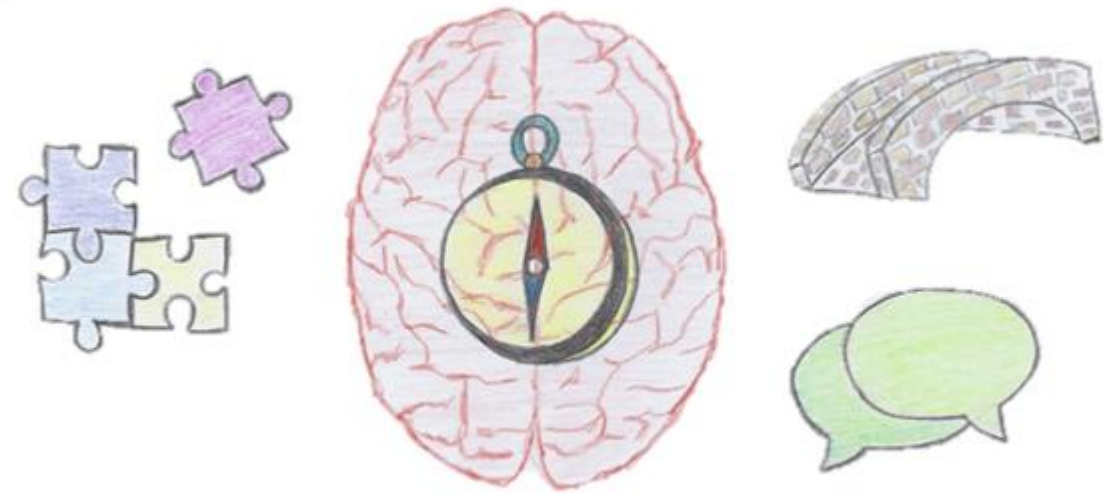
Aline Christelle Mauron
Leandra Elena Paganini

Betreuende Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung

Gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen der Sozialberatung im Akutspital



Bachelor-Thesis zum Erwerb

des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule

Soziale Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelor-Thesis befasst sich mit betreuenden Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung und der Frage, wie sie während des Akutspitalaufenthaltes der betroffenen Person von der Sozialberatung im neurologischen Bereich begleitet werden können. Im Rahmen der Arbeit wird untersucht, wie Angehörige, welche Personen mit einer Hirnverletzung zu Hause betreuen, bezüglich der vielfältigen aufkommenden Herausforderungen frühzeitig unterstützt werden können. Eine Analyse der Langzeitberatung soll Aufschluss darüber geben, welche geeigneten Massnahmen bereits im Rahmen der Kurzzeitberatung im Akutspital ergriffen werden können. Die konkrete Fragestellung, die im Fokus der Arbeit steht, lautet:

Welche Erkenntnisse aus der Langzeitsozialberatung von Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung geben Hinweise auf gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen, die bereits von der Sozialberatung während des Akutspitalaufenthalts für betreuende Angehörige getroffen werden können?

Um Erkenntnisse aus der Langzeitsozialberatung zu gewinnen, werden vier semistrukturierte Expertinneninterviews und Experteninterviews mit Sozialarbeitenden der spezialisierten Beratungsstelle FRAGILE Suisse und der Langzeitsozialberatung der Klinik Lengg in Zürich durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgt mittels der Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Inhalte der sechs im Rahmen der Inhaltsanalyse entwickelten Hauptkategorien werden mit den erarbeiteten theoretischen Grundlagen verknüpft, um daraus praxisnahe Handlungsaufforderungen für die Sozialberatung im Akutspital abzuleiten.

Zusammenfassend gehören das Wissen um eine Ansprechperson, der Einbezug der Angehörigen, die Thematisierung von psychosozialen Anliegen der Angehörigen, die Aufklärungsarbeit, die Entlastung bei sozialversicherungsrechtlichen Themen und die Vernetzung mit geeigneten Unterstützungsangeboten zu den bedeutendsten Massnahmen, die Orientierung und Sicherheit vermitteln und sich damit positiv auf die Gesundheit der betreuenden Angehörigen auswirken.

Betreuende Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung

Gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen der Sozialberatung im Akutspital

Bachelor-Thesis zum Erwerb

des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule

Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Aline Christelle Mauron

Leandra Elena Paganini

Bern, Dezember 2021

Gutachterin: Janine Lüscher

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön ist den Sozialarbeitenden auszusprechen, die sich mit Interesse für die Interviews zur Verfügung gestellt haben.

Ein grosser Dank gilt auch unserer Begleitperson, Frau Janine Lüscher, die uns auf diesem Weg von Beginn der Bachelor-Thesis bis am Schluss mit ihren hilfreichen und raschen Rückmeldungen sowie ihrem offenen Ohr unterstützt hat.

Wir danken den Menschen unseres nahen Umfeldes, die uns in irgendwelcher Form während der Erarbeitung dieser Bachelor-Thesis Rückhalt und konstruktive Rückmeldungen gegeben haben.

„Es ist kein Sprint, es ist ein Marathon.“ (1/313)

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

1.1 Ausgangslage 1

1.2 Forschungsstand 2

1.3 Herleitung der Fragestellung und Zielsetzung 5

1.4 Eingrenzungen 6

1.4.1 Betreuende Angehörige 7

1.4.2 Hirnverletzungen 8

1.5 Bezug zur Sozialen Arbeit 9

1.6 Aufbau der Arbeit 10

2 Theoretische Grundlagen 11

2.1 Angehörige als Mitbetroffene 11

2.1.1 Herausforderungen der Angehörigen 12

2.1.2 Angehörigenmodell nach Lezak 16

2.1.3 Bedürfnisse der Angehörigen 18

2.1.4 Ressourcen der Angehörigen 19

2.1.5 Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin et al. 21

2.2 Sozialberatung im Akutspital 24

2.2.1 Definition und Auftrag 24

2.2.2 Sozialberatung und ihr gesundheitsfördernder Beitrag 26

2.2.3 Salutogenese nach Antonovsky 28

2.2.4 Sozialberatung und ihr präventiver Beitrag 36

2.2.5 Beratung von Angehörigen 37

3 Forschungsmethodik 39

3.1 Forschungsdesign 39

3.2 Sampling 39

3.3 Datenerhebung 40
3.4 Datenaufbereitung 42
3.5 Datenauswertung 43
4 Ergebnisse aus den Interviews 47
4.1 Hauptkategorie «Belastungserleben der Angehörigen» 47
4.2 Hauptkategorie «Kernthemen der Angehörigen» 53
4.3 Hauptkategorie «Ressourcen und Bewältigung der Angehörigen» 56
4.4 Hauptkategorie «Strukturelle und rechtliche Hindernisse» 60
4.5 Hauptkategorie «Interdisziplinarität als Chance» 64
4.6 Hauptkategorie «Unterstützende Massnahmen der Sozialberatung» 65
5 Diskussion der Ergebnisse 73
5.1 Verknüpfung mit dem Angehörigenmodell nach Lezak 73
5.2 Verknüpfung mit dem Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin et al. 75
5.3 Verknüpfung mit Gesundheitsförderung und Prävention 77
5.4 Verknüpfung mit Schlüsselkonzepten der Salutogenese nach Antonovsky 79
6 Handlungsaufforderungen für die Sozialberatung im Akutspital 82
6.1 Handlungsaufforderungen in der Angehörigenberatung 83
6.2 Handlungsaufforderungen innerhalb des Akutspitalkontexts 88
7 Schlussfolgerungen 90
7.1 Beantwortung der Fragestellung 90
7.2 Reflexion und Limitationen der Bachelor-Thesis 92
7.3 Ausblick 94
8 Literaturverzeichnis 96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Rollen der Angehörigen nach Unterstützungsart 14
Abbildung 2. Konzeptuelles Modell der Pflegebelastung 22
Abbildung 3. Überblick Salutogenese 29
Abbildung 4. sense *for* coherence 35
Abbildung 5. Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse 44
Abbildung 6. Belastungsphasen 48
Abbildung 7. Belastungsverläufe von betreuenden Partnerinnen und Partnern 50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Häufige Hirnverletzungen 8
Tabelle 2. Haupt- und Subkategorien 45

Abkürzungsverzeichnis

ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EL	Ergänzungsleistungen
GWR	generalisierte Widerstandsressourcen
IV	Invalidenversicherung
KVG	Krankenversicherung
PubMed	Public Medicine - Meta-Datenbank
RAV	Regionale Arbeitsvermittlung
SAGES	Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SOC	sense *of* coherence
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Plötzlich ist alles anders – das Leben ändert sich nach einer schweren Hirnverletzung schlagartig. Gemäss FRAGILE Suisse (2019) leben in der Schweiz über 130'000 Menschen mit einer folgenschweren Hirnverletzung (S. 1). Dieses unvorhergesehene Ereignis erfordert eine Anpassung der Lebensführung der Betroffenen und nimmt zudem erheblichen Einfluss auf das Leben der Angehörigen. Laut Wilz und Meichsner (2012) wirkt sich die Erkrankung beziehungsweise das Akutereignis eines Familienmitglieds auf die Lebensqualität und auf das gesundheitliche Wohlbefinden des ganzen Familiensystems aus (S. 1125). Die Angehörigen eines Menschen mit einer Hirnverletzung werden vor Herausforderungen gestellt; besonders die monate- und jahrelange Betreuungsaufgabe prägt das Leben der Angehörigen (FRAGILE Suisse, 2017a, S. 3; George, 2006, S. 88). Sie sehen sich mit neuartigen Situationen konfrontiert und sind ab dem Zeitpunkt der Erkrankung des Familienmitglieds für eine Vielzahl von zusätzlichen Aufgaben verantwortlich: Neben der Zuständigkeit für administrative, finanzielle, sozialrechtliche und versicherungstechnische Angelegenheiten der erkrankten oder verunfallten Person sind sie direkte Ansprechpersonen für das Behandlungsteam und die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber der betroffenen Person und treffen in kürzester Zeit lebensverändernde Entscheidungen (FRAGILE Suisse, 2014, S. 26-28). Die Angehörigen versuchen gemäss Lefebvre und Levert (2012) einen Umgang mit psychischen und physischen Belastungen zu finden, die sie selbst betreffen, ohne die Betreuung und Begleitung der von der Hirnverletzung betroffenen Person einzuschränken und die eigenen Aufgaben zu vernachlässigen (S. 1084-1097). Wie George (2006) belegte, bringen die unterschiedlichen Belastungen Konsequenzen wie zum Beispiel eine abnehmende Teilnahme an sozialen Aktivitäten mit sich. Im Hinblick auf diese nennt George eine Auswahl folgender Gründe: die bedürftige Person soll nicht alleine gelassen werden, das Entstehen eines schlechten Gewissens gegenüber der bedürftigen Person und das Fehlen von Zeit für soziale Aktivitäten neben dem Beruf und der Betreuung (S. 88). Durch die plötzliche Übernahme mehrerer Angelegenheiten im alltäglichen Leben fehlt Angehörigen Zeit für die bewusste Verarbeitung des Ereignisses und sie stellen ihre Bedürfnisse hintenan, da das Familienmitglied mit der Hirnverletzung seit dem Spitalaufenthalt im Mittelpunkt steht (Lefebvre & Levert, 2012, S. 1085-1094).

Nach Ernst und Weissflog (2013) fokussiert sich die Behandlung, Begleitung und Kommunikation im Spitalalltag primär auf Patientinnen und Patienten, die einen konkreten Behandlungsbedarf aufweisen und im Mittelpunkt des interdisziplinären Teams stehen. Da

betreuende Angehörige durch die Belastungen ebenfalls gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, werden sie Patientinnen und Patienten zweiter Ordnung genannt (S. 56). Die Angehörigen der Menschen mit einer Beeinträchtigung werden von ihrem sozialen Umfeld als wichtige Ressource angesehen (Reifegerste, 2019, S. 8).

1.2 Forschungsstand

Gemäss Rothgang und Müller (2018) existieren zahlreiche Studien, deren Fokus auf betreuenden Angehörigen von Menschen mit Demenz liegt. Sie begründen diese Vielzahl von Studien damit, dass diese Personengruppe den Angehörigen besonders viel abverlangt und die Angehörigen vermehrten Belastungen ausgesetzt sind. Die kognitiven Einschränkungen der pflegebedürftigen Person werden von den betreuenden Angehörigen als sehr belastend empfunden (S. 146).

Pinquart und Sörensen (2003) zeigten zudem auf, dass Angehörige, welche die Betreuung einer demenzkranken Person übernehmen, von mehr körperlichen Beschwerden betroffen sind als betreuende Angehörige, die eine Person mit „nur“ körperlicher Beeinträchtigung betreuen (S. 250). Im Jahr 2007 wurden ebenfalls von Pinquart und Sörensen 176 Einzelstudien zu einer Metaanalyse zusammengeschlossen, in welcher die subjektive Belastung der Angehörigen erfasst wurde und die zu folgendem Resultat führte: Je pflegebedürftiger und verhaltensauffälliger die zu betreuende Person ist und je grösser die individuelle Belastung, desto mehr leiden die Angehörigen körperlich (Pinquart & Sörensen, 2007, S. 126). Grau, Grässel und Berth (2015) zeigten in ihrer Studie, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, steigt, je grösser die pflegerische Belastung ist (S. 159).

Gemäss Grässel und Behrndt (2016) existiert eine Vielzahl von Studien, im Rahmen derer die physischen und psychischen Belastungen von betreuenden Angehörigen untersucht wurden, indem der Gesundheitszustand derselben mit jenem von Kontrollpersonen (Menschen ohne Betreuungsaufgabe) gleichen Alters verglichen wurde (S. 176). Pinquart und Sörensen (2003) fassten 84 Studien zu einer Metaanalyse zusammen, die zeigt, dass psychische Beschwerden bei Menschen, die einen nahestehenden Menschen betreuen, deutlich häufiger auftreten als in der Kontrollgruppe. Im Gegensatz dazu weisen betreuende Angehörige im Vergleich zu Nicht-Betreuenden nur wenig mehr physische Einschränkungen auf (S. 250-253). Werden jedoch die Unterkategorien der physischen Probleme im Detail betrachtet, so zeigen sich bei betreuenden Angehörigen physische Erschöpfungszustände sowie Gelenkschmerzen deutlich häufiger (S. 256-257).

Brügger, Jaquier und Sottas (2016) haben die Perspektive von Angehörigen, welche eine schwer kranke Person an deren Lebensende betreuen oder betreut haben, ins Zentrum ihrer empirischen Forschung gestellt. Die betreuten Menschen litten an Krebs oder an einer Erkrankung des Nervensystems.[1] Die Forschung ist insofern relevant für die vorliegende Bachelor-Thesis, als sie Belastungen und Bewältigungsstrategien von Angehörigen aufzeigt. Mit Hilfe von 25 narrativen Interviews mit betreuenden Angehörigen in den Kantonen Wallis und Freiburg wurde untersucht, welche Belastungen sie erleben und welche Bewältigungsstrategien sie nutzen. In der Auswertung dieser Interviews liessen sich bezüglich des Belastungserlebens fünf Kategorien bilden (S. 138): „Müdigkeit und Überlastung, [sich] alleingelassen und unverstanden fühlen, Trauer, Leid und Zukunftssorgen, Hilfs- und Machtlosigkeit sowie Fremdbestimmtsein“ (S. 139). Sobald die Belastungen spürbar wurden, haben sich Angehörige aktiv über Unterstützungsangebote informiert, sind mit anderen Betreuenden in Kontakt getreten und haben den Fokus auf die sinnstiftenden Aspekte der Pflege gelegt. Die Forschenden kamen zum Schluss, dass die Art und Intensität der Belastungen individuell und von den Ressourcen und Bewältigungsstrategien der jeweiligen Betreuenden abhängig sind. Als zentrale Ressource wurde von den Befragten die informelle Unterstützung aus dem nahen sozialen Umfeld genannt (S. 139).

In der im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) durchgeführten Studie *Unterstützung für betreuende Angehörige in Einstiegs-, Krisen- und Notfallsituationen* werden hemmende Faktoren ersichtlich, welche dazu führen, dass Betroffene sowie Angehörige nicht schon unmittelbar nach der Entlassung aus dem Spital Entlastungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen. Oft fühlen sich die Angehörigen dazu verpflichtet, die nötigen Hilfestellungen innerfamiliär abzudecken (Kaspar et al., 2019, S. 73). Ein Grund für die Bevorzugung der vollständigen Eigenbetreuung bildet der Wunsch, die Kontrolle zu behalten, während auch die Unsicherheit beziehungsweise das Schamgefühl gegenüber der Familie, die betroffene Person von externen Fachkräften betreuen zu lassen, ins Gewicht fällt (Brügger, Sottas, Rime & Kissmann, 2019, S. 5). Gemäss der Studie des BAG kann auch vonseiten der betreuten Person der Wunsch bestehen, dass die Hilfeleistungen durch die nahestehenden Angehörigen geleistet werden sollen und die nahestehenden Personen dieses Anliegen erfüllen möchten (Kaspar et al., 2019, S. 73).

Seit 2020 wird im Kanton Neuenburg ein Forschungsprojekt namens *Aider les Proches Aidants* durchgeführt. Im Rahmen dessen soll eine App mit integriertem Unterstützungssystem für betreuende Angehörige erstellt werden, um Überforderungssituationen derselben zu verhindern,

[1] Namentlich waren es folgende Erkrankungen: Demenz, Multiple Sklerose und Amyotrophe Lateralsklerose (ALS).

ihre Gesundheit zu schützen und ihr Wohlbefinden zu verbessern. Diese Unterstützung ist insofern von Bedeutung, weil die Mithilfe der Zivilgesellschaft, welche viel unbezahlte Pflege- und Betreuungsarbeit leistet, eine enorme Entlastung für die öffentliche Hand darstellt. Zudem soll das Projekt die Bevölkerung von Neuenburg für die Freiwilligenarbeit sensibilisieren. In Einzelinterviews wurden individuelle Situationen, Bedürfnisse, Herausforderungen und Erwartungen zusammengetragen (Greusing, Haldemann, Winiger, Michel & Ammann, 2021, S. 1-2). Die Ergebnisse zeigen eine grosse Vielfalt von Lebensformen und erbrachten Dienstleistungen. Viele Angehörige wünschen sich vermehrt niederschwellige und kostengünstige Unterstützungsangebote, aber auch soziale Anerkennung und Austauschmöglichkeiten mit Personen, welche sich in ähnlichen Situationen befinden. Von der App wünschen sich Angehörige einen schnellen Zugang zu folgenden Bereichen: Informationen zu Unterstützungsangeboten sowie zu bestehenden Institutionen und Möglichkeiten für Notfallplatzierungen im nahen Umfeld, Wissen über sozialrechtliche und finanzielle Angelegenheiten, eine Austauschplattform, um Tipps und Strategien zu diskutieren und somit auch Einsamkeit entgegenzuwirken, sowie Angebote für die betreuende Angehörigen selbst (S. 45-47).

Im Vergleich zu der Auseinandersetzung mit betreuenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, mit einer Suchtproblematik oder einer psychischen Krankheit existiert nur wenig Literatur in Bezug auf betreuende Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung. Studien über betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz sind im Rahmen der vorliegenden Arbeit hilfreich, da sie vergleichbare Aspekte aufweisen. Sowohl Menschen mit Demenz als auch Menschen mit einer Hirnverletzung zeigen Veränderungen in ihrer Persönlichkeit, ihrem Sozialverhalten und ihren kognitiven Fähigkeiten, was von betreuenden Angehörigen diversen Studien zufolge als besonders belastend eingestuft wird.

Im Folgenden werden Studien in Bezug auf Belastungen und Entlastungen im Zusammenhang mit betreuenden Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung thematisiert. Obwohl die folgenden Studien bereits älter sind, lassen sie sich auf die heutige Zeit übertragen.

Pössl und Kühne (2010) bezogen sich auf eine Studie von Brooks aus dem Jahr 1991, in welcher die familiären Veränderungen nach dem Ereignis der Hirnverletzung untersucht wurden. Die Studie zeigte, dass 89 % der betreuenden Angehörigen auch sieben Jahre nach der Hirnverletzung der zu betreuenden Person stark belastet waren. Ein Viertel der untersuchten Angehörigen nahm aufgrund von Angst und Depressionen psychologische Unterstützung in Anspruch (S. 445). In weiteren Studien beläuft sich der Anteil der betreuenden Angehörigen mit

Überlastungssymptomen oder Depressionen, die einer Behandlung bedürfen, auf 25-50 % (Gervasio & Kreutzer, 1997; Gillen, Tennen, Affleck & Steinpreis, 1998).

Eine von Pelletier und Alfano (2000) durchgeführte Studie, die sich mit familiärer Bewältigung im Kontext von Betroffenen einer Hirnverletzung auseinandersetzt, hat Folgendes eindeutig aufzeigen können: Wenn Angehörige Entlastungsangebote annehmen und sich adäquate Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem plötzlichen Krankheits- oder Unfallereignis aneignen können, hat dies einen Einfluss auf die Genesung und Zufriedenheit der Person mit der Hirnverletzung. Das erfolgreiche Funktionieren der Familien hat Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit aller Familienmitglieder und führt zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität derselben (S. 45).

Verhaeghe, Defloor und Grypdonck (2005) haben verschiedene Studien zu psychologischen Reaktionen der familiären Umgebung von Personen mit einer Hirnverletzung verglichen. Die Analyse zeigt, dass Ehepartnerinnen und Ehepartner oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner mehr Stress, Krisen und innerliche Unruhen erfahren als Eltern von Personen mit einer Hirnverletzung (S. 1004). Verhaeghe et al. sehen den Grund hierfür darin, dass Partnerinnen und Partner mit der neuen Rollenverteilung umgehen müssen während Eltern die ihnen vertraute Rolle als Betreuungsperson von früher wieder aktivieren. Bei Eltern kann zudem in den meisten Fällen die Verantwortung der Betreuung aufgeteilt werden (S. 1004-1012).

1.3 Herleitung der Fragestellung und Zielsetzung

In verschiedenen Studien zeigt sich die Tendenz, dass Angehörige oftmals erst externe Unterstützung annehmen, wenn die Überlastungssituation und das psychische Ungleichgewicht bereits bestehen. Obwohl Entlastungsangebote existieren, greifen Angehörige häufig erst in ausgeprägten Stresssituationen auf diese zurück (Lezak, 1986, S. 249; Dehmel, 2007, S. 27).

Oftmals treten Angehörige im Kontext des Spitalaufenthalts der betroffenen Person das erste Mal überhaupt mit der Sozialen Arbeit in Kontakt. Die Sozialarbeit im Akutspital bildet eine bedeutende erste Ressource und eine geeignete Stelle, um in interdisziplinärem Kontext gesundheitsfördernde und präventive Interventionen einzuleiten und Überlastungssituationen der Betreuungspersonen entgegenzuwirken.

Da die Sozialberatung[2] im Akutspital durch ihre kurzfristigen Beratungsprozesse gekennzeichnet ist und die Dauerbelastung der betreuenden Angehörigen zu diesem Zeitpunkt noch nicht in vollem Masse existiert und erfasst werden kann, erachten es die Verfasserinnen als zentral, empirische Erkenntnisse aus der Praxis der Langzeitbegleitung zu gewinnen. Eingebettet in die Kurzzeitberatung im Akutspital kann dieses Wissen einerseits der Aufgabe der Gesundheitsförderung und der Prävention Rechnung tragen, und andererseits können daraus Handlungsempfehlungen für die Sozialberatung im Akutspital abgeleitet werden. Hierbei ist eine Forschungslücke festzustellen: Bisher liegt keine Forschung vor, im Rahmen derer untersucht wird, wie Erkenntnisse der Langzeitsozialberatung von Angehörigen, die eine Person mit einer Hirnverletzung betreuen, in die Kurzzeitberatung im Akutspital integriert werden können. Hieraus ergibt sich die wissenschaftliche Relevanz des Forschungsansatzes der vorliegenden Arbeit.

Um zu untersuchen, welchen Beitrag Fachkräfte der Sozialberatung im Akutspital zur Gesundheitsförderung und Prävention betreuender Angehöriger leisten können, wurde die folgende Forschungsfrage formuliert:

Welche Erkenntnisse aus der Langzeitsozialberatung von Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung geben Hinweise auf gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen, die bereits von der Sozialberatung während des Akutspitalaufenthalts für betreuende Angehörige getroffen werden können?

Das Ziel der Bachelor-Thesis ist es, bestehende Interventionen der Langzeitsozialberatung für Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung vorzustellen sowie gesundheitsfördernde und vorbeugende Massnahmen zur Unterstützung der Angehörigen während des Aufenthaltes der von der Hirnverletzung betroffenen Person im Akutspital herauszuarbeiten.

1.4 Eingrenzungen

Die vorliegende Arbeit bezieht sich hauptsächlich auf die in Bronfenbrenners Ökosystemischem Ansatz definierte Mikro- und Mesoebene (vgl. Bronfenbrenner, 1979). Im Fokus stehen also vorwiegend Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung, ihr nahes Umfeld sowie

[2] Die Beratungsstellen der Kurzzeitberatung im Spital sowie der Langzeitberatung im und ausserhalb des Spitals verwenden für ihre Bezeichnung den Terminus „Sozialberatung“. Da die vorliegende Bachelor-Thesis die Kurz- und die Langzeitberatung unterscheidet, haben sich die Verfasserinnen für folgende Bezeichnungen entschieden: Die „Sozialberatung im Akutspital“ meint die Kurzzeitberatung vor Ort im Spital im neurologischen Kontext. Die „Langzeitsozialberatung“ meint die Langzeitberatung im und ausserhalb des Spitals wie FRAGILE Suisse und die Klinik Lengg. Wird „Sozialberatung“ geschrieben, so meinen die Verfasserinnen die Kurz- sowie die Langzeitberatung.

Beratungsstellen. Es werden jedoch Schnittstellen zur Makroebene mitberücksichtigt, weil sich alle drei Ebenen gegenseitig beeinflussen und sie nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. Betreuende Angehörige haben eine zentrale gesellschaftliche Relevanz, da das Gesundheitswesen aufgrund mangelnder ökonomischer Ressourcen und mangelnder Pflegekapazität auf informelle Betreuungspersonen angewiesen ist (Reifegerste, 2019, S. 3). Auch aus diesem Grund soll die Gruppe der betreuenden Angehörigen geschützt und ihre Gesundheit gefördert werden. Mit den sozialarbeiterischen Interventionen im Akutspital kann folglich auch ein Gewinn auf der Makroebene erzielt werden.

Im Folgenden werden zwei in der Forschungsfrage genannte Begrifflichkeiten – *betreuende Angehörige* und *Hirnverletzungen* – definiert und eingegrenzt.

1.4.1 Betreuende Angehörige

In der vorliegenden Bachelor-Thesis werden unter dem Begriff *betreuende Angehörige* Menschen aus dem nahen sozialen Umfeld von Personen mit einer Hirnverletzung verstanden, die mit dieser Person zusammenleben. Aus Gründen der Verbundenheit und des Pflichtgefühls leisten Angehörige unbezahlte pflegerische und betreuerische Arbeit, da die Person mit der Hirnverletzung alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig verrichten kann. Diese Bachelor-Thesis fokussiert sich auf Angehörige und Menschen mit einer Hirnverletzung im Erwerbsalter. Angehörige im Kindesalter sowie Kinder mit einer Hirnverletzung sind nicht Teil des Untersuchungsgegenstandes.
Ebenfalls wurde auf die Verwendung des Begriffs *pflegende Angehörige* verzichtet, welcher in der deutschsprachigen Fachliteratur gängig ist. Die Verfasserinnen berufen sich hierbei auf die Empfehlungen des BAG und der Gesundheitsförderung Schweiz, die davon abraten, diesen Begriff zu benutzen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2019, S. 8). Der Pflegebegriff ist in der Schweiz mit der Arbeit von qualifizierten Fachkräften verknüpft, deren Entlohnung über die obligatorische Krankenversicherung (KVG) festgelegt ist.

Gemäss BAG (2020) findet sich in der Literatur in Bezug auf die Angehörigenbetreuung auch der Begriff *Care-Arbeit* wieder. Mit diesem werden vor allem Gleichstellungsfragen sowie die Organisation und Regelung aus gesellschaftlicher, politischer und wirtschaftlicher Sicht betont (S. 12). Dies sind Themen, die der Makroebene zuzuordnen sind (S. 25-26). Da sich diese Bachelor-Thesis nicht vertieft mit den zuvor genannten Themen auseinandersetzt, wird der Begriff der *Care-Arbeit* ausgeklammert.

1.4.2 Hirnverletzungen

Weil sich die Forschungsfrage spezifisch auf betreuende Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung bezieht, wird in Tabelle 1 ein Überblick über die häufigsten Hirnverletzungen und deren Auswirkungen gegeben. In der Tabelle werden die zentralen Hirnverletzungen rudimentär beschrieben und die medizinischen Diagnosen und Krankheitsbilder vereinfacht vorgestellt.

Tabelle 1

Häufige Hirnverletzungen

Erkrankung	
Schlaganfall Hirninfarkt	Das Hauptblutgefäss wird nicht mehr mit Blut versorgt. Das entsprechende Hirngewebe stirbt ab.
Hirnblutung	Schädigung des Hirngewebes durch ausgetretenes Blut. Das gesunde Hirngewebe wird verdrängt und das geschädigte stirbt ab.
Virale Entzündungen des Hirngewebes	Virenbefallene Nervenzellen sterben ab.
Bakterielle Entzündungen der Hirnhäute	Wenn keine frühzeitige Intervention durch Antibiotika erfolgt, entstehen schwere und lebensbedrohliche Verläufe.
Hirntumore	Schädigung des Hirngewebes, weil der Tumor auf das Gewebe drückt und dieses einengt.
Sauerstoffmangel	Schädigung des Hirngewebes infolge einer Unterversorgung mit Sauerstoff. Diese wird durch einen Herzinfarkt, Herzstillstand oder durch eine schwere Lungenentzündung ausgelöst.

Unfall oder Gewalttat	
Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	Äussere Kräfte beschädigen das Hirngewebe.

eigene Darstellung, angelehnt an FRAGILE Suisse, 2021a, S. 16-19.

Langzeitfolgen von Hirnverletzungen sind Einschränkungen der Hirnfunktionen (FRAGILE Suisse, 2017b, S. 33), wobei die Beeinträchtigungen auf den ersten Blick häufig unsichtbar sind (S. 29). Im Folgenden wird eine kurze, nicht abschliessende Übersicht über die markantesten Auswirkungen von Hirnverletzungen im Hinblick auf Betroffene selbst gegeben.

Physische Veränderungen

- Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten
- eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit

Psychische Veränderungen und Persönlichkeitsveränderungen

- Auffälligkeiten in der Emotionsregulation und Stimmungsschwankungen
- egozentrische Verhaltensweisen und emotionale Nichtzugänglichkeit
- reduzierte Frustrationstoleranz

Neuropsychologische Veränderungen

- verminderte Belastbarkeit
- Antriebsmangel, Aufmerksamkeits- und Orientierungsdefizite
- verlangsamte Informationsverarbeitung
- Verlust von Automatismen und fehlerhafte Sinnesverarbeitung

Soziale Verhaltensänderungen

- Distanzlosigkeit und überschwängliche Handlungsweisen gegenüber dem Umfeld (FRAGILE Suisse, 2017b, S. 29-31)

1.5 Bezug zur Sozialen Arbeit

Gemäss dem Berufskodex von Avenir Social (2010) hat die Soziale Arbeit unter anderem das Ziel, Menschen zu schützen und die Entwicklung dieser zu stabilisieren oder zu fördern (S. 6). Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung stellen ihre eigenen Bedürfnisse oftmals hintenan; alle Aufmerksamkeit ist auf die Person mit der Hirnverletzung gerichtet und die Gesundheit der Angehörigen verliert angesichts dieser Priorisierung oftmals an Relevanz. Die

Angehörigen rücken in den Hintergrund und dabei wird oftmals vergessen, dass auch sie sich in einer krisenhaften Situation befinden. Auch die Angehörigen gehören zu einer Gruppe, die nach Ansicht der Verfasserinnen eines besonderen Schutzes bedarf.

Ein breit gefächertes Problem besteht darin, dass betreuende Angehörige in verschiedensten Bereichen vielen Belastungen ausgesetzt sind. Mit gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen und Interventionen kann die Soziale Arbeit ihrer Verpflichtung der Verminderung dieses Problems nachkommen (S. 6). Soziale Arbeit hat also auch einen gesundheitsfördernden und präventiven Charakter, wie in den Kapiteln 2.2.2 und 2.2.4 näher erläutert wird.

Der Schweizerische Fachverband der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) hält in seinem Leitbild folgenden Auftrag fest:

> Als Expertinnen und Experten für die Arbeit zwischen Individuum und sozialem Umfeld fördert die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen den Genesungsprozess, die gesellschaftliche Teilhabe und den Schutz von gesundheitlich beeinträchtigten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt. (SAGES, 2018, S. 3)

Die Angehörigen sind in diesem zitierten Abschnitt explizit erwähnt. Auch im Rahmen der Ansätze der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wird Angehörigenarbeit aufgeführt, wie in Kapitel 2.1 näher erläutert wird. Sowohl im Berufskodex der Sozialen Arbeit (Avenir Social, 2010) als auch im Leitbild der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (SAGES, 2018) ist die Aufgabe des Schutzes des Individuums und seines sozialen Umfelds von Bedeutung. Aus den vorangegangenen Erläuterungen kann geschlossen werden, dass auch die Gesundheitsförderung und Prävention von Dauerbelastung bei Angehörigen zu den Zielen der Sozialen Arbeit gehören.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit setzt sich aus sechs Hauptkapiteln zusammen. In der Einleitung in Kapitel 1 wurde ein Überblick über das Thema der Bachelor-Thesis gegeben. In Kapitel 2 werden auf der Basis von wissenschaftlicher Fachliteratur für den Untersuchungsgegenstand relevante theoretische Grundlagen erläutert und zentrale Begriffe definiert. Im Fokus stehen die Unterkapitel *Angehörige als Mitbetroffene* (Kapitel 2.1) und *Sozialberatung im Akutspital* (Kapitel 2.2). Im Rahmen des zweiten Kapitels werden das Angehörigenmodell nach Lezak (1986) sowie das Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin, Mullan, Semple und Skaff (1990) vorgestellt, die Einblicke in die Betreuungssituation der nahestehenden Angehörigen gewähren. Zudem werden das Modell

der Salutogenese nach Antonovsky (1979) und das Konzept des sense *for* coherence nach Lindström behandelt, welche sich mit der Frage befassen, wie Menschen trotz gesundheitsgefährdender Ereignisse die Gesundheit aufrechterhalten oder wiederherstellen können. Die Kapitel 1 und 2 bilden somit die Grundlage für die empirische Forschung.
In Kapitel 3 wird das methodische Vorgehen der qualitativen Forschung detailliert beschrieben, wobei die Datenerhebung der Expertinneninterviews und Experteninterviews, die Datenaufbereitung der transkribierten Textstellen sowie die Datenauswertung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) erläutert werden.
In Kapitel 4 werden die kategorisierten Ergebnisse der Interviews präsentiert, während in der Diskussion in Kapitel 5 die Ergebnisse der empirischen Forschung mit den anfangs erläuterten theoretischen Grundlagen der Bachelor-Thesis verknüpft werden. Daraus werden in Kapitel 6 Handlungsaufforderungen für die Sozialberatung im Akutspital abgeleitet und schliesslich erfolgt in Kapitel 7 die Beantwortung der anfänglichen Fragestellung. Dieses Kapitel schliesst mit einer Reflexion, einem Hinweis auf die Limitationen der Arbeit und einem Ausblick ab.

2 Theoretische Grundlagen

Das folgende Kapitel ist in zwei Teile gegliedert. Da die Forschungsfrage auf die Gesundheitsförderung und Prävention von betreuenden Angehörigen durch Massnahmen der Sozialberatung im Akutspital abzielt, bilden die Erläuterung der Situation und der Herausforderungen der *betreuenden Angehörigen* und eine Vorstellung der Rahmenbedingungen der *Sozialberatung im Akutspital* den Fokus dieses theoretischen Teils. Um überhaupt gesundheitsfördernd oder präventiv intervenieren zu können, ist es erforderlich, dass Sozialarbeitende Kenntnisse über mögliche Belastungen, Bedürfnisse und Ressourcen von betreuenden Angehörigen besitzen. Sind diese unbekannt, können keine gezielten Massnahmen getroffen werden.

2.1 Angehörige als Mitbetroffene

Dieses Kapitel widmet sich den betreuenden Angehörigen, wobei im ersten Unterkapitel zu den Herausforderungen derselben neben Belastungen auch Rollenveränderungen und Risikofaktoren thematisiert werden sollen. Einige der behandelten Inhalte finden sich im anschliessend betrachteten Angehörigenmodell nach Lezak (1986) wieder. Darauffolgend werden die Bedürfnisse und die Ressourcen der Angehörigen behandelt. Das Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin et al. (1990) bildet den Abschluss dieses Teilkapitels.

2.1.1 Herausforderungen der Angehörigen

Von Kardorff und Schönberger (2005) halten fest, dass hinter nahezu jedem Menschen mit einer Beeinträchtigung kompetente und nicht wegzudenkende, jedoch auch entkräftete, überlastete und verunsicherte Angehörige stehen (S. 133).

Pössl und Kühne (2010) verweisen auf die psychosozialen Belastungen, die Familienmitglieder von Menschen mit einer Hirnverletzung kennzeichnen. Dabei beziehen sie sich einerseits auf verschiedene Studien und greifen andererseits auf ihre langjährige Erfahrung im Umgang mit dieser Personengruppe zurück (S. 442).

Während in den ersten Monaten nach dem lebensverändernden Ereignis von den betreuenden Angehörigen oftmals die physischen Einschränkungen der Person mit der Hirnverletzung verstärkt wahrgenommen werden und Besorgnis hervorrufen, trifft dies längerfristig auf die psychischen, kognitiven und emotionalen Auffälligkeiten der Betroffenen zu (S. 442). Dies kann dadurch erklärt werden, dass physische Auffälligkeiten aufgrund ihrer Sichtbarkeit zunächst besser wahrnehmbar sind. Hierbei ist auf Kapitel 1.4.2 zu verweisen, in dem die Krankheitsbilder von Personen mit einer Hirnverletzung kurz beschrieben wurden.

Im Folgenden sollen die verschiedenen Belastungsdimensionen, mit denen Angehörigen konfrontiert sind, vorgestellt werden.

Psychosoziale Belastungen

Die plötzliche Krankheitsdiagnose beziehungsweise der Unfall und das Bangen um den Menschen mit der Hirnverletzung können für Angehörige traumatische Folgen haben (Pössl & Kühne, 2010, S. 446). Für viele Angehörige ist es schwer vorstellbar, wie umfangreich sich die Pflege und Betreuung der Person mit der Hirnverletzung gestalten.

Das egozentrische Verhalten, die emotionale „Kälte“ und die unvorhersehbaren Stimmungsschwankungen, die Personen mit einer Hirnverletzung häufig aufweisen, werden von Angehörigen gemäss Pössl und Kühne (2010) als belastend empfunden. Besonders in einer partnerschaftlichen Beziehung wird ein Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen wahrgenommen. Angehörige werden von der Person mit der Hirnverletzung, sofern sie sprechen kann, nur noch selten nach ihrem Befinden, ihren Sorgen und ihren Wünschen gefragt. Langfristig können den Angehörigen die Auffälligkeiten in der Emotionsregulation und die unberechenbaren Emotionen der Person mit der Hirnverletzung so sehr zusetzen, dass sie die Energie für den Mehraufwand nicht mehr aufbringen können (S. 442). Häufig stellen sich Angehörige in dieser Situation sinnstiftende Fragen im Hinblick auf die Zukunft und machen sich Gedanken über eine potenzielle Trennung (S. 446). Auch soziale Verhaltensänderungen (siehe Kapitel 1.4.2) von Betroffenen beeinflussen eine Beziehung massgeblich, wobei hier nicht nur

auf romantische Beziehungen referiert wird. Besonders in öffentlichen Räumen sind die nicht der Norm entsprechenden Verhaltensweisen der Person mit einer Beeinträchtigung für die Angehörigen unangenehm. Diese führen zu Schamgefühlen und schliesslich zu sozialer Isolation (S. 442). Zusätzlich belastend für Angehörige ist der soziale Rückzug von Personen des Umfeldes: Erfahren Angehörige anfangs Verständnis und Anteilnahme, schwinden diese oftmals mit der Zeit. Aufgrund der intensiven Betreuung haben betreuende Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung begrenzte Zeit- und Energieressourcen, um bestehende Kontakte zu pflegen oder neue zu knüpfen. Wenn sich betreuende Angehörige bewusst Zeit für ihre eigenen Bedürfnisse nehmen und soziale Kontakte aufrechterhalten können, stärkt dies ihre psychische Gesundheit langfristig. Überlastungserscheinungen von betreuenden Angehörigen können sich in Form von Depressionen und Ängsten äussern, die auch körperliche Symptome hervorrufen können (S. 444) und zu Mehrfachbelastungen führen (S. 453).

Doppelbelastung durch Beruf und Betreuung

Mit der neuen Aufgabe der Betreuung, Begleitung und Pflege der Person mit der Hirnverletzung steigt die Belastung der betreuenden Person im Hinblick auf die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Betreuung (Pössl & Kühne, 2010, S. 446). Häufig reduzieren betreuende Angehörige ihr Arbeitspensum, was dazu führt, dass weniger Beiträge in die persönliche Altersvorsorge einbezahlt werden und diese schliesslich gekürzt wird (FRAGILE Suisse, n. d.). Vonseiten der betreuenden Angehörigen besteht zudem die Sorge, die eigene Arbeitsstelle zu verlieren (Pössl & Kühne, 2010, S. 446). Die regelmässigen Fahrtermine, die Arbeitszeitreduktion, die unbezahlten Ferientage etc. können Gründe dafür sein (S. 603).

Finanzielle Belastungen

Möglicherweise kann die Person mit der Hirnverletzung nur noch teilweise oder gar nicht mehr arbeiten, was finanzielle Einbussen verursacht und auch eine Belastung für die betreuenden Angehörigen darstellt (S. 446). Neben den Einbussen aufgrund der Reduzierung des Haushaltseinkommens entstehen zusätzliche Ausgaben für die Betreuung, die Pflege und die Begleitung. Trotz der Sach- und Geldleistungen von verschiedenen Sozialversicherungen oder Organisationen muss unter Umständen der Lebensstandard angepasst werden (Koppelin, 2008, S. 59).

Körperliche Belastungen

Körperliche Symptome, welche bei betreuenden Angehörigen durch die Überbelastung entstehen, sind beispielsweise Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Bluthochdruck (Pössl & Kühne, 2010, S. 444). Ebenfalls können durch die Hebebewegungen beim Positionswechsel der Menschen mit der Hirnverletzung auch Rückenschmerzen auftreten (S. 445).

Rollenveränderung der Angehörigen

Mit der neuen Aufgabe der Betreuung einer hilfsbedürftigen Person erhält die angehörige Person eine zusätzliche und in den meisten Fällen unerwartete Rolle. Neben dem Mehraufwand ist diese neue Rolle auch herausfordernd, da oft neue Fähigkeiten erlernt werden müssen. Dies führt zu multiplen Rollen, welche parallel erfüllt werden müssen und somit eine Umstrukturierung des Alltags erzwingen und zu Überforderungen beziehungsweise zu Belastungen führen (Pearlin, 1999, S. 402-403).

In Abbildung 1 werden die unterschiedlichen Unterstützungsbereiche der Angehörigen zusammengefasst. Unter der informationellen Unterstützung wird die Informationsweitergabe verstanden, die entweder die Weitergabe externer Informationen an die Person mit der Hirnverletzung betrifft oder sich auf die Weitergabe von Informationen der betroffenen Person an die Aussenwelt bezieht (Reifegerste, 2019, S. 81). Die emotionale Unterstützung steht für die seelische Hilfe, bei welcher hauptsächlich die Stärkung des Selbstwertgefühls der betroffenen Person im Vordergrund steht (S. 90). Angehörige leisten häufig auch Beistand in der medizinischen Entscheidungsfindung, die für viele Betroffene eine Überforderung darstellt (S. 99). Mit der instrumentellen Unterstützung ist die allgemeine Alltagshilfe gemeint, welche die Betroffenen in unterschiedlichen Lebensbereichen benötigen (S. 106-107).

Abbildung 1 verdeutlicht die Vielfältigkeit der Unterstützungsarten und die dadurch entstehenden Rollen. Reifegerste (2019) erwähnt die Schwierigkeit, die Rollen den vier Unterstützungsbereichen zuzuordnen, da die soziale Unterstützung und deren Funktionen nicht eindeutig zuteilbar sind. Auch die Intensität der unterschiedlichen Rollen variiert. Reifegerste begründet diesen Umstand mit dem vorhandenen dynamischen Unterstützungsbedarf der hilfsbedürftigen Person, der Art der Krankheit oder des Unfalles sowie den individuellen Anforderungen und Bewältigungsstrategien (S. 75-77).

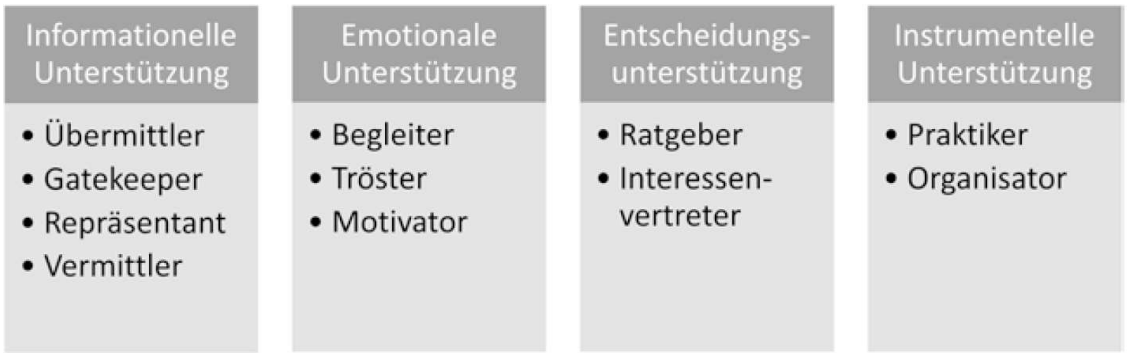


Abbildung 1. Rollen der Angehörigen nach Unterstützungsart. Nach Reifegerste, 2019, S. 76.

Diese vielfältigen Rollen der hauptverantwortlichen Betreuungsperson können zu diversen Einschränkungen und Schwierigkeiten führen. Die zeitintensive und häufige Inanspruchnahme der Betreuung der Person mit der Hirnverletzung kann zu einer Vernachlässigung des sozialen Umfeldes und der Freizeitgestaltung der Betreuungsperson, aber auch zu Konflikten und problembehafteten Situationen im Familienumfeld führen (Pearlin et al., 1990, S. 588-589). Pössl und Kühne (2010) erwähnen, dass die neue Rollenverteilung zu Spannungen im sozialen Umfeld führen kann, wenn die Rollenanpassung nicht akzeptiert wird – einerseits von der Person mit der Hirnverletzung, da sie in eine „passiv-abhängige (Zuschauer-)Rolle" (S. 443) gerät, sowie von der betreuenden Person, welche mit der neuen Situation und deren Konsequenzen umgehen muss (S. 443).

Risikofaktoren

Das Belastungsrisiko steigt, wenn betreuende Angehörige mit der betreuten Person im selben Haushalt leben (BAG, 2020, S. 5). McCullagh, Brigstocke, Donaldson und Kalra (2005) zeigten auf, dass das Belastungsrisiko steigt, je hilfsbedürftiger und abhängiger die Person mit der Hirnverletzung ist. Ebenso steigt das Belastungsrisiko der Angehörigen, die an früheren Lebenszielen und am früheren Standard festhalten und wenig Flexibilität im Hinblick auf die Anpassung an die neue Situation aufbringen können. Weiterhin ist ein erhöhtes Belastungsrisiko auch mit zunehmendem Alter verknüpft (S. 2183).

Auch junge Familien sind einem grösseren Belastungsrisiko ausgesetzt: Zusätzlich zu beruflichen Verpflichtungen, der Kinderbetreuung und Hausarbeit ist die aufwändige Betreuung einer Person mit einer Hirnverletzung zu bewältigen (Verhaeghe et al., 2005, S. 1004). Ein weiterer Risikofaktor besteht, wenn Angehörige keine Unterstützung durch weitere Personen und Institutionen erhalten (McCullagh et al., 2005, S. 2183). Die Auswertung des Förderprogramms *Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020* des BAG (2020) zeigte, dass das Belastungsrisiko erhöht ist, wenn Entlastungsangebote zu wenig zugänglich sind. Des Weiteren geht daraus hervor, dass kein Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren und den Geschlechtern zu erkennen ist. Das Belastungsrisiko steigt, wenn Angehörige selbst gesundheitlich eingeschränkt sind (S. 41). Werden Risikofaktoren für Belastungen früh erkannt, können Belastungen eher vermieden oder vermindert werden (S. 39).

2.1.2 Angehörigenmodell nach Lezak

Das Angehörigenmodell nach Lezak (1986) eignet sich, um die Problematik aufzuzeigen, dass Angehörige oftmals erst Unterstützung suchen, wenn bereits eine Dauerbelastung besteht. Es zeigt auch, wie stark die Angehörigen von einem Akutereignis mitbetroffen sind. Das Modell beschreibt die unterschiedlichen Rehabilitationsphasen der Angehörigen von Personen mit einer Hirnverletzung. Dabei werden die verschiedenen Stadien nach dem Spitalaustritt der betroffenen Person und die Reaktionen und Gefühle der Angehörigen erläutert.

Durch die jahrelange Forschung im Bereich des Rehabilitationsprozesses von Patientinnen und Patienten mit einer Hirnverletzung und deren Angehörigen hat die Neuropsychologin Lezak (1986) ein Phasenmodell entwickelt. Es verdeutlicht, welche Reaktionen, Gefühle sowie Phasen die Familienmitglieder aufgrund der Betreuung der von einer Hirnverletzung betroffenen Person nach dem Spitalaustritt durchlaufen. Der Ablauf der Phasen wird gemäss Lezak in der Realität unterschiedlich wahrgenommen; die verschiedenen Stadien können sich je nach Situation auch überschneiden oder einzelne Stadien können übersprungen werden. Lezak berichtet von Einzelfällen, im Rahmen derer die Familien in frühen Stadien feststecken, da die Belastung und Erschöpfung gross sind (S. 244).

Im *ersten Stadium* des von Lezak entwickelten Modells stehen positive Gefühle und Vorfreude im Zentrum, weil die Person mit der Hirnverletzung wieder nach Hause kommen kann. Die Bereitschaft des sozialen Umfeldes, zu helfen, ist hoch. Die positiven Reaktionen der Angehörigen verdecken im ersten Moment das veränderte Verhalten der erkrankten oder verunfallten Person. In dieser Phase sind die Angehörigen grösstenteils nicht bereit, Unterstützungsleistungen anzunehmen, da die charakterlichen Veränderungen noch nicht wahrgenommen werden (S. 244-245).

Nach einer gewissen Zeit, im *zweiten Stadium*, lassen der Optimismus sowie die Energie bei den Angehörigen nach, dafür verbreitet sich Unsicherheit, da die Einschränkungen der Person mit der Hirnverletzung schrittweise realisiert werden. Gemäss Lezak wäre es zu diesem Zeitpunkt sinnvoll, psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen, damit die Angehörigen die Symptome der Hirnschädigung verstehen und sich mit den daraus resultierenden Konsequenzen auseinandersetzen können. Viele Angehörige sind zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht bereit, über letztere aufgeklärt zu werden (S. 245).

Aufgrund der belastenden Veränderungen, welche oft durch störende und unangemessene Verhaltensweisen der erkrankten oder verunfallten Person auftreten, kommen bei den betreuenden

Angehörigen im *dritten Stadium* Gefühle wie Enttäuschung, Verwirrung, Frustration etc. auf. Vor allem im Hinblick auf die hauptverantwortlichen Betreuungspersonen besteht die Gefahr, dass diese sich neben den negativen Gefühlen die Schuld für die Situation zuweisen. Diese Reaktionen werden durch die vielzähligen benötigten Hilfestellungen und Einschränkungen der Person mit einer Hirnverletzung ausgelöst. Gleichzeitig verlieren die Angehörigen die Hoffnung auf die vollständige Genesung der betroffenen Person, was zu Ermüdung führt. Einzelne Angehörige wünschen sich in diesem Stadium, sich aus der belastenden Situation befreien zu können. Diese Phase tritt Lezak zufolge oft ein Jahr nach dem Ereignis auf (S. 245-246).

Im *vierten Stadium* erkennen die Angehörigen, dass die durch die Hirnverletzung ausgelösten Persönlichkeitsveränderungen und Defizite höchstwahrscheinlich langfristig andauern, was zu einer Krise führt. In dieser Phase sind die Familienmitglieder bereit, mit einer Fachkraft über die Problemlagen zu sprechen, realistisch in die Zukunft zu blicken und somit Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gemäss Lezak ist es wichtig, die Person mit der Hirnverletzung vor dem Hintergrund ihrer Einschränkungen neu zu betrachten und zu akzeptieren, dass die Person nicht wieder zur alten Person wird (S. 246-247).

Im zweitletzten, dem *fünften Stadium*, beginnt die Phase des Trauerns um die alte Persönlichkeit der Person mit der Hirnverletzung. In dieser Phase ist die Unterstützung von aussenstehenden Personen für die Angehörigen zentral. Es ist bedeutsam, in dieser Phase für die Angehörigen da zu sein und aufzuzeigen, dass deren emotionale Verarbeitungsprozesse legitim sind. Den Trauerprozess bezeichnet Lezak als „isolierte Trauer“, da die Angehörigen um eine Person trauern, welche noch lebt (S. 247).

Im letzten, dem *sechsten Stadium*, ist es für die Angehörigen wichtig, sich von den emotionalen Belastungen zu befreien und sich neu zu orientieren. In dieser finalen Phase sind die Angehörigen dazu bereit, sich die aktuelle überfordernde Situation einzugestehen und Veränderungen vorzunehmen. Sie sind bereit, Unterstützung anzunehmen, und werden sich ihrer eigenen Bedürfnisse bewusst. Lezak betont, dass in diesem Stadium Lösungsansätze gesucht werden müssen, um den Belastungen entgegenzuwirken, wie zum Beispiel eine Tagesbetreuung oder eine Unterbringung in einer Einrichtung in der Umgebung (S. 247-248).

Anhand dieses Phasenmodells wird ersichtlich, dass die betreuenden Angehörigen emotional und durch den Mehraufwand der Betreuung ebenfalls mitbetroffen sind. Die über einen langen Zeitraum andauernde Belastung der Angehörigen und die unterschiedlichen Stadien zeigen, dass Hilfe oft erst spät in Anspruch genommen wird. Lezak betont, dass es wichtig ist, der

Familie der hilfsbedürftigen Person zu vermitteln, dass ihre Gesundheit bewahrt werden muss, denn das Wohlergehen der Person mit der Hirnverletzung hängt vom Wohlergehen der Familie ab (S. 248). Diese Erkenntnisse zeigen, dass es unerlässlich ist, bereits zum Zeitpunkt des Spitalaustritts vorbeugende Massnahmen zu ergreifen.

2.1.3 Bedürfnisse der Angehörigen

Der Begriff *Bedürfnisse* ist von zentraler Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Gesundheit der Angehörigen. Gemäss Burmeister (2017) bezeichnet der Begriff das Erleben eines Mangelgefühls und das Drängen nach Befriedigung desselben (S. 84). Es ist wichtig, den vielfältigen Bedürfnissen der Angehörigen bewusst zu sein und in den individuellen Situationen entsprechend zu handeln.

Gemäss Keenan und Joseph (2010) äussern Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung in der Akutphase nicht dieselben Bedürfnisse wie in der Rehabilitationsphase und in der Phase danach (S. 25).

Bedürfnisse während der Akutphase

Lefebvre und Levert (2012) ermittelten in ihrer qualitativen Studie zu Bedürfnissen von Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung, in der sie sowohl Angehörige selbst als auch Pflegefachkräfte befragten, dass in der Akutphase ein starkes Bedürfnis nach Informationen und Aufklärung über das Ereignis, Prognosen, alltagsbezogene Auswirkungen und praktische Inhalte besteht. Die Aufklärung gewährt den Angehörigen in der Zeit der Unsicherheit und Ungewissheit eine gewisse Sicherheit (S. 1084).

Bedürfnisse während der Rehabilitationsphase

In der Rehabilitationsphase herrscht vorerst Gewissheit darüber, dass der Mensch mit der Hirnverletzung überlebt, wie Kennan und Joseph (2010) festhalten. Angehörige äussern Anliegen wie beispielsweise die Organisation des Familienalltags, das Management administrativer und praktischer Angelegenheiten und der Patientenversorgung, den Einbezug bei pflegerischen und therapeutischen Interventionen und nicht zuletzt das Anliegen, den Optimismus hinsichtlich einer Besserung des Zustandes der betroffenen Person zu bewahren. Ermunternde und bestärkende Worte von Professionellen sind wünschenswert und die Angehörigen gehen davon aus, dass sie von ihnen Zuspruch erhalten (S. 31).

Aus den gewonnenen Erkenntnissen in Bezug auf die Bedürfnisse haben Kennan und Joseph (2010, S. 30) sowie Lefebvre und Levert (2012, S. 1085-1094) Interventionen abgeleitet: Den

Bedürfnissen kann demzufolge durch Information, professionelle Unterstützung durch unterschiedliche Professionen und Unterstützung aus dem Umfeld begegnet werden.

Um dem Bedürfnis nach Information gerecht zu werden, sollen Fachkräfte nach Lefebvre und Levert (2012) eine angemessene Sprache wählen und auf Fachwörter verzichten (S. 1085-1094). O'Connel, Baker und Prosser (2003) fügen hinzu, dass Angehörige so eher bereit sind, Fragen zu stellen (S. 21). Die Vergabe von Broschüren und Informationsmaterialien ermöglicht es den Angehörigen, bei Bedarf darauf zurückzugreifen und diese als Gedankenstütze zu nutzen (Lefebvre & Levert, 2012, S. 1085-1094).

Bedürfnisse nach der Rehabilitationsphase

Wie aufgezeigt wurde, vernachlässigen Angehörige oftmals ihre eigene Gesundheit, da die Pflege und Betreuung der Person mit der Hirnverletzung im Mittelpunkt stehen. Daher ist es bedeutsam, dass Professionelle die Angehörigen darauf aufmerksam machen und die Wichtigkeit der eigenen Gesundheit betonen. Wenn die Angehörigen gewisse Zeitfenster für sich haben, kann dies die Belastungen minimieren (S. 1085). Fragen Sozialarbeitende die Angehörigen nach ihrem persönlichen Befinden und hören sie aktiv zu, so kann bei diesen Empfindungen des sozialen Ausschlusses entgegengewirkt werden (Coco, Tossavainen, Jääskeläinen & Turunen, 2011, S. 346). Auch Angebote wie Selbsthilfegruppen können dem Gefühl der sozialen Isolation vorbeugen, da sich Menschen mit ähnlichem Schicksal auf Augenhöhe begegnen und sich eher verstanden fühlen (Lefebvre & Levert, 2012, S. 1085-1094). Da Angehörige häufig externe Entlastungsmöglichkeiten zunächst scheuen, kann es sinnvoll sein, die Vorteile derselben aufzuzeigen und sie mehrmals zu ermutigen, diese Angebote wahrzunehmen.

2.1.4 Ressourcen der Angehörigen

Im Folgenden wird der Begriff *Ressourcen* und dessen Bedeutung im Zusammenhang mit den Betreuungsaufgaben von Angehörigen erläutert. Um neue als auch alltägliche Herausforderungen, welche betroffenen Angehörigen begegnen, zu bewältigen, ist es von Vorteil, wenn sie auf diverse Ressourcen zugreifen können. Letztere stellen ein Mittel dar, welches Personen nutzen können, um Lebensanforderungen und Entwicklungsaufgaben jeglicher Art bewältigen zu können und um Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten (Schubert, 2017, S. 719). Ressourcen gelten demnach als Schutzfaktoren.

Es wird zwischen physiologischen, ökonomischen, strukturellen, sozialen und personellen Ressourcen unterschieden. Beispiele für personelle Ressourcen sind subjektive emotionale und kognitive Kompetenzen, die dabei helfen, Herausforderungen zu meistern. Dazu gehören

Selbstvertrauen sowie der Mut, sich mit Problemen zu befassen und diese entsprechend anzugehen. Personelle Ressourcen ermöglichen es einem Menschen aber auch, Schwächen einzugestehen und in schwierigen Lebenssituationen Hilfe und Unterstützung anzufordern. Verfügbare Ressourcen werden für die Erhaltung der Lebensqualität und der Gesundheit eingesetzt und führen zu einer qualitativ hochwertigeren Lebensgestaltung. Vor allem in kritischen Lebenssituationen gewinnen Ressourcen an Bedeutung, da sie zu Bewältigungsstrategien führen. Sie können sich auch untereinander stark beeinflussen und in positiven Lebenssituationen zu sogenannten Gewinnspiralen führen. Die Soziale Arbeit macht mit der Absicht, vorhandene Ressourcen im personellen Bereich sowie im Umfeld aufzudecken, zu aktivieren und zugänglicher zu machen, auf verborgene Ressourcen aufmerksam (S. 719-720).

O'Connell und Baker (2004) haben betreuende Angehörige von Personen mit einer Hirnverletzung gefragt, über welche Ressourcen sie verfügen, um die komplexe Betreuungssituation zu bewältigen. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass Optimismus, Humor, Anpassungsfähigkeit, Flexibilität bezüglich des Arbeitspensums und die Möglichkeit, Auszeiten zu nehmen und abschalten zu können, sowie die regelmässige Unterstützung durch Freunde und Familienmitglieder bedeutende Ressourcen darstellen (S. 121-126).

Auch der Resilienzprozess hat für betreuende Angehörige eine zentrale Bedeutung. *Resilienz* wird als Fähigkeit beschrieben, erfolgreich mit Lebensereignissen umgehen zu können, welche belastend sind und Krisen auslösen. Resilienzfördernde Faktoren wie die Beziehung zu einer vertrauensvollen Bezugsperson, Selbstregulationsfähigkeiten und Unterstützung ausserhalb des familiären Umfelds tragen zur Bewältigung von belastenden Lebensereignissen bei. Resilienz ist dynamisch und kann somit verstärkt oder reduziert werden (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2017, S. 718). Die Kenntnis der Resilienzdynamik und der Ressourcenaktivierung führt zu zentralen Interventionen der Sozialberatung im Akutspital sowie in der Langzeitsozialberatung und beeinflusst und fördert die Zusammenarbeit mit betreuenden Angehörigen.

2.1.5 Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin et al.

Im Folgenden soll das Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin, Mullan, Semple und Skaff (1990) vorgestellt werden, welches nochmals verdeutlicht, welche vielfältigen Einflüsse und Veränderungen die Betreuung einer hilfsbedürftigen Person mit der Hirnverletzung mit sich bringen kann. Auf das genannte Modell wird Bezug genommen, da es das Belastungserleben und die Bewältigungsformen betreuender Angehöriger behandelt (S. 585-589). Der von Pearlin et al. im Kontext des Modells verwendete Begriff der *informellen Pflege* bezieht sich auf das Engagement der Verwandten und Freunde, um die bedürftige Person zu schützen und ihr Wohlbefinden zu verbessern (S. 583).

Aufgrund mehrerer Stressforschungen und Untersuchungen in Bezug auf Angehörige von demenzerkrankten Personen haben Pearlin et al. (1990) das Prozessmodell der Pflegebelastung entwickelt. In diesem Modell werden unterschiedliche Faktoren dargestellt, welche bei Angehörigen einer Person mit einer Hirnverletzung zu psychosozialen Belastungen führen können (S. 585); das Modell bietet somit einen Orientierungsrahmen im Hinblick auf potenziell belastende Umstände (Pearlin, 1999, S. 396). Pearlin et al. beschreiben den Pflegeaufwand von Angehörigen als ein Zusammenspiel verschiedener Aspekte und bezeichnen das entwickelte Modell als Stressprozess. Es war ihnen ein Anliegen, herauszufinden, wie Stress und seine Auswirkungen entstehen und wie sie miteinander in Beziehung stehen (Pearlin et al., 1990, S. 585). Eine Mischung aus Reaktionen, Umständen, Erfahrungen und Ressourcen, welche individuell stark variieren, rufen bei Angehörigen unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit hervor. Es kann somit nicht von einem einheitlichen Vorgang ausgegangen werden (S. 591). Das Modell wird in vier Bereiche unterteilt: Pearlin et al. beziehen sich auf Kontextbedingungen, primäre und sekundäre Stressoren, Mediatoren sowie Konsequenzen. Im Mittelpunkt des Modells stehen die Kontextbedingungen der betreuenden Person, deren Pflegestress von persönlichen Bewältigungsstrategien beeinflusst wird (S. 585). Die vier Bereiche werden von der aktuellen Situation sowie den involvierten Personen beeinflusst, woraus sich individuelle Belastungsverläufe ergeben; die Auswirkungen auf die Gesundheit und das Verhalten der Angehörigen gestalten sich hierbei jeweils unterschiedlich (S. 591). Für Pearlin et al. stehen das seelische und körperliche Befinden und die Gesundheit der betreuenden Person sowie ihre Fähigkeit, sich mit der neuen Betreuungsrolle zu identifizieren, an erster Stelle (S. 590).

In Abbildung 2 sind die verschiedenen Bereiche des Modelles dargestellt (Sammler, 2003, S. 36).

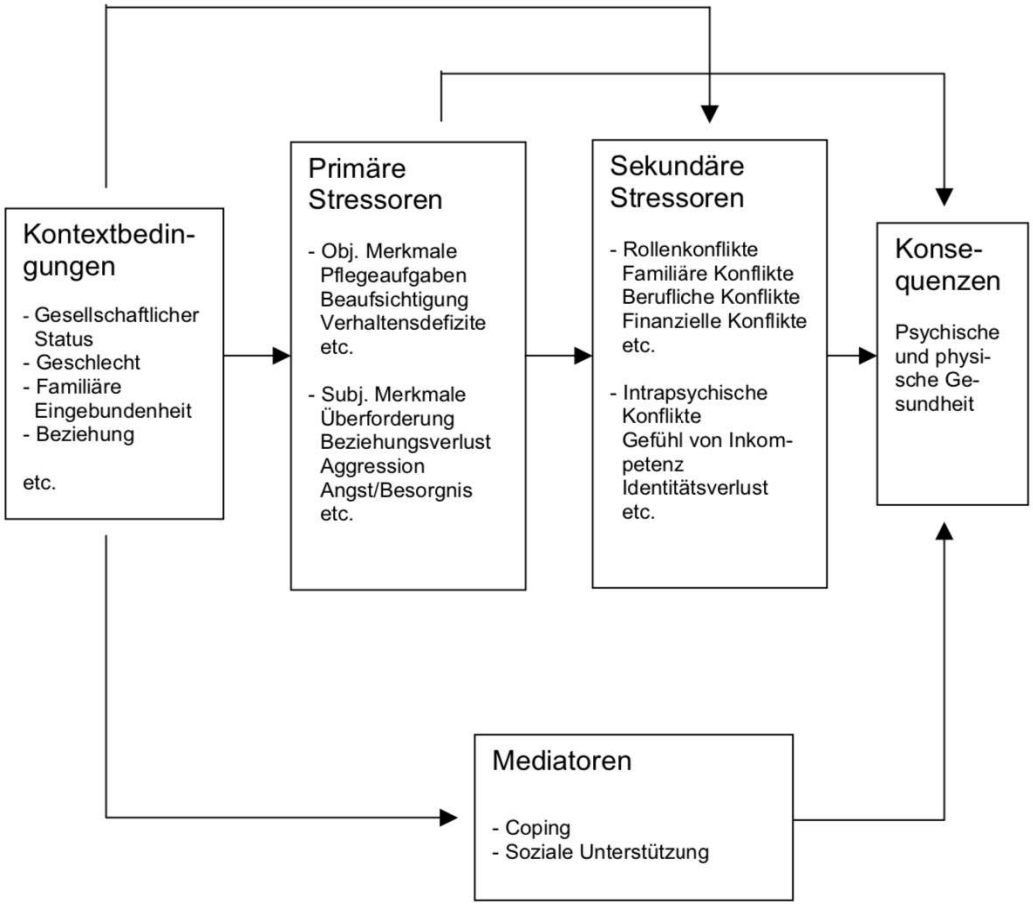


Abbildung 2. Konzeptuelles Modell der Pflegebelastung. Nach Pearlin et al., 1990.

Kontextbedingungen

Pearlin et al. erläutern, dass Kontextbedingungen wie zum Beispiel der Status der Angehörigen sich auf die Pflegesituation auswirken. Dabei spielen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungsniveau etc. im Stressprozess eine bedeutende Rolle. Diese sozialen und wirtschaftlichen Statusmerkmale und die Intensität der Stressoren beeinflussen den Stressprozess (S. 585-586).

Stressoren

Die Stressoren sind in diesem Modell von zentraler Bedeutung und bezeichnen unterschiedliche Faktoren, welche Stress auslösen können. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Forderungen, Erfahrungen, Handlungen etc., welche bei einer Person Spannungen und Schwierigkeiten hervorrufen, was in der Pflegeverantwortung für eine Person mit starken Einschränkungen häufig vorkommt. Pearlin et al. unterscheiden zwischen primären und sekundären Stressoren (S. 586-587), wobei die Unterscheidung keine Rangordnung darstellen soll. Primäre und sekundäre

Stressfaktoren erzeugen durchschnittlich gleich viele Stresssituationen für Angehörige (S. 588), es existiert jedoch eine zeitliche Reihenfolge ihres Auftretens (Pearlin, 1999, S. 403).

Die *primären Stressoren* treten aufgrund der Bedürfnisse der Person mit der Hirnverletzung sowie der Pflegeaufgaben und dem zeitlichen Pflegeaufwand ein und ergeben sich aus den funktionellen Fähigkeiten der beeinträchtigten Person. Damit sind die Hilfeleistungen, die sich aus dem Grad der Abhängigkeit, den problematischen Verhaltensweisen sowie dem kognitiven Status und Gesundheitszustand der betroffenen Person ergeben, ausschlaggebend. Auch die Veränderung der Beziehung zwischen der Person mit der Hirnverletzung und den betreuenden Angehörigen führt zu primären Stressoren. Aus diesem Grund fallen primäre Stressoren stark ins Gewicht, wenn Angehörige eine Person mit chronischer Erkrankung betreuen und werden in diesem Fall als dauerhafte Stressoren bezeichnet, die sich in Zukunft verstärken können (Pearlin et al., 1990, S. 587-588).

Durch die Belastung der Pflegesituation können weitere Problemfaktoren hervorgerufen werden, welche als *sekundäre Stressoren* bezeichnet werden. Pearlin et al. unterscheiden zwei Arten von sekundären Stressoren: die Rollenbelastung, welche ausserhalb der Pflegebetreuung existiert, und die vielfältigen intrapsychischen Belastungen im Kontext der Pflegesituation. Der erste Punkt betrifft die Rollenkonflikte, die vor allem an der Schnittstelle von Beruf und täglichen Betreuungsleistungen Druck ausüben. Hierbei können auch wirtschaftliche Problemlagen ins Gewicht fallen, da die Gesundheitskosten ansteigen und sich zugleich in vielen Familien oder Partnerschaften das Einkommen verringert. Zudem benennen Pearlin et al. den Rückgang der Teilhabe am sozialen Leben (S. 588). Die intrapsychischen Konflikte betreffen hauptsächlich die Selbstkonzepte der Betreuungspersonen. Hierbei besteht die Gefahr, positive Elemