen sich tiefgreifende Umbrüche bei der Ausgestaltung und Planung der Betreuungs- und Pflegeleistungen für Menschen im Alter ab. Der Trend führt gemäss diversen Publikationen (vgl. CURAVIVA Vision Wohnen im Alter, 2020 – Abbildung eines ganzheitlichen, dezentralen und sozialraumorientierten Dienstleistungsansatz) und beobachtbarer Entwicklungen in der Praxis (vgl. Viva Luzern, 2022 – Wohnungen und Dienstleistungen eingebettet ins Stadtquartier) weg von klassischen Pflegeheim-Strukturen hin zu selbstgewählten Wohnformen, wo unterstützungsbedürftige Menschen im Alter mit ihrem räumlichen und sozialen Umfeld vernetzt sind. Dies schafft für Dienstleistungserbringer neue Möglichkeiten in der Gestaltung von Betreuungs- und Pflegeleistungen. Dabei zeigen sich Tendenzen, die Leistungen nicht mehr nach normierten Standards und Pauschalangeboten von Institutionen zu gestalten, sondern die Menschen mit ihren Bedürfnissen und Präferenzen ins Zentrum zu stellen. Von der Grundausrichtung bedeutet dies, dass die Institutionen versuchen, sich mit ihren Leistungen zunehmend den Menschen im Alter anzupassen. Dies beinhaltet beispielsweise am individuellen Bedarf orientierte Angebote zur Alltagsgestaltung, mehr Wahlmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Einnahme von Mahlzeiten, stärkeren Einbezug der Bewohner:innen beispielsweise hinsichtlich der Nutzung und Gestaltung von gemeinschaftlichen Räumen oder auch die Wahrung von Privatsphäre. Betreuungs- und Pflegeleistungen werden auf diese Weise personenzentrierter, somit ganzheitlicher (der Fokus nicht alleinig auf Funktionseinschränkungen, Krankheiten oder Behinderungen gerichtet) und stärker entlang den Bedürfnissen und Präferenzen der Menschen im Alter konzipiert.

Dieser Wechsel von einer Angebots- zu einer Nachfragestruktur verändert die ambulante, intermediäre und stationäre Langzeitpflege. Flexiblere personenzentrierte Betreuungs- und Pflegeleistungen ergänzen und verdrängen standardisierte Leistungen und Pauschalangebote. Seitens der Leistungserbringer zeigen sich entsprechend Entwicklungen von «traditionellen Pflegeheim-Angeboten» hin zu «Dienstleistungsunternehmen». Solche Dienstleistungsunternehmen zeichnen sich einerseits durch ein breites Angebot verschiedener Wohn-, Betreuung- und Pflegeformen aus. Andererseits bieten sie immer mehr Produkte und Dienstleistungen an, die den tatsächlichen Bedarfs- und Bedürfnislagen entsprechen und auf

Menschen mit Unterstützungsbedarf als Teil eines sozialen und lebensweltlichen Umfelds zugeschnitten sind.

## **1.4 Das Projekt «BESRO – Anbindung der Berufsausbildung an die Sozialraumorientierung»**

Der beschriebene Wandel befindet sich in einem frühen Stadium. Das zeigt sich in der überschaubaren Anzahl erfolgreicher Modelle guter Praxis. Es sind also verschiedene Initiativen und Projekte erforderlich, die für diese Veränderungen und Entwicklungen sensibilisieren. Solche Projekte können darauf zielen, Organisationsentwicklungsprozesse hin zu sozialräumlichen und bedürfnisorientierten Angebotsstrukturen auszulösen oder weiterzuentwickeln. Oder sie stossen Bildungsinitiativen an und entwickeln die Berufsausbildung weiter, um so laufende Veränderungen zu unterstützen. Mit dieser Absicht wurde das Projekt «BESRO – Anbindung der Berufsausbildung an die Sozialraumorientierung» des Branchenverbands CURAVIVA initiiert. Im Zentrum des abgeschlossenen Projekts stand die Idee, Entwicklungen in der Branche diversen Akteur:innen zugänglich zu machen und gemeinsam im Rahmen des sozialraumorientierten Ansatzes verschiedene Aspekte, welche für die Entwicklung und Umsetzung von sozialräumlichen und personenzentrierten Unterstützungsleistungen relevant sind, zu identifizieren und über den Multiplikatoren-Ansatz zu verbreiten.

Das Akronym «BESRO» ist aus den Anfangsbuchstaben von Berufsausbildung & Sozialraumorientierung gebildet. Ein Hauptbestandteil des Projekts «BESRO» umfasste zwei Workshopveranstaltungen. Dabei ging es wesentlich darum, prioritäre Themenfelder zu identifizieren, Anforderungen an Leistungserbringer und Berufsgruppen zu formulieren sowie Empfehlungen mit einer anschliessenden Validierung im Kontext der Sozialraumorientierung herzuleiten. Für ein Projekt wie «BESRO» mit seinem Bezug zum Sozialraum und einer damit notwendigen kooperativen Versorgungspraxis war es selbstverständlich, verschiedene Akteure aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen zusammenzubringen und deren Themen, Perspektiven und Erfahrungen einzubinden. Dementsprechend setzte sich die Gruppe der Workshopteilnehmer:innen aus Vertretungen von verschiedenen Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, aus dem medizin-therapeutischen Bereich, der Hauswirtschaft und Aktivierung sowie aus Ausbildungsbetrieben und Bildungsinstitutionen zusammen. Ebenso zählten Branchen- oder Verbandsvertreter:innen und Vertretungen aus behördlichen Organisationen dazu. Die Gruppe umfasste beim ersten Treffen rund 45 Personen und beim zweiten Anlass 24 Teilnehmende. Das Projekt wurde begleitet von einer Expert:innengruppe mit Vertretungen aus der Praxis, Organisationen der Arbeitswelt, Berufs- und Branchenverbänden.

An den Veranstaltungen wurde unter anderem deutlich, wie unterschiedlich Begrifflichkeiten wie beispielsweise Sozialraumorientierung oder Personenzentrierung verwendet werden. Zudem zeigten sich in den Diskussionen teilweise abweichende konzeptionelle Standpunkte. Unterschiedliche Hintergründe, Zugänge und kulturelle Konstrukte beeinflussten dementsprechend die gemeinsame Erarbeitung und Verdichtung von Wissen und Erfahrungen auf dem Weg zu den angestrebten Empfehlungen. Dennoch stellen die eher übergeordnet gefassten Empfehlungen im Kontext des Wandels in der Langzeitpflege einen wichtigen Schritt dar. Es gilt einerseits darauf aufmerksam zu machen, inwiefern und mit welchem Ausmass sich die Langzeitpflege in einer Transformation befindet. Andererseits können sozialräumliche und bedürfnisorientierte Angebotsstrukturen nicht einfach umgesetzt werden, sondern erfordern eine bereite Auseinandersetzung mit verschiedenen Akteur:innen auf allen Ebenen. Idealerweise werden insbesondere Bildungsinstitutionen für Fachpersonen der Gesundheits- und Sozialberufe früh und kontinuierlich in diesen Prozess miteinbezogen. Bildungsinstitutionen kommt die gewichtige Rolle zu, genügend

und angemessen qualifizierte Fachpersonen auf unterschiedlichen Ausbildungsniveaus zur Verfügung zu stellen und damit Entwicklungen innerhalb von Versorgungsstrukturen zu ermöglichen respektive sozialraum- und personenzentrierte Ansätze umzusetzen.

Die Publikation beinhaltet vier mit dem Projekt BESRO in Verbindung stehende Beiträge: Erstens eine Hinführung zur «Sozialraumorientierung» nach dem Verständnis der Föderation ARTISET mit ihren Branchenverbänden CURAVIVA, INSOS und YOUVITA. Die Föderation steht für Unterstützung von Dienstleistern für Menschen im Alter, Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche. Das Konzept der Sozialraumorientierung bildete den Ausgangspunkt und den theoretischen Bezugsrahmen für das Projekt «BESRO». Zweitens werden zwei weitere Konzepte, die «Personenzentrierung» und das Konzept der «Caring Community», so weit beschrieben, wie es für das Verstehen der inhaltlichen Zusammenhänge zwischen den Konzepten erforderlich ist. Diese konzeptuellen Ausführungen tragen unter anderem dem Anliegen der Workshop-Gruppe Rechnung, dass Sozialraumorientierung, Personenzentrierung und der Caring Community Ansatz bisher nicht zusammengeführt thematisiert wurden. Drittes wird aufgezeigt, dass die stationäre Langzeitpflege insgesamt komplexeren Gesundheitssituationen gegenübersteht und sich gleichzeitig damit konfrontiert sieht, innovative Strategien zu entwickeln und Konzepte mit einer nachweislichen Wirkung auf die Lebensqualität umzusetzen. An diese Ausführungen schliessen basierend auf den Beiträgen der ins Projekt BESRO involvierten Expert:innen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Berufs- und Bildungslandschaft an.

## 2. Sozialraumorientierung

In Anbetracht der veränderten gesellschaftlichen Altersstruktur und dem damit verbundenen zunehmenden Bedarf an Betreuungs- und Pflegeleistungen, des Wertewandels und der fehlenden nachhaltigen Finanzierung zeichnen sich Bestrebungen ab, die Langzeitpflege nachfrageorientierter und effektiver zu gestalten. Auf der Nachfrageseiten stehen auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittene Betreuungs- und Pflegeleistungen im Zentrum, welche eine eigenständige und selbstbestimmte Lebensweise möglichst bis zum Lebensende erlauben und einen Übertritt in eine betreute Wohnform oder eine stationäre Einrichtung so lange wie möglich verhindern. Dabei entspricht es dem Wunsch einer überwiegenden Mehrheit von Menschen im Alter, bei Bedarf Dienstleistungen im eigenen Lebens- respektive Sozialraum in Anspruch zu nehmen.

### 2.1 Der Sozialraum als Bezugspunkt für die Alters- und Versorgungspolitik

Orte und Strukturen werden als «Sozialräume» verstanden. Sozialräume sind sowohl geografisch begrenzte Orte wie auch soziale Lebenswelten, die für Menschen von Bedeutung sind und in denen sie Kontakte und Interaktionen gestalten. Sozialräume können aus Sicht einer Person viele Orte sein, sofern diese für ihr Leben wichtig sind (CURAVIVA, 2016).

Werden geografisch begrenzte Orte mit ihren Besonderheiten zum Bezugspunkt politischer Aktivitäten, wird von Sozialraumorientierung gesprochen. Zu den politischen Aktivitäten gehört auch die Ausgestaltung der Alters- und Gesundheitspolitik. Hier haben in der Schweiz primär die Kantone eine zentrale Verantwortung, welche vielerorts von diesen an Städte oder Gemeinden delegiert wird. Die Ausgestaltung der Alters- und Gesundheitspolitik kann sich auf die Kernaufgabe der stationären, intermediären und ambulanten Pflege und Betreuung konzentrieren oder eine umfassende Alterspolitik beinhalten (Stremlo et

al, 2018). So zeigt sich eine politische Ausrichtung an Sozialräumen in gesetzlichen Grundlagen (Steuerung und Finanzierung der Langzeitpflege) sowie in alterspolitischen Stossrichtungen und manifestiert sich etwa in Altersleitbildern, Alterskonzepten, Bedarfsanalysen und Angebotsplanungen (Stremlow et al, 2018). Manche Fragen sind Bezugspunkte für politische Aktivitäten: Wie hoch wird der Anstieg von Menschen im Alter prognostiziert? Wie entwickelt sich die Nachfrage an ambulanten, intermediären und stationären Angeboten? Welche Dienstleistungen für alte Menschen werden von der Gemeinde/Stadt und welche von privaten Anbietern erbracht? Oder welche besonderen Bedürfnisse haben alte Menschen in den Quartieren, Gemeinden und Stadtteilen? Ein weiteres Merkmal von Sozialraumorientierung besteht darin, dass sich Planungs-, Gestaltungs- und Entwicklungsprozesse (Sozialraumplanung) auf Sozialräume beziehen. Sozialraumorientierte Ansätze betonen, dass in einer sozialen und räumlich vernetzten Lebenswelt sowohl Ursachen für das Entstehen von Unterstützungsbedarf liegen als auch Möglichkeiten und Ressourcen bestehen, um Unterstützung zu leisten, zum Beispiel über verschiedene soziale Unterstützungssysteme. Sozialraumorientierte Ansätze bieten deshalb einen Bezugspunkt für die praktische Sozial- und Alterspolitik (Heerdt, 2021).

Sozialraumorientierung basiert auf einer Mitwirkung, Kooperation und Nutzung von Synergien einer Vielzahl von Akteuren (ambulanten, intermediären und stationären Leistungserbringer) und sieht vor, dass diese ihre auf den Bedarf bzw. die Bedürfnisse zugeschnittenen Leistungen vernetzt erbringen. Dies machen eine interdisziplinäre Vernetzung und institutionsübergreifendes Zusammenarbeiten unverzichtbar. Davon tangiert sind die Bereiche Soziales (Infrastruktur, Umfeld), Wohnen (Wohnumfeld, Wohnangebote) und Dienstleistungen (Unterstützungsangebote, Beratung, Pflege). Sozialraumorientierung beinhaltet zudem eine Weiterentwicklung der Infrastruktur in Quartieren, Dörfern und Städten. Dem Quartierentwicklungsansatz, der sozialräumlichen Stadtentwicklung und schliesslich dem Quartier- und Sozialraum-Monitoring kommen dabei eine zentrale Bedeutung zu (Stadt Bern, 2020; Kremer-Preiß & Mehnert, 2019; Pfiffner & Grieb, 2019).

## **2.2 Mit der Sozialraumorientierung verfolgte Absichten**

Seitens der Behörden werden mit der Sozialraumorientierung vielfach Optimierungsabsichten im Zusammenhang mit dem Kostenwachstum sowie die Sicherstellung von bedarfsgerechten Pflege- und Betreuungsformen verfolgt (Reutlinger, 2019). Bestimmend dabei ist der Leitgedanke, dass in örtlichen Strukturen verschiedene Akteure aktiv sind, deren Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten vernetzt und gebündelt werden können und damit Leistungen nicht nur fachlich besser und effizienter, sondern von Menschen mit Unterstützungsbedarf auch besser genutzt werden. Bei einer umfassenden Alterspolitik geht es zudem darum, die räumliche Umgebung – hier von Menschen im Alter – ausgehend von ihren spezifischen Bedürfnissen (erhoben beispielsweise durch «Quartierbegehungen») zu gestalten und die Selbstbestimmung, Partizipation, Chancengleichheit und Eigenverantwortung zu fördern. Damit soll die individuelle Lebensqualität von Menschen eine Verbesserung erfahren und auch ein würdevolles Leben im letzten Lebensabschnitt ermöglicht werden. Sozialraumorientierung wird damit zu einem personenzentrierten Konzept erster Ordnung, das die Bedürfnisse von Menschen ins Zentrum rückt, diese mit ihren Ressourcen und Fähigkeiten beteiligt, um sich in die individuelle Verbesserung von Lebensqualität einzubringen. Letztlich wird mit der Sozialraumorientierung auch dem Leitsatz «ambulant vor stationär» der Schweizer Gesundheitspolitik Rechnung getragen. Auf der Angebotsseite beginnen Leistungserbringer (Langzeitpflegeinstitutionen) einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und sich als Mitverantwortliche eines Sozialraum zu verstehen, indem sie Rundumangebote von Wohn-, Betreuungs- und Pflegeleistungen mit einer Ausweitung in den Wohn- und Lebensraum von Menschen im Alter erbringen. Damit leisten sie einen notwendigen Beitrag, um der steigenden Anzahl von Menschen in selbstgewählten



Wohnformen Unterstützungsleistungen anzubieten und die Versorgung von Menschen im Alter insgesamt zu sichern (wie auch eigene zusätzliche wirtschaftliche Ziele zu realisieren). Langzeitpflegeinstitutionen gestalten den Sozialraum dadurch mit, indem sie die Angebotsstruktur und Dienstleistungspalette für Menschen im Alter in einem Quartier oder Stadtteil mit anderen Akteuren mitentwickeln oder gar vorantreiben. Dies kann beispielsweise geschehen, indem sie Angebote der eigenen Institution für Menschen im Quartier öffnen, den Mittagstisch zum Beispiel oder einen Zugang zu bestimmten Pflegeleistungen schaffen (beispielsweise Wundversorgungen o. ä.). Weiter können sie auch Ressourcen von Freiwilligen, kirchlichen Organisationen, Vereinen oder Verbänden aus dem Quartier oder Stadtteil für Bewohner:innen fördern respektive zugänglich machen. Eine Öffnung fördert auch die Teilhabe der Menschen an den Aktivitäten in einem Quartier oder Stadtteil. Bestehende familiäre oder andere Beziehungen am ehemaligen Wohnort bleiben damit erhalten.

## 2.3 Stand der Umsetzung sozialraumorientierter Ansätze

Die Umsetzung von sozialraumorientierten Ansätzen mit einer vernetzten Unterstützung der Menschen im Alter, einer Ausdehnung von Leistungen an den Lebensort der Menschen mit Unterstützungsbedarf und somit einer Öffnung der Institution ins Quartier oder den Stadtteil, ist allerdings noch weit von einer flächendeckenden Realisierung entfernt. Obwohl in den letzten Jahren in einigen Kantonen Initiativen und Modelle entstanden sind, stehen viele Institutionen, wenn überhaupt, im Bereich von vermehrter Koordination und Kooperation erst am Anfang. Zudem wird eine Neuausrichtung aufgrund diverser struktureller Probleme, dazu gehören lokale politische Gegebenheiten oder divergierende Interesse zwischen Wettbewerb und Kooperation, blockiert (Atzeni et al, 2017; Schusselé Fillietaz et al, 2017). Konkret scheitern entsprechende Bemühungen auf Ebene der Leistungserbringer unter anderem durch die bisher fehlenden Beiträge für Koordinationen und Vernetzungen. Weiter ist auch der Wille für die Zusammenarbeit zwischen Langzeitpflegeinstitutionen und ambulanten Leistungserbringern nicht immer vorhanden. So fehlen beispielsweise Anreize auf Angebote der Mitbewerber aufmerksam machen oder sie sogar an diese zu vermitteln. Hier sind von der Politik Lösungen gefordert.

Ein solcher (struktureller) Lösungsansatz ist die «Integrierte Versorgung», welche eine bessere Vernetzung und Koordination in der Gesundheitsversorgung durch einen kompetenzgerechten und interprofessionellen Einsatz von Fachpersonal und Minimierung von finanziellen Fehlanreizen in den Behandlungsoptionen vorsieht. Würden beispielsweise pauschalisierte Vergütungsmodelle vorliegen, die sich über einen längeren Zeitraum und mehrere Stationen erstrecken, würde dies die Bereitschaft der verschiedenen Fachpersonen, sich zu koordinieren und Leistungen aufeinander abzustimmen, positiv beeinflussen. Die Integrierte Versorgung zeichnet sich zudem aus durch gemeinsam vereinbarte Ziele, Behandlungs- und Betreuungsprozesse oder Qualitätsrichtlinien über einen ganzen Behandlungspfad (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019). Hierzu ist die konkrete Umsetzung allerdings nicht so weit, wie dies gewünscht wäre, obschon der Nutzen von allen Seiten anerkannt ist. Auch in der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates 2020–2030 ist die Verstärkung der koordinierten Versorgung als ein anvisiertes Ziel verankert (BAG, 2019).

- Eine Öffnung in den Sozialraum beabsichtigt, dass Menschen im Alter in einem definierten Versorgungsraum Zugang zu Leistungen erhalten, die ihre selbstbestimmte Lebensführung in ihrer bevorzugten Wohnumgebung und in ihrem Lebens- respektive Sozialraum unterstützen.
- Dabei ist es von Bedeutung, das Wohn- und Lebensumfeld derart zu gestalten und weiterzuentwickeln, dass die Menschen auch bei verändertem Wohn- und Unterstützungsbedarf in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.
- Als Ausgangspunkt sozialraumorientierter Konzepte gelten der Wille und die Bedürfnisse von Menschen im Alter – damit wird Sozialraumorientierung zu einem personenzentrierten Konzept.
- Eine sozialräumliche Angebotsstruktur basiert auf der Mitwirkung und Nutzung von Synergien einer Vielzahl von Akteur:innen (ambulanten, intermediären und stationären Leistungserbringer:innen) und sieht vor, dass diese ihre auf die Bedürfnisse zugeschnittenen Leistungen vernetzt erbringen.

### 3. Personenzentrierung

Der Perspektivenwechsel von einer krankheitsorientierten Versorgung hin zu einer ganzheitlichen Leistungserbringung, in welcher der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht und die sich auf Lebens- und Versorgungsqualität in einem umfassenden Sinn bezieht, ist nicht neu. Die Bereitstellung einer bestmöglichen Versorgungsqualität für Bewohner:innen erhält seit jeher eine grosse Aufmerksamkeit seitens der verschiedenen Akteur:innen in der Gesundheits- und Sozialpolitik, bei den verschiedenen Berufsgruppen und einzelnen Fachpersonen. Zur Verbesserung der Qualität ist ein Fokus auf personenzentrierte Ansätze offenkundig, die mit einer verbesserten Lebensqualität der Bewohner:innen in Verbindung gebracht werden.

#### 3.1 Mit Personenzentrierung zur verbesserten Lebensqualität

Der «personenzentrierte» Ansatz ist in erster Linie eine Grundhaltung, nicht eine Methode. Als ein früher Vertreter dieses Ansatzes setzte der Psychologe Carl Rogers in den 40er-Jahren einen bis heute wegweisenden Impuls für das Denken und Handeln von Fachpersonen und Institutionen: «Seien Sie völlig unabgelenkt von Ihren eigenen Anliegen und seien Sie in der Beziehung mit dem Klienten mit bedingungsloser positiver Wertschätzung voll präsent» (Rogers, 1946). Er war überzeugt davon, dass keine Person besser weiss, was ihr guttut und für sie notwendig ist, als sie selbst. Der von Rogers für die Psychotherapie entwickelte Ansatz stellt den Menschen in den Mittelpunkt, vertraut auf dessen Fähigkeiten und verzichtet bewusst auf Experten, Techniken und Rezepte. Grundlegend ist die Beziehung von Person zu Person. Diese basiert auf drei wesentlichen Elementen (Frenzel et al, 2001):

- Positive Wertschätzung der Person mit ihren Schwierigkeiten und Eigenheiten.
- Empathie: einfühlsames Verstehen der Welt und der Probleme aus der Sicht der Person sowie die Fähigkeit, diese Empathie der Person zu kommunizieren.
- Kongruenz: Die Fachperson sollte ihrem eigenen Erleben gegenüber offen eingestellt sein, aber nicht nur als Fachperson in Erscheinung zu treten, sondern sich auch als Mensch zu erkennen geben.

Für den personenzentrierte Ansatz steht hier die Beziehung von Person zu Person, der Menschen mit seiner Biografie, seinen Ressourcen, Zielen und Wünschen im Zentrum und Unterstützungsleistungen werden von der Person aus gedacht (Pörtner, 2005). Personenzentriertes Handeln bedeutet, sich in die andere Person hineinzusetzen und die Welt aus Sicht der Person zu begreifen. Es wird versucht, das Erleben, Denken Fühlen und Wollen des Gegenübers zu verstehen, ohne zu bewerten und verändern zu wollen. Dies bedeutet, eine Person so anzunehmen, wie sie ist – mit ihren aktuellen Möglichkeiten und Ressourcen. Es geht nicht darum, der Person Probleme abzunehmen. Vielmehr wird versucht, im Austausch mit ihr Lösungen zu finden und diese zu realisieren. Neben der Wahrung von Präferenzen und der Achtung der jeweiligen Persönlichkeit steht in einer personenzentrierten Praxis das Recht auf Selbstbestimmung, welche durch eine Kultur der Befähigung ermöglicht wird (McCormack & McCance, 2017), im Zentrum. Obschon es nicht realistisch ist jeden individuellen Aspekt einer Person aufzugreifen und einer personenzentrierten Grundhaltung Grenzen gesetzt sind (organisatorisch, strukturell, sozial, finanziell), wird jedoch in einer personenorientierten Praxis angestrebt, im Rahmen der Machbarkeit Bedürfnisse zu realisieren und das Recht auf Selbstbestimmung zu erfüllen.

Der personenzentrierte Ansatz entwickelte sich seit seinen Anfängen in den 50er Jahren schrittweise zum Leitbild für therapeutische, pflegerische und soziale Berufe (Frenzel et al, 2001). Der Ansatz wurde später insbesondere von Kitwood auch für den Kontext von Menschen mit Demenz aufgegriffen: «Personenzentrierte Pflege ist ein Weg, Menschen zu betreuen, indem man sich auf die Einzigartigkeit und die Vorlieben der Person konzentriert, anstatt auf die Krankheit, die erwarteten Symptome und Herausforderungen und die verlorenen Fähigkeiten der Person» (Kitwood, 1997). Kitwood stellt weiter in seiner Definition von «Personenzentrierung» die Voraussetzung einer Beziehung zu anderen ins Zentrum: «A standing or status that is bestowed upon one human being, by others, in the context of relationship and social being» (Kitwood, 1997). Andere Autoren wie McCormack und McCane stehen für ein weitergefassteres Verständnis von Personenzentrierung und schliessen Aspekte der Umgebung und den Aspekt der Selbsterkenntnis mit ein und betonen damit, dass das Konzept Personenzentrierung nicht nur dann existiert, wenn eine Person in einer Beziehung zu einer anderen steht (McCormack & McCance, 2017).

## **3.2 Einfluss von Kontext und Kultur auf die personenzentrierte Praxis**

McCance & McCormack wurden ab 2006 zu bekannten Namen in der Forschung zur personenzentrierten Pflege, beginnend mit ihrem Rahmenwerk (Person-Centred Nursing Framework) und 2011 mit der Einführung einer Definition, welche Beziehungen und die soziale und lebensweltliche Umgebung berücksichtigt: «[Personenzentrierte Pflege ist ]ein Praxisansatz, der durch den Aufbau und die Förderung von therapeutischen Beziehungen zwischen allen Leistungserbringern, Patienten und anderen Personen, die für sie in ihrem Leben von Bedeutung sind, entsteht» (McCance et al., 2011). Damit wurde eine beziehungsorientierte Definition eingeführt, welche alle Beziehungen in jeder Situation und Kontext einschliesst. Spätere forschungsbasierten Arbeiten von McCance & McCormack betonten, dass das Rahmenmodell zur personenzentrierten Pflege eine Grundlage für eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung bilden kann, sofern auch strukturelle Bedingungen auf der Meso- und Makroebene in der Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes in den Fokus genommen werden. Damit unterstreichen sie, dass für eine gelingende Personenzentrierung das Arbeitsumfeld, wie beispielsweise die Personalzusammensetzung, eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit, das Management oder auch die allgemeine Ausrichtung der Gesundheits- und Sozialpolitik für eine personenzentrierte Praxis entscheidend sind. Darüber hinaus beeinflussen aus ihrer Sicht alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteur:innen die Umsetzung der Personenzentrierung. Die forschungsbasierten Weiterentwicklungen des personenzentrierten Ansatzes

# ARTISET

durch McCance & McCormack führten dazu, dass aus dem «Person-Centred Nursing Framework» das «Person-Centred Practice Framework» wurde.

Das «Person-Centred Practice Framework» ist ein Modell, welches aus sich gegenseitig beeinflussenden fünf Bereichen besteht:

- dem Kontext (the macro context), beispielsweise die Ausrichtung der Gesundheits- und Sozialpolitik, die Personalentwicklung oder strategische Führungsverhalten
- den personenbezogenen Voraussetzungen (prerequisites), beispielsweise die Selbstkenntnis oder zwischenmenschliche Fähigkeiten
- der Pflegeumgebung (prerequisites the care environment), wie beispielsweise die Zusammenarbeit im Team / die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen oder die Organisationsentwicklung
- den personenzentrierten Prozessen (person-centred processes), wie die gemeinsame Entscheidungsfindung oder das Arbeiten mit den Werten und Präferenzen von Menschen
- sowie den erwarteten personenzentrierten Resultaten (person-centred outcomes), wie das Erleben einer guten Pflege/Betreuung oder die Einbindung in den Pflege- und Betreuungsprozess (McCormack & McCance, 2017).

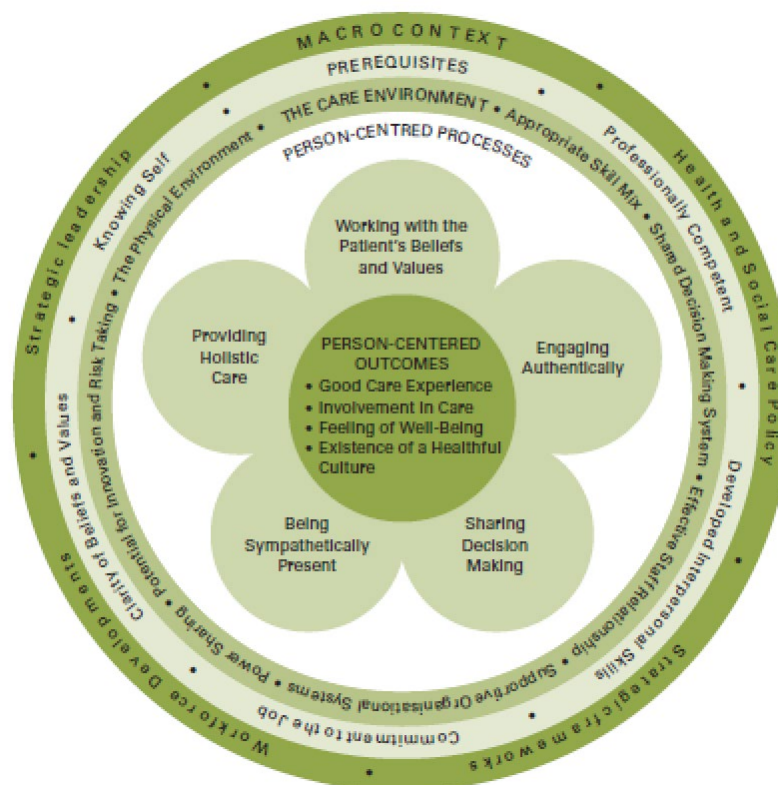


Abb. 1 Person-Centred Nursing Framework (McCance, 2017)

Basierend auf den fünf Bereichen findet das «Person-Centred Practice Framework» Anwendung in der personenzentrierten Praxis (zum Beispiel in der Langzeitpflege), der Aus- und Weiterbildung, in verschiedenen Settings der Gesundheits- und Sozialversorgung sowie in der Gesundheitspolitik (McCormack & McCance, 2017).

In den jüngsten Diskussionen zur personenzentrierten Betreuung und Pflege wird insbesondere die Bedeutung des Kontexts, für die Entwicklung und tägliche Praxis der Personenzentrierung hervorgehoben und besprochen. Ohne ein gutes Verständnis zum Kontext und der bestehenden Kultur, in der Betreuung und Pflege stattfindet, wird es äusserst schwierig, den personenzentrierten Ansatz umzusetzen und hinsichtlich seiner Qualität zu bewerten (McCormack, 2022). Dies bedingt, dass in einer Institution zum Beispiel analysiert werden muss, wie das Personal die Arbeitsteilung vornimmt, welche Fachkompetenzen zur Verfügung stehen, wie ausgeprägt das Engagement der Mitarbeitenden ist oder auf welchen Werten ihre Arbeitsweise basiert. Ohne umfassendes Verständnis dafür, warum Interventionen funktionieren oder nicht und was genau zur Umsetzung einer personenzentrierten Praxis beiträgt, ist es nicht möglich, konstruktive Veränderungen im Umfeld der Betreuung und Pflege vorzunehmen (Dewing und McCormack, 2017). McCormack betont in diesem Zusammenhang insbesondere, dass sich eine personenzentrierte Praxis nur entwickeln kann, wenn in einer Institution eine Kultur vorhanden ist, welche es den Mitarbeitenden ermöglicht, Personenzentriertheit zu erleben und auf eine personenzentrierte Art und Weise zu arbeiten (McCormack, 2022).

### **3.3 Personenzentrierung als gesundheits- und sozialpolitisches Leitbild**

Die «Personenzentrierung» als Ansatz nicht nur für Institutionen, sondern für Gesundheits- und Sozialsysteme, welche die Wünsche und Ressourcen der Menschen in den Mittelpunkt stellen, erlangt seit den 80er-Jahren an Bedeutung. Die 1986 von der WHO veröffentlichte «Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung» formulierte auf Basis eines bedarfsorientierten, personenzentrierten Ansatzes ein neues gesundheits- und sozialpolitisches Leitbild. Die Charta fordert eine Neuorientierung der Gesundheits- und Sozialsysteme, um den Menschen mit seinen individuellen und sozialen Ressourcen ins Zentrum zu stellen: «Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen» (WHO, 1986). Damit hat die WHO erstmals globale Stossrichtungen zur Förderung der Personenzentrierung eingeführt.

2016 hat die WHO zudem den Begriff «people-centered care» in ihre Agenda aufgenommen und eine konkrete Definition zur Personenzentrierung in der Pflege formuliert, welche ebenfalls die Gemeinden und die Gesundheitspolitik in die Definition mit aufnimmt und anspricht: «Menschenzentrierte Pflege: ein Pflegeansatz, der bewusst die Perspektive von Einzelpersonen, Betreuern, Familien und Gemeinschaften als Teilnehmer und Nutznießer von vertrauenswürdigen Gesundheitssystemen einnimmt, die sich an den umfassenden Bedürfnissen der Menschen und nicht an individuellen Krankheiten orientieren, und der soziale Präferenzen respektiert. Eine menschenzentrierte Pflege erfordert auch, dass die Patienten die Ausbildung und Unterstützung erhalten, die sie benötigen, um Entscheidungen zu treffen und an ihrer eigenen Pflege teilzunehmen, und dass die Pflegenden in der Lage sind, in einer unterstützenden Arbeitsumgebung ein Maximum an Funktion zu erreichen. Die menschenzentrierte Pflege ist weiter gefasst als die patienten- und personenzentrierte Pflege und umfasst nicht nur klinische Begegnungen, sondern schließt auch die Aufmerksamkeit für die Gesundheit der Menschen in ihren Gemeinden und ihre entscheidende Rolle bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsdienste ein» (WHO, 2016). Schliesslich wird in Ländern wie Grossbritannien, Deutschland, Skandinavien, Holland oder Italien die Einführung und Verbreitung des personenzentrierten Ansatzes im Rahmen der Diskussionen zur Integrierten Versorgung als eines der Hauptziele für die Ausrichtung und Weiterentwicklung der öffentlichen Gesundheits- und Sozialsysteme propagiert (Prandini, 2018).

### 3.4 Personenzentrierung als Qualitätskriterium der Leistungserbringung

Das Ziel eines personenzentrierten Ansatzes in der praktischen Arbeit wie generell in der Gesundheits- und Sozialversorgung ist es, Betreuungs- und Pflegeleistungen stärker auf die Bedürfnisse, Präferenzen und Werte der Menschen auszurichten. Dabei hat man Personen ganzheitlich im Fokus und begreift sie nicht losgelöst von ihrem sozialen und lebensweltlichen Umfeld. Mit einer individuellen und ganzheitlichen Perspektive sowie dem Einbezug der sozialen Lebenswelt werden wichtigen Aspekten zur Gewährleistung von Lebensqualität Rechnung getragen. Menschen mit Unterstützungsbedarf und deren Angehörigen (oder Vertretungsberechtigte) soll zudem das Recht eingeräumt werden, sofern sie in der Lage sind und es wünschen, partnerschaftlich in die Planung und Umsetzung von Leistungen einbezogen zu werden. Dies schliesst mit ein, dass Menschen notwendige Unterstützung und Edukation erhalten, um selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen und ihren eigenen Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität zu beeinflussen. Als Konsequenz des personenzentrierten Ansatzes wird erwartet, dass eine höhere Zufriedenheit mit den Leistungen der Gesundheits- und Sozialversorgung entsteht, verbesserte gesundheitliche Outcomes resultieren und damit insgesamt die Versorgungsqualität gesteigert wird. Der personenzentrierte Ansatz kann als ein Qualitätskriterium eines Gesundheits- und Sozialsystems definiert werden und Personenzentriertheit wird in der Schweiz wie auch international als wichtiges Leitkonzept für eine qualitativ hochwertige Pflege propagiert (Institute of Medicine, 2001; Li und Porock, 2014). Personenzentriertheit führt nachweislich zu hoher Zufriedenheit mit der Pflege (McCormack und McCance, 2006), hoher Pflegequalität (Grossmann et al., 2018) und somit schmälert sie auch die finanzielle Belastung der Gesundheits- und Sozialversorgung.

### 3.5 Herausforderungen bei der Implementierung von Personenzentrierung

Die Bestrebungen «Personenzentrierung» anstelle der «Experten- und/oder Institutionszentrierung» zu implementieren, stellt Akteur:innen in der Leistungserbringung für Menschen im Alter vor Herausforderungen bei der Planung, Umsetzung, Zusammenarbeit und Koordination sowie bei der Finanzierung. Ein häufiges Problem scheint eine ungenügende Konzeptklarheit und eine fehlende gemeinsame Definition zu sein. So verfügen unterschiedliche Berufsgruppen und Institutionen über diverse «Zentrierungsansätze» (Personen-, Patienten-, Klienten-, Nutzer- oder Kundenzentrierung). Obwohl stets der «Mensch im Zentrum» steht und es Gemeinsamkeiten gibt, verfolgen sie in der Praxis unterschiedliche Ansätze und Ziele. Verkürzt formuliert fokussiert beispielsweise die Personenzentrierung auf ein «sinnhaftes, sinnvolles Leben», die Patientenzentrierung hingegen auf ein «funktionales Leben». Oder während die Personenzentrierung nach McCormack und McCane nicht losgelöst vom Kontext stattfinden kann, sind bei der Patientenzentrierung oftmals auch kontextunabhängige Einzelmassnahmen beobachtbar. Solche Handlungs- respektive Handlungsunterschiede wirken sich nicht nur auf fachliche und institutionelle Interventionen aus, sondern schlagen sich auch auf die Entwicklung, Umsetzung und Gestaltung von Dienstleistungen nieder (Håkansson Eklund, 2019). Eine häufige Schwierigkeit der Personenzentrierung besteht darüber hinaus darin, dass die Umsetzung von personenzentrierten Ansätzen an ein spezifisches Wertesystem geknüpft ist. Diese Werte müssen eindeutig artikuliert und gemeinsam getragen werden, damit sich auf deren Basis eine personenzentrierte Kultur in einer Institution ausbilden, etablieren und konsequent gelebt werden kann. Die Entwicklung einer personenzentrierten Organisationskultur ist jedoch eine komplexe Aufgabe, die auf allen Ebenen (Mikro- bis Makroebene) angegangen werden muss (Kogan, 2016; Anker-Hansen, 2018).

Langzeitpflegeinstitutionen, die personenzentrierte Ansätze implementieren, benötigen nicht nur eine gemeinsam getragene personenzentrierte Kultur. Für die komplexen Veränderungen ist auch die Anwendung diverser Instrumente erforderlich. Eine Organisationsentwicklung hin zu einer ganzheitlichen

Leistungserbringung, in welcher Menschen im Alter mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen, bedingt, dass die Beteiligten auf allen Ebenen (Mitarbeitende, Führung, Organisation, Trägerschaft) die gleichen personenzentrierten Prinzipien, Methoden und Werkzeuge in allen zwischenmenschlichen Interaktionen verwenden. Für die Institutionen ist jedoch beispielsweise das Operationalisieren von Rahmenmodellen, das Identifizieren von Umsetzungshindernissen, die Bereitstellung von Schulungen wie auch das Schaffen von Voraussetzungen zur Entwicklung einer personenzentrierten Kultur (Personalzusammensetzung, Interprofessionelle Zusammenarbeit, Einbezug des Erlebens von Bewohner:innen) ressourcenintensiv. Es überrascht deshalb nicht, dass die Personenzentrierung dementsprechend Institutionen in der Praxis herausfordert.

Gleichwohl, dass in der Betreuung und Pflege mit personenzentrierten Ansätzen Qualität zu erzielen eine jahrzehntelange Entwicklung hinter sich hat, zeigt unter anderen eine kürzlich veröffentlichte Studie von Davis im Alltag von drei Langzeitpflegeinstitutionen einen (Theorie-Praxis-)Gap auf. Zwar bestehen Absichten Menschen im Alter mit ihren Bedürfnissen ins Zentrum zu stellen, das tatsächliche Erleben der Bewohner:innen weicht aber davon ab (Davis et. al., 2022). Die Studie untersuchte die Gelegenheiten für eine personenzentrierte Pflege, die während den Essenszeiten in Langzeitpflegeinstitutionen erfolgreich umgesetzt oder verpasst wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass Bewohner:innen zwar die Möglichkeit haben, ihre Bedürfnisse und Präferenzen zu äusseren, diese allerdings aufgrund organisatorischer oder regulatorischer Vorgaben nicht immer beachtet und Gelegenheiten für personenzentrierte Massnahmen verpasst werden. Zu diesen Erkenntnissen fügen die Forscher:innen ergänzend an, dass obschon viel zur Umsetzung von personenzentrierter Pflegepraxis in der stationären Langzeitpflege geforscht wurde, noch immer Wissenslücken darüber bestehen, wie diese am besten umzusetzen ist.

- Personenzentrierung ist eine Grundhaltung und ein Handlungsansatz, der Menschen bei der Planung, Entwicklung und Nutzung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich als gleichwertige Partner einbezieht und deren Bedürfnisse ins Zentrum stellt.
- Bei der stärkeren Ausrichtung von Leistungen auf die Bedürfnisse und Präferenzen, sollen die Menschen ganzheitlich im Fokus stehen und als Teil ihres sozialen und lebensweltlichen Umfelds begriffen werden.
- Mit einer individuellen und ganzheitlichen Perspektive sowie dem Einbezug der sozialen Lebenswelt werden wichtigen Aspekten zur Gewährleistung von Lebensqualität Rechnung getragen. Als Konsequenz wird erwartet, dass eine höhere Zufriedenheit mit den Leistungen der Gesundheits- und Sozialversorgung entsteht, verbesserte gesundheitliche Outcomes resultieren und damit insgesamt die Versorgungsqualität gesteigert wird.
- Die Umsetzung von personenzentrierten Ansätzen ist an ein spezifisches Wertesystem geknüpft. Eine personenzentrierte Praxis kann sich nur dann entwickeln, wenn in einer Institution eine Kultur vorhanden ist, welche es den Mitarbeitenden ermöglicht, Personenzentriertheit zu erleben und auf eine personenzentrierte Art und Weise zu arbeiten.
- Die Entwicklung einer personenzentrierten Organisationskultur ist eine komplexe Aufgabe, die auf allen Ebenen angegangen werden muss. Für die komplexen Veränderungen ist die Anwendung diverser Instrumente (Rahmenmodelle, Prinzipien o.ä.) erforderlich.
- Obwohl mit personenzentrierten Ansätzen bereits jahrzehntelang eine qualitativ hohe Betreuung und Pflege erzielt wird, zeigt sich in der Praxis oft ein Gap zwischen der Absicht Menschen im Alter mit ihren Bedürfnissen ins Zentrum zu stellen und dem tatsächlichen Erleben der Bewohner:innen.

## 4. Caring Communities

An die Diskussionen zu den vielfältigen gesellschaftlichen Herausforderungen wie die Individualisierung, die finanziellen Belastungen des Gesundheits- und Sozialwesens oder der steigende Unterstützungsbedarf von Menschen im Alter, schliessen Caring Communities an.

### 4.1 Chancen der Caring Communities

Caring Communities stehen in Anlehnung an Klie (2013, 2014) für den Ansatz einer geteilten Verantwortung für «Care-Arbeit» - und zwar grundsätzlich für alle Menschen und besonders in Phasen der Abhängigkeit (etwa bei nachlassenden Fähigkeiten oder beeinträchtigten Gesundheitssituationen). «Care-Arbeit» umfasst die ganze Breite und gegenseitige Unterstützung im Bereich von Sorge, Beziehung, Betreuung und Pflege (EBG, 2017) und setzt sich beispielsweise durch Unterstützung bei der Haushaltsführung, Aktivitäten des täglichen Lebens, der Körperpflege, administrativen Aufgaben oder der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zusammen. Im Kern von Caring Communities geht es darum, unter allen Beteiligten eine auf gemeinsamen Werten basierte Gemeinschaft zu entwickeln, welche auf Prinzipien von Gleichwertigkeit und gegenseitiger Anteilnahme gründet sowie Strukturen zu schaffen, die niederschwellig zugängliches Netz an Unterstützung und Hilfeleistungen sichern. Dazu werden im Beziehungs- und Lebensumfeld (Sozialraum) der Menschen, die besondere Unterstützung benötigen, Bedürfnisse und Ressourcen erfasst, Angebote aus den verschiedenen Bereichen vernetzt und die Entwicklung tragfähigen Beziehungsnetzen gefördert. Communities oder «Gemeinschaften» brauchen einen Ortsbezug im Sinne eines Gebiets oder Raumes, in dem die Beziehungsgeflechte geschaffen und gelebt werden können. Da Caring Communities zum einen in einem konkreten Lebensumfeld eingebettet sind und zum anderen, die je spezifischen Bedürfnisse und Ressourcen berücksichtigen, haben Caring Communities eine sozialraumorientierte Ausrichtung (CUARAVIVA, 2022).

Caring Communities bedeuten, dass formelle und informelle Hilfe und Unterstützung sich ergänzt und zusammen wirkt. Informelle Hilfe bezeichnet dabei Unterstützung durch Angehörige, Nachbarn oder anderweitig Engagierte (Heerd, 2022). Wie Zahlen zeigen, sind Unterstützungsleistungen durch informelle Netzwerke ein wesentlicher Pfeiler der Langzeitpflege. Obschon es schwierig ist alle Menschen mit Erhalt von informeller Unterstützung vollständig zu erfassen, zeigt eine Erhebung des Bundesamtes für Statistik, dass 59% der Personen, welche Spitexleistungen in Anspruch nehmen, zusätzlich auch informelle Hilfe und Unterstützung erhalten (BFS, 2017). Gemäss dem Freiwilligen-Monitor Schweiz (Lamprecht et. al., 2020) profitieren Menschen im Alter bei erbrachten informellen Unterstützungsleistungen sowohl von Verwandten, Bekannten wie auch von Personen (Freiwillige/ehrenamtlich Engagierte), die sie vorgängig nicht persönlich gekannt haben. Insbesondere die Unterstützungsformen, die Ausserhalb einer Verwandt- oder Bekanntschaft stattfinden, erweitern quantitativ die Unterstützungsleistungen für Menschen im Alter. Unterstützungsleistungen aus dem persönlichen Netzwerk sind auch hinsichtlich ihrer Qualität (Orientierung an den Bedürfnissen) von grossem Wert. Damit Menschen im Alter mit ihren oftmals komplexen Bedürfnis- und Lebenslagen in ihrer Wohnung bleiben können, müssen sie niederschwellig unterstützt werden. Beispielsweise können kleine Handreichungen, unabhängig von vereinbarten Terminen und definierten, zeitlich getakteten «Leistungspaketen», die Alltagsbewältigung- und Gestaltung sichern und den Unterstützungsbedarf bestenfalls bedürfnisorientierter, ganzheitlicher und lebensweltlicher abdecken. Diese Unterstützungsformate im gewohnten Lebensumfeld übersteigen vielfach die Möglichkeiten der unter ökonomischen Druck (unter anderem aufgrund ungedeckter Kosten im Zusammenhang mit Betreuung, Koordination, Zusammenarbeit) stehenden Dienstleistern und bilden eine wichtige und sinnvolle



Ergänzung zu den Leistungen der diversen Berufsgruppen. Damit haben Caring Communities mit der gewillten Mitwirkung von Freiwilligen aus dem persönlichen Netzwerk das Potential, die Sorge für Menschen im Alter und deren sozialen Umfelds qualitativ – ganzheitlich und personenzentriert – zu verbessern und generell zu einer breiteren Unterstützung im Lebensumfeld dieser Menschen beizutragen.

## 4.2 Rolle der Professionellen in Caring Communities

Das Zusammenwirken von informellen und formellen Akteuren in örtlichen Strukturen (Gemeinde, Quartier, Stadtteil) und Netzwerken, wird auch als Bürger:innen-Profi-Hilfe-Mix bezeichnet: ein Zusammenwirken zwischen Staat (Gestaltung politischer Rahmenbedingungen, institutionalisierte Leistungen wie Soziale Dienste), Organisationen der Zivilgesellschaft (zum Beispiel kirchliche Organisationen, Vereine oder Verbände), Markt (Dienstleistungsanbieter wie Langzeitpflegeinstitutionen), Bürgerinnen und Bürger sowie der Angehörigen, Freunde und Nachbarn (Zängl, 2020). Dabei spielt die koordinierte und vernetzte Zusammenarbeit eine zentrale Rolle. Durch das Zusammenbringen aller Akteure aus den formellen und informellen Hilfesystemen entsteht ein Sorgesystem, das durch den Einbezug der jeweiligen Ressourcen eine lebensweltorientierte und personenzentrierte Versorgung ermöglicht und damit die Lebensqualität von Menschen im Alter stärkt. Die Idee von Caring Communities geht jedoch über die funktionale Konzeption und Praxis des Bürger:innen-Profi-Mix hinaus. Eine auf der Basis geteilter Werte entstehende Sorgeskultur verfolgt die Entwicklung hin zu einer solidarisierten Gemeinschaft, welche die Unterstützung von Menschen im Alter als gemeinsame Aufgabe betrachtet – im gewohnten Lebensumfeld wie auch im intermediären und stationären Bereich.

In der Praxis einer gemeinsamen «Sorge-Arbeit» bestehen jedoch nicht selten Hürden, welche das Entstehen bzw. die Gestaltung der gemeinsamen Arbeit erschweren. Nicht nur weil die Rahmenbedingungen – beispielsweise die Finanzierung des zusätzlichen Aufwands, der beim Austausch mit Angehörigen, Freiwilligen und anderen Organisationen entsteht – nicht geschaffen sind. Auch weil das Wissen über Bedingungsfaktoren und Prozesse, welche zur Entstehung von Sorgenden Gemeinschaften beitragen, wenig systematisiert vorhanden ist. Weiter sind die Ursprünge, Entwicklung und Funktionsweisen von Caring Communities nicht universell und in Bezug auf die Einbindung von Angehörigen, Nachbarn oder anderweitig Engagierten aus dem Sozialraum jeweils einzigartig. Das hat zur Folge, dass beispielsweise keine standardisierten Interventionen seitens der Professionellen zur Entstehung und Gestaltung von Caring Communities umgesetzt werden können.

Wie auch immer Caring Communities ausgestaltet sein mögen, spielen Professionelle in diesen eine wichtige Rolle. Als wesentlich für die Entwicklung und das Zusammenwirken in einer Caring Community wird ein solidarisches Miteinander betrachtet, welches die Bedürfnisse der anderen Beteiligten wahrnimmt, erkennt und niemanden abwertet oder ausgrenzt. Dies bedingt seitens der Professionellen zum einen ein Bewusstsein (Fähigkeiten zur Reflexion) dafür, dass es nicht förderlich ist aufgrund beruflicher Kompetenzen, Rollenverständnissen oder Verantwortungen das Beziehungsgeflecht in einer Caring Community zu dominieren (Klie, 2014). Zum andern erfordert ein gelingendes Zusammenspiel eine Offenheit in der persönlichen Haltung, gemeinsam mit allen Beteiligten andere Wege in der Zusammenarbeit gehen zu wollen. Dazu gehört, dass Professionelle die Bedürfnisse der mitwirkenden Menschen im Blick behalten und entsprechend reagieren (beispielsweise bei Unterstützungs-, Anleitungs- oder Beratungsbedarf), sie einbeziehen und «empowern», ihre Ressourcen zur Stärkung der Lebensqualität der Menschen im Alter in einem ganzheitlichen Sinne einzubringen.

Weiter bedarf es in einer Community, die Voraussetzungen zur Zusammenarbeit zuerst zu entwickeln respektive situativ Prozesse zu gestalten. Dies erfordert Kompetenzen (Fähigkeiten zum situationspezifischen Handeln), um auf wechselnde Rollen und Funktionen von informellen Unterstützenden zu reagieren und diese Rollen/Funktionen, Aufgabenteilung, Verantwortung und Haftung zu definieren und kommunizieren. Die Aufgaben sind andere als in herkömmlichen Formen der Zusammenarbeit mit diversen Berufsgruppen. Denn wenn Professionelle zusammenarbeiten, prägen die Ausbildung (Curricula, Rahmenlehrpläne, Bildungsverordnungen) die jeweiligen arbeitsteiligen Handlungsmuster. Fachpersonen meinen zu wissen, wofür alle anderen da sind und auf welche Unterstützung von Menschen im Alter sie sich verlassen können. Dies ist ein markanter Unterschied zur Zusammenarbeit mit nichtausgebildeten Angehörigen, Nachbar:innen etc.

Caring Communities weisen einen Weg auf, wie die uns alle betreffende «Sorge-Arbeit» langfristig und inklusiv organisiert werden kann. Zu ihren Grundvoraussetzungen gehören die finanzielle Anerkennung dieser Arbeit, die konsequente Ressourcen-Orientierung in der Betreuung, Begleitung und Pflege von Menschen mit Unterstützungsbedarf und ein Finanzierungssystem, welches ganzheitliche Ansätze und die berufsübergreifende Zusammenarbeit fördert (CURAVIVA, 2022).

- Caring Communities haben einen engen Bezug zur Sozialraumorientierung, da sie sich typischerweise kleinräumig, auf Siedlungs-, Quartiers- oder Gemeindeebene entwickeln. Ein verbesserter Einbezug von Menschen aus dem privaten oder zivilgesellschaftlichen Sozialraum kann insbesondere die Ausweitung von Versorgungskonzepten in den ambulanten Bereich, für in einer selbstgewählten Wohnform lebende Menschen im Alter, unterstützen.
- Unterstützende aus dem privaten Netzwerk haben oftmals erweiterte Kenntnisse über die individuellen Situationen (Biografie, Ziele, Wünsche), Handlungsmöglichkeiten (Ressourcen) oder auch Defizite von Menschen im Alter, welche Fachpersonen aufgrund ihres professionellen Zugangs verdeckt bleiben. Damit sind sie in der Lage Unterstützungsbedarf bedürfnisorientierter, ganzheitlicher und lebensweltlicher abzudecken.
- Das Konzept der Caring Communities ist ein beteiligungsorientiertes Konzept, das die Bedürfnisse der mitwirkenden Menschen im Blick hält, sie einbezieht und empowert, ihre Ressourcen zur Stärkung der Lebensqualität der Menschen im Alter einzubringen.
- Professionelle benötigen eine Reihe von Kompetenzen, um das Zusammenwirken aller Akteure einer Caring Community zu stärken. Darunter fallen die Fähigkeiten zur Entwicklung einer offenen Haltung gegenüber der Beteiligten, Fähigkeiten zur (Selbst-)Reflexion und zum flexiblen, situationspezifischen Handeln, zur interprofessionellen Zusammenarbeit und zum ressourcenorientierten Ansatz.
- Die Idee von Caring Communities geht über private familiäre und professionelle Unterstützung hinaus, hin zu solidarisierten Gemeinschaften im sozialen und lebensweltlichen Raum. Caring Communities stehen darüber hinaus auch für Einzelinitiativen oder Projekte, die basierend auf einer Handlungsmaxime aus «geben und nehmen» agieren und damit einer Bewegung zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität einer Gesellschaft gleichkommen.

## 5. Stationäre Langzeitpflege

Trotz des steten unter dem Leitsatz «ambulant vor stationär» politisch gewollten Ausbaus und dem wachsenden allgemeinen Bedürfnis an einer verbesserten ambulanten beziehungsweise sozialraumorientierte Versorgung, sind viele Menschen im hohen Alter und alternde Menschen mit einer Behinderung sowie deren Angehörige auf die stationäre Langzeitversorgung angewiesen. In vereinzelt Situationen sind stationäre Aufenthalte bei Menschen mit Unterstützungsbedarf sogar die zu favorisierende Lösung, um deren gesundheitlichen Bedarfslage zu entsprechen (auch bei einem gemessen tiefen Betreuungs- und Pflegebedarf).

### 5.1 Komplexer werdende Gesundheitsversorgung

Die Gründe für einen stationären Leistungsbedarf sind komplex und vielfältig (unter anderem nachlassende Fähigkeiten, funktionale Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, Komplexität der Gesundheitssituationen, fehlendes soziales Netzwerk, Einsamkeit, Mobilität in Sozial- und Familienstrukturen). Die allgemeine Ambulantisierung kann demnach nicht in jeder Situation die stationäre Langzeitpflege ersetzen. Sie führt zudem dazu, dass durch die Abnahme länger dauernder Aufenthalte in der Akutversorgung, eine Verlagerung von einer immer komplexer werdenden medizinischen Gesundheitsversorgung in die Langzeitpflegeinstitutionen stattfindet (postakute Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt, Entlastung von Akut- und Rehabilitationskliniken, Überweisungen von palliativen Stationen). Statistiken zeigen den Trend, dass stationäre Pflegeleistungen zunehmend für Menschen im Alter mit komplexen geriatrischen und palliativen Situationen erbracht werden. Dies widerspiegeln Zahlen des schweizerischen Gesundheitsobservatorium, welche seit Jahren einen Anstieg des gemessenen Pflegeaufwands belegen. Der Pflegeaufwand gibt einen Hinweis auf die Pflegeintensität und damit auf den Gesundheitszustand und das Mass der Pflegebedürftigkeit von Bewohner:innen (vgl. Datentabelle, 2021). Obschon Langzeitpflegeinstitutionen grundsätzlich Orte des begleiteten Wohnens und Sterbens für Menschen im Alter sind, gewinnen Qualifikationen für komplexer werdende Gesundheitssituationen mit alterstypischen Erkrankungen von älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen an Bedeutung. Solche Qualifikationen und Kompetenzen sind grundsätzlich für alle Bereiche der Versorgungskette (Prävention, ambulante/stationäre Versorgung, Rehabilitation, Langzeitversorgung) notwendig, da Menschen im Alter in allen Versorgungsbereichen quantitativ zunehmen. Wie Untersuchungen zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen belegen, sind gemäss der medizinischen Statistik der Krankenhausaufenthalte Menschen im Alter von 74 bis 79 Jahre die grösste Gruppe der Leistungsbezüger:innen in Spitälern (vgl. BFS, 2021).

### 5.2 Steigender Kompetenzbedarf zur Stärkung von Lebensqualität

Das Versorgungssystem ist bis anhin nur ungenügend auf den besonderen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf von Menschen im Alter ausgerichtet, die in der Regel alle eine höhere Vulnerabilität mitbringen und von mehrfachen bzw. chronischen Erkrankungen betroffen sind. Die im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit verfasste Studie zu künftig erforderlichen Kompetenzen in der Langzeitpflege (BAG, 2022) zeigt dazu auf, dass der Bedarf an Kompetenzen in der Langzeitpflege zunimmt und benötigte Kompetenzen aktuell in der Praxis nicht ausreichend vorhanden sind. Erforderlich wäre ein vertieftes Verständnis für die geriatrische Versorgung, und zwar bei allen Berufsgruppen, die in ihrer alltäglichen Berufspraxis mit hochbetagten, mehrfacherkrankten Menschen in Kontakt kommen. Dies ist insbesondere notwendig, um sowohl einzelne alterstypische Erkrankungen als auch die komplexen Zusammenhänge

und Wechselwirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verstehen und in wissensbasierte Interventionen zu überführen.

Um die Lebensqualität trotz diverser Herausforderungen zu erhalten, geht eine geriatrische Versorgung über eine medizinisch-pflegerische Versorgung hinaus und hat den ganzen Menschen mit seiner spezifischen Lebenssituation im Blick. Im Vordergrund steht, dass die individuelle Gesundheitssituation stabilisiert sowie Beschwerden gelindert werden und somit die Selbständigkeit bestmöglich erhalten bleibt. Dabei werden die Bedürfnisse und Präferenzen der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen berücksichtigt. Dies bedingt zum einen Zugang zu einer Reihe von Leistungen verschiedener Berufsgruppen (beispielsweise Soziale Berufe, Pflege, Ärzt:innen, Physio-, Ergo- oder Aktivierungstherapeut:innen oder Logopäd:innen). Um physische, psychische und soziale Aspekte in gleicher Weise abdecken zu können, ist dazu eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit eine notwendige Voraussetzung. Zum andern braucht es Strukturen, wie beispielsweise ein angemessener Personalschlüssel oder eine kostendeckende Finanzierung, die den erhöhten und umfassenderen Personal- und Leistungsbedarf sichern.

- Obwohl die Politik gemäss dem Leitsatz «ambulant vor stationär» die ambulante Versorgung stetig ausbauen will, sind dennoch viele Menschen im Alter und alternde Menschen mit einer Behinderung sowie deren Angehörige auf die stationäre Langzeitversorgung angewiesen.
- Die höhere Vulnerabilität sowie der Zuwachs an Gesundheitsproblemen verändern den Behandlungs- und Versorgungsbedarf. Damit werden spezifische Behandlungs- und Versorgungskonzepte mit einer stärkeren Ausrichtung von Leistungen auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Menschen im Alter mit ihren individuellen Lebenssituationen notwendig.
- Zur Erfüllung des Leistungsbedarf von hochaltrigen, vulnerablen Menschen mit zunehmend komplexer werdenden Betreuungs- und Pflegebedürfnissen, braucht es insbesondere für die Langzeitpflegesettings (ambulant, intermediäre, stationär) zukünftig mehr und für diese Settings ausreichend geriatrisch/gerontologisch qualifiziertes Personal.
- Um die Lebensqualität in einem ganzheitlichen Sinne zu stärken, spielt das Zusammenspiel einer Reihe verschiedener Berufsgruppe eine wichtige Rolle. Speziell braucht es dazu Fähigkeiten zur Kooperation und interprofessionellen Zusammenarbeit.

## 6. Empfehlungen und Schlussfolgerungen

Die Langzeitpflegeinstitutionen bekommen vor dem Hintergrund vielfältiger gesellschaftlicher Herausforderungen einen höheren Stellenwert. Sie sehen sich zudem damit konfrontiert, innovative Entwicklungen, Strategien und Konzepte zu realisieren und dabei die Lebens- und Versorgungsqualität von Bewohner:innen zu stärken. Damit sich der bereits stattfindende Wandel bei der Ausgestaltung und Planung der Langzeitpflege und der Art der Dienstleistungserbringung für Menschen im Alter erfolgreich fortsetzen kann, sind eine Reihe von Massnahmen erforderlich, welche die Entwicklungen begünstigen und vorantreiben. Die Empfehlungen aus dem Projekt «BESRO» richten sich deshalb nicht nur an Bildungsinstitutionen, ausbildende Betriebe und an die Akteure der Berufsausbildung, sondern auch an politische Verantwortungsträger und Finanzierer.

Grundsätzlich wird zukünftig noch mehr Engagement für Menschen im Alter notwendig sein, die aufgrund von Krankheit, Vulnerabilität, Funktionseinschränkungen oder Behinderung auf umfassende Hilfe, Unterstützung oder Betreuung und Pflege angewiesen sind. Aufgrund der steigenden Anzahl von Menschen im Alter sind Bedingungen zu schaffen, die in einer individualisierten Gesellschaft und vor dem Hintergrund vielfältiger gesellschaftlichen Herausforderungen auch hochaltrigen, vulnerable Menschen mit zunehmend komplexer werdenden Betreuungs- und Pflegebedürfnissen ein gutes und würdevolles Leben ermöglichen. Dazu gehört, dass sich die gesellschaftliche Wahrnehmung des Alterns ändert: Altern sollte in als normal betrachtet werden. Ziel sollte ein «gelingendes Altern» sein, das hohe Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden in allen Altersphasen ermöglicht. Dies bedingt, dass sich sowohl die Gesellschaft insgesamt als auch die Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik mit einem solchen Verständnis engagieren.

Wegen des steigenden Leistungsbedarfs und der erhöhten Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit gilt es für alle Versorgungssettings genügend und angemessen qualifizierte Fachpersonen auf unterschiedlichen Ausbildungsniveaus auszubilden. Dies ist auch als ein Schwerpunkt in der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates 2020–2030 aufgeführt (BAG, 2019). Insbesondere sind Kompetenzen für die Langzeitversorgung stärker zu berücksichtigen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2022) hat die Universitäten Lausanne (CHUV-UniL) und Basel (UniBas) beauftragt, die zukünftig erforderlichen Pflege-Kompetenzen (mit Fokus Tertiärstufe) in der Langzeitversorgung zu identifizieren und zu definieren. Insgesamt liegen 96 Kompetenzen in 11 Bereichen vor, welche zur Förderung der Kompetenzen für die Langzeitpflege auf allen Bildungsstufen bei Anpassungen in Rahmenlehrpläne respektive bei Abschlusskompetenzen massgeblich sein sollten. Die Arbeiten rund um diesen Auftrag haben gezeigt, dass heute die für die Langzeitpflege erforderlichen Kompetenzen nicht ausreichend ausgebildet werden. Ein systematischer Aufbau dieser Kompetenzen sollte über die gesamte Ausbildungszeit der jeweiligen Bildungsstufe erfolgen (mit unterschiedlichen Taxonomie-Stufen) und mit den tatsächlichen Realitäten und Entwicklungen in der Langzeitpflege (Wandel der Langzeitpflegeinstitutionen zu sozialraumorientierten und personenzentrierten Dienstleistungsunternehmen) verknüpft werden. Damit zukünftige Berufspersonen ausreichend auf die berufliche Praxis vorbereitet werden, ist es zudem notwendig, Konzepte wie Sozialraumorientierung, Personenzentrierung oder Caring Communities nicht einmalig zu vermitteln. Regelmässig sollte die Langzeitpflege insbesondere hinsichtlich ihrer Umsetzung und Besonderheiten thematisiert und vertieft werden. Gerade weil sie sich rasant entwickelt. Anstelle einer unüberschaubaren Anzahl von Modellen und Konzepten im schulischen Unterricht, sollten vermehrt Konzepte in den Vordergrund rücken, mit denen am vielversprechendsten den (Mega-)Trends wie der demografischen Entwicklung, Individualisierung, Ökonomisierung (mit einem Kosten-, Effizienz- und Qualitätsdruck) begegnet werden kann.

Um dem umfassenden und besonderen Leistungsbedarf von Menschen im Alter zu sichern und zu verbessern, sind die Leistungen diverser Berufsgruppen, die in ihrem beruflichen Alltag Kontakt zu Menschen mit Unterstützungsbedarf haben, relevant. Sie alle müssen geriatrischen/gerontologischen Qualifikationsanforderungen gerecht werden. Dazu ist zu definieren, über welche minimalen geriatrischen/gerontologischen Kompetenzen Berufe der Langzeitversorgung auf den verschiedenen Bildungsstufen und in den diversen Ausrichtungen (soziale Berufe, therapeutische Berufe, medizinische Berufe) verfügen sollten und diese entsprechend in den Lehrplänen zu verankern. Um darüber hinaus die einzelnen Berufsprofile zu schärfen, ist es sinnvoll, Schnittstellen beispielweise zwischen den Sozial- und Gesundheitsberufen zu identifizieren und Anpassungen im Sinne einer beruflichen Differenzierung vorzunehmen. Gerade die Schnittstellenproblematik beispielsweise bei der sozialraumorientierten Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich stellt bei Themen wie Palliative Care oder Demenz eine

besondere Herausforderung in der beruflichen Praxis dar. Weiter gilt es in den Ausbildungen das Wissen über die Kompetenzen, das berufliche Selbstverständnis oder die handlungsleitenden Paradigmen, anderer Berufsgruppen zu fördern (u.a. um Potentiale, Rollen, Schnittstellen, Divergenzen produktiv zu nutzen bzw. zu überwinden und Aufgaben und Verantwortlichkeiten sinnvoll abzustimmen).

Für personenzentrierte Dienstleistungen im Sozialraum ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zentral. Nur so ist es möglich, in einem Quartier oder einer Region in Kooperation mit verschiedenen Leistungserbringern bedarfs- und bedürfnisgerechte Leistungen anzubieten bzw. die Unterstützung von Menschen im Alter als vernetzte und koordinierte Aufgabe wahrzunehmen. Um die Lebensqualität der Menschen mit Unterstützungsbedarf bis an deren Lebensende im ganzheitlichen Sinne zu stärken, ist auch die stationäre Langzeitpflege auf Berufsgruppen mit ausreichenden Kompetenzen zur Interprofessionellen Zusammenarbeit angewiesen. Obwohl die Notwendigkeit von Kompetenzen zur Interprofessionellen Zusammenarbeit unbestritten ist, sind beispielsweise der Aufbau von kommunikativen Fähigkeiten, um sich interprofessionell und mit Menschen im Alter und deren Angehörigen auf Pflege-, Therapie- und Behandlungsziele zu verständigen, unvollkommen. Ähnlich wie bei den Caring Communities erfordert die Entstehung einer gelingenden Zusammenarbeit eine Offenheit in der persönlichen Haltung, sich im Austausch und auf Augenhöhe mit anderen Professionen auf die Interprofessionelle Zusammenarbeit einzulassen und beteiligen zu wollen. Abgesehen von diesen Persönlichkeitsmerkmalen sind grundlegende Kompetenzen zur Kommunikation, zur gemeinsamen Entscheidungsfindung, Zielbestimmung, zur Klärung von Rollen sowie zur Formalisierung der Zusammenarbeit entscheidend. Dementsprechend ist es relevant, dass Ausbildungen dem Aufbau solcher Kompetenzen genügend Rechnung getragen wird.

Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit sind nicht nur in spezifischen Momenten relevant (beispielsweise bei Rundtischgesprächen, institutionsübergreifenden Kontakte o.ä.), sondern auch bei der täglichen Pflege und Betreuung. Entsprechend Minimaldefinitionen zur interprofessionellen Zusammenarbeit kann von einer solchen bereits gesprochen werden, wenn mindestens zwei Berufsgruppen beteiligt sind, für beide die Interessen und Bedürfnisse von Bewohner:innen im Mittelpunkt stehen und diese in Entscheidungen einbezogen werden (vgl. Gerber & Rüefli, 2021). Deshalb ist es bedeutend, dass auch tiefere Ausbildungsniveaus (beispielsweise Fachfrauen/Fachmänner Betreuung sowie Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit) Prinzipien der interprofessionellen Zusammenarbeit kennen und anwenden können. Im Alltag von Menschen im Alter mit Unterstützungsbedarf übernehmen sie einen grossen Teil der Betreuung und Pflege und beeinflussen das Erleben der Bewohner:innen durch ihre Zusammenarbeit. Da eine Interprofessionelle Bildung als Grundlage für die Interprofessionelle Zusammenarbeit breit anerkannt zu sein scheint, sollten zudem weiterhin innovative Interprofessionelle Ausbildungsmodelle in Schule und Praxis gefördert werden.

Alle Akteur:innen der Langzeitversorgung erachten Konzepte, die den ganzen Menschen mit seiner spezifischen Lebenssituation sowie seinen Bedürfnissen und Präferenzen im Blick haben, für sinnvoll. Auch im Rahmen der «Interprofessionellen Zusammenarbeit» respektive «Integrierten Versorgung» wird die Erbringung personenzentrierter, bedarfsgerechter Dienstleistungen für Menschen im Alter als eine zentrale Aufgabe verstanden. Die Verbreitung und Umsetzung der Personenzentrierung wird jedoch durch widersprüchliche oder nicht geklärte Fach- und Begriffsdefinitionen (Klienten-, Patienten-, Kunden-, Nutzer- und Personenzentrierung) erschwert. Dies zeigte sich auch an den Veranstaltungen im Projekt «BESRO». Hier wurde deutlich, wie unterschiedlich Begrifflichkeiten wie Personenzentrierung oder auch Sozialraumorientierung verwendet werden. Es gilt deshalb, die Begrifflichkeiten sowie die verschiedenen Zentrierungsansätzen sowohl in der Theorie als auch in der Praxis zu klären. Ungeklärte Definitionen wirken sich nicht nur auf das fachliche Handeln aus, sondern beeinflussen auch die Akzeptanz, die

Entwicklung und die Umsetzung personenzentrierter Ansätze. Begrifflichkeiten sind auch dann ausreichend zu klären, wenn Initiativen oder Projekte wie «BESRO» bearbeitet oder beispielsweise Anpassungen von Bildungsgrundlagen vorgenommen werden.

Zur Notwendigkeit, Wirkung und Umsetzung einer personenzentrierten Praxis in der stationären Langzeitpflege wurde viel geforscht. Lücken bezüglich der Umsetzung bestehen jedoch nach wie vor. Dies liegt insbesondere an den Unterschieden der einzelnen Institutionen (Kontextfaktoren), beispielsweise hinsichtlich des Aus- und Weiterbildungsstand des Personals, der Abläufe im Arbeitsalltag, baulichen Gegebenheiten oder auch den Bedürfnissen der Bewohner:innen. Die Zahl der Forschungs- und Modellprojekte im Bereich von beteiligungs- und ressourcenorientierten Ansätzen wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Im Sinne eines Praxis-Theorie-Praxis-Transfer wäre es hierzu sinnvoll, dass Forschungsprojekte mit deren Erkenntnissen und Resultaten zur Umsetzung ihren Platz im schulischen Unterricht finden. Weil insbesondere der Kontext für die Entwicklung und die tägliche Praxis der Personenzentrierung zentral ist und keine standardisierten Interventionen umgesetzt werden können, sollten übergeordnete Bildungsziele wie die Entwicklung eines kritischen Urteilsvermögens und Fähigkeiten zur Analyse und Synthese von Informationen als Grundlage von Entscheidungsfindungen gefördert werden. Da für einen beteiligenden Umgang mit Menschen im Alter ein spezifisches Wertesystem die Basis bildet – Positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz – sind weiter didaktische Konzeptionen zur Ausbildung eines wertorientierten Verhaltens und Fähigkeiten zur Reflexion zentral. Dies ist umso wichtiger, da ein wertebasiertes Verhalten sowie Kompetenzen zur Reflexion auch für das Zusammenwirken in Caring Communities Erfolgsfaktoren darstellen. Beteiligungsorientierte Konzepte wie die Personenzentrierung oder eine sorgende Gemeinschaft, die auf spezifischen Grundhaltungen basieren, sind massgeblich mit der Bereitschaft verbunden, das persönliche Verhalten und die eigene Praxis kontinuierlich zu reflektieren. Nur so können diese Konzepte erfolgreich umgesetzt werden.

Wie Ausführungen zur Sozialraumorientierung, zur Personenzentrierung und zu den Caring Communities gezeigt haben, müssen für eine erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung dieser Konzepte etliche Herausforderungen angegangen werden bzw. die Voraussetzungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene zuerst geschaffen werden. Insbesondere ungenügende Finanzierungsformen in der Langzeitpflege beeinflussten über den gesamten Workshop hinweg die Diskussionen zur «sozialräumlichen und personenzentrierte Ausrichtung der Langzeitpflege – Anbindung der Berufsausbildung». Fehlende Abgeltungsleistungen, insbesondere im Bereich Betreuung, Aktivierung oder Leistungen im Rahmen von Palliative Care und Demenz, verhindern eine bedürfnisgerechtere Langzeitversorgung, erschweren die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie den Aufbau koordinierter und integrierter Unterstützungsleistungen für Menschen im Alter. Sowohl EFAS, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen, wie auch die adäquate Abgeltung der Pflege- und Betreuungsleistungen im Bereich von Palliative Care und Demenz stellen richtungsweisende Projekte dazu dar. Sie sind Bestandteile einer fairen sowie bedürfnis- und bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung und auch die Voraussetzung für die Entspannung des akuten Fachkräftemangels im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung. Hierzu sind von der Politik Lösungen gefordert.

## 7. Literaturverzeichnis

- Anker-Hansen, Camilla et al (2018). The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services- A systematic review from a person-centred perspective. In Journal of Clinical Nursing, 27(7–8). <https://doi.org/10.1111/jocn.14205> (Zugriff 04.10.2022).
- Atzeni, Gina, Schmitz, Cristof, Berchtold, Peter (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports 12 (2). Studie im Auftrag SAMW. [https://www.curaviva.ch/files/G3454UP/praxis\\_interprofessionelle\\_zusammenarbeit\\_etude\\_assm\\_2017.pdf](https://www.curaviva.ch/files/G3454UP/praxis_interprofessionelle_zusammenarbeit_etude_assm_2017.pdf) (Zugriff 19.09.2022).
- Bundesamt für Gesundheit (2022). Zukünftig erforderte Kompetenzen in der Langzeitpflege. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/Forum-medizinische-Grundversorgung/schlussbericht-pflegekompetenzen-lzp.pdf.download.pdf/Schlussbericht\\_Pflegekompetenzen\\_LZP.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/Forum-medizinische-Grundversorgung/schlussbericht-pflegekompetenzen-lzp.pdf.download.pdf/Schlussbericht_Pflegekompetenzen_LZP.pdf) (Zugriff 12.12.2022).
- Bundesamt für Gesundheit (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html> (Zugriff 11.10.2022).
- BAG (2021). Definition des Begriffs «Interprofessionalität» im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html#1298450539> (Zugriff am 02.01.2022).
- Bundesamt für Statistik (2021). Patient/innen, Hospitalisierungen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html> (Zugriff 02.01.2023).
- Bundesamt für Statistik (2017). Informelle Hilfe und Spitex. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html> (Zugriff 27.11.2022).
- Bundesrat (2007). Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. [https://www.bwo.admin.ch/dam/bwo/de/dokumente/02\\_Wie\\_wir\\_wohnen/21\\_Wohnen\\_im\\_Alter/strategie\\_fuer\\_eine-schweizerischealterspolitik.pdf.download.pdf/strategie\\_fuer\\_eineschweizerischealterspolitik.pdf](https://www.bwo.admin.ch/dam/bwo/de/dokumente/02_Wie_wir_wohnen/21_Wohnen_im_Alter/strategie_fuer_eine-schweizerischealterspolitik.pdf.download.pdf/strategie_fuer_eineschweizerischealterspolitik.pdf) (Zugriff 11.10.2022).
- CURAVIVA Schweiz. Unterstützung geben und nehmen bis ins hohe Alter. [https://www.curaviva.ch/files/NGGDAFI/unterstuetzung\\_geben\\_und\\_nehmen\\_bis\\_ins\\_hohe\\_alter\\_faktenblatt\\_curaviva\\_2022.pdf](https://www.curaviva.ch/files/NGGDAFI/unterstuetzung_geben_und_nehmen_bis_ins_hohe_alter_faktenblatt_curaviva_2022.pdf) (01.12.2022).
- CURAVIVA Schweiz. 2020. Vision Wohnen im Alter. [https://www.curaviva.ch/files/6IP6ZSN/vision\\_wohnen\\_im\\_alter\\_von\\_curaviva\\_schweiz\\_faktenblatt\\_curaviva\\_schweiz\\_2020.pdf](https://www.curaviva.ch/files/6IP6ZSN/vision_wohnen_im_alter_von_curaviva_schweiz_faktenblatt_curaviva_schweiz_2020.pdf) (Zugriff 29.09.2022).
- CURAVIVA SCHWEIZ. 2016. Das Wohn- und Pflegemodell 2030. [https://www.curaviva.ch/files/KABQZTN/das\\_wohn\\_und\\_plegemodell\\_2030\\_von\\_curaviva\\_schweiz\\_curaviva\\_schweiz\\_2016.pdf](https://www.curaviva.ch/files/KABQZTN/das_wohn_und_plegemodell_2030_von_curaviva_schweiz_curaviva_schweiz_2016.pdf) (Zugriff 24.09.2022).
- Dewing, Jan, McCormack Brendan (2017). Tell me, how do you define personcentredness? In Journal of Clinical Nursing, 26(17–18), 2509–2510. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13681> (Zugriff 28.10.2020).
- Davis, Megan et. al (2022). Exploring resident experiences of person-centred care at mealtimes in long-term residential care: a rapid ethnography. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03657-5> (Zugriff 14.12.2022).



- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (2010). Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus Sicht der Gleichstellung. <https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/themen/arbeit/care--die-sorge-um-menschen.html> (Zugriff 31.10.2022).
- Eling, Martin, Elvedi, Mauro (2019). Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz. I.VW HSG Schriftenreihe No. 66. St. Gallen: Verlag Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen. <https://www.econstor.eu/handle/10419/226649> (Zugriff 30.09.2022).
- FHNW (2021). Wie wird die Langzeitpflege in der Deutschschweiz wahrgenommen? Präsentation der Resultate der Medienanalyse 2010 bis 2020. <https://www.fhnw.ch/de/die-fhnw/hochschulen/hsw/icc/healthcare/media/ergebnisse.pdf> (Zugriff 17.07.2022).
- Frenzel, Peter, Keil, Wolfgang, Schmid, Peter und Stölz, Norbert (Hg.) (2001). Klienten- /Personenzentrierte Psychotherapie, Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas.
- Grossmann, Florian, Barandun Schäfer, Ursi, van Lieshout, Famke, & Frei, Irena (2018). Personenzentriert pflegen am Universitätsspital Basel. PADUA, 13(1), 7-12.
- Håkansson Eklund, Jakob et al (2019). Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. In Patient Education and Counseling, 102(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029> (Zugriff 02.10.2022).
- Heerdt, Christian. Die Zukunft der Langzeitpflege: Agenturmodelle der Sozialraumentwicklung im Mehr-Ebenen-System. Theoretische Grundlagen und praxisbezogene Fundierung. [https://web.archive.org/web/20220311095440id\\_/https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/2701-4193-2021-3-383.pdf](https://web.archive.org/web/20220311095440id_/https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/2701-4193-2021-3-383.pdf) (Zugriff 18.09.2022).
- Höpflinger, F. (2018). Wandel des Alters und Folgen für Alters- und Pflegeeinrichtungen von morgen. [www.hoepflinger.com](http://www.hoepflinger.com). <http://www.hoepflinger.com> (Zugriff 02.10.2022).
- Höpflinger, François, Hugentobler, Valérie und Dario Spini (Hg.). 2019. Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede. Age Report IV. Zürich: Seismo Verlag. [https://www.seismoverlag.ch/site/assets/files/11226/oa\\_9783037777299.pdf](https://www.seismoverlag.ch/site/assets/files/11226/oa_9783037777299.pdf) (Zugriff 02.10.2022).
- INSOS Schweiz und CURAVIVA Schweiz (2019). Aktionsplan UN-Behindertenrechtskonvention der Verbände der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf 2019-2023. <https://www.aktionsplan-un-brk.ch> (Zugriff 11.10.2022).
- Lampert, Markus, Fischer, Adrian, Stamm Hanspeter (2020). Freiwilligen-Monitor Schweiz 2020. [https://www.benevol.ch/fileadmin/images/global/benevol\\_Schweiz/Div\\_PDF/Freiwilligen-Monitor\\_Schweiz\\_2020.pdf](https://www.benevol.ch/fileadmin/images/global/benevol_Schweiz/Div_PDF/Freiwilligen-Monitor_Schweiz_2020.pdf) (Zugriff 05.11.2022).
- Kanton Basel-Landschaft (2019). Die INSPIRE Bevölkerungsbefragung für Senioren und Seniorinnen im Kanton Basel-Landschaft. <https://inspire-bl.unibas.ch> (Zugriff 06.10.2022).
- Klie, Thomas. 2013. Herausforderungen des demografischen Wandels annehmen. Auf dem Weg zu einer Caring Community? In Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft, Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), 104-118. Zürich: Seismo Verlag.
- Klie, Thomas. 2014. Caring Community – leitbildfähiger Begriff für eine generationenübergreifende Sorgeskultur? In Fachgespräch am 16. Dezember 2013, Frankfurt am Main. Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen. Dokumentation, 10-23. Frankfurt a.M.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.. <https://d-nb.info/1074372778/34> (Zugriff 13.10.2022).
- Kogan, Alexis et al (2016). Moving Toward Implementation of Person-Centered Care for Older Adults in Community-Based Medical and Social Service Settings: “You Only Get Things Done When Working in Concert with Clients”. In Journal American Geriatrics Society, 64(1). <https://doi.org/10.1111/jgs.13876> (Zugriff 04.10.2022).

- Li, Junkin & Porock, Davina (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. In *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1395-415. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003> (Zugriff 30.09.2022).
- McCane, Tanya, McCormack, Brendan, Dewing, Jan (2011). An Exploration of Person-Centredness in Practice. In the *Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 16, No. 2. <https://ro.uow.edu.au/smhpapers/2470/> (Zugriff 30.09.2022).
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. In *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479.
- McCormack, Brendan, & McCance, Tanya (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Großbritannien: Wiley-Blackwell.
- McCormack, Brendan (2022). Person-centred care and measurement: The more one sees, the better one knows where to look. In *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 27(2), 85–87. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13558196211071041> (Zugriff 29.09.2022).
- Kitwood, Thomas (1997). The experience of dementia. *Aging & mental health*, 1(1), 13-22. doi:10.1080/13607869757344 (Zugriff 29.09.2022).
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden*. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/integrierte-versorgung> (Zugriff 21.09.2022).
- Kremer-Preiß, Ursula, & Mehnert, Thorsten. (2019). *Quartiers-Monitoring. Evaluation zur Umsetzung von Quartiersprojekten. Abschlussbericht einer Langzeitstudie von 2012 bis 2017*. Heidelberg: Medhochzwei.
- Obsan (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium). 2022. *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040. Obsan Bericht 03/2022*. [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Obsan\\_03\\_2022\\_BERICHT.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Obsan_03_2022_BERICHT.pdf) (Zugriff 02.10.2022).
- Obsan (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium). 2022. *Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/aufenthaltsdauer-in-pflegeheimen> (Zugriff 02.10.2022).
- Obsan (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium). 2021. *Durchschnittliche tägliche Pflege-dauer in Pflegeheimen*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/pflegeintensitaet-in-pflegeheimen> (Zugriff 04.12.2022).
- Prandini, R. (2018). The Person-centred Turn in Welfare Policies: Bad Wine in New Bottles or a True Social Innovation? In *International Review of Sociology*, Volume 28, 2018 - Issue 1.
- Pfiffner, Roger & Grieb, Manuela (2019). *Personenzentrierte Leistungen im Sozialraum – Einführung und Evaluation eines Projekts im Bereich der Wohnhilfe*. In: Brandl, Paul & Prinz, Thomas (2020): *Innovationen bei sozialen Dienstleistungen. Praktische Ansätze für eine innovative Zukunft*, Band 2, 133–144. Regensburg: Walhalla Fachverlag.
- Pörtner, Marlies (2005). *Alt sein ist anders. Personzentrierte Betreuung von alten Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reutlinger, Christian (2018). *Verstehen Sie Sozialraum? Ein schillernder Begriff kommt ins Alter*. In: *Angewandte Gerontologie*. Jahrgang 3, Heft 4, 7-9. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415-422.
- Schusselé Fillietaz, Séverine, Kohler, Dimitri, Berchtold, Peter & Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2017). *Soins intégrés en Suisse. Obsan Dossier 57*. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2017-soins-integres-en-suisse> (Zugriff 20.09.2022).

- Stadt Bern (2020). Monitoring Sozialräumliche Stadtentwicklung 2020. [https://www.bern.ch/mediencenter/medienmitteilungen/aktuell\\_sta/das-fuenfte-sozialraeumliche-monitoring-der-stadt-bern-ist-erschienen](https://www.bern.ch/mediencenter/medienmitteilungen/aktuell_sta/das-fuenfte-sozialraeumliche-monitoring-der-stadt-bern-ist-erschienen) (Zugriff 19.09.2022).
- StremLOW, J. et al (2018). Gestaltung kommunaler Alterspolitik in der Schweiz. <https://interact-verlag.ch/products/gestaltung-kommunaler-alterspolitik-in-der-schweiz> (Zugriff 17.09.2022).
- Vögeli, D. (2019). Zuoberst auf der Wunschliste zum altersgerechten Zürich ist das gemeinschaftliche und bezahlbare Wohnen. In NZZ vom 24.09.2019. <https://www.nzz.ch/zuerich/altersstrategie-stadt-zuerich-befragt-bevoelkerung-ld.1510947?reduced=true> (Zugriff 29.08.2022).
- WHO (1986). Ottawa Charta der Gesundheitsförderung. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (Zugriff 30.09.2022).
- WHO (2016). Weltbericht über Altern und Gesundheit (Zusammenfassung). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_ger.pdf;jsessionid=C06CEAC9746ACBF10FE2187DDC3291FE?sequence=20](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_ger.pdf;jsessionid=C06CEAC9746ACBF10FE2187DDC3291FE?sequence=20) (Zugriff 13.10.2022).
- WHO (2016). Framework on integrated, people-centred health services. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf) (Zugriff 13.10.2022).
- Zängli, Peter. 2020. Caring Community – eine begriffliche Annäherung an ein (noch) unbestimmtes Phänomen. Prof. Dr. Peter Zängli, 16.11.2020 (Präsentation). <https://caringcommunities.ch/upload/media/default/175/Zaengl-CaringCommunity-2020.pdf> (Zugriff 06.10.2022)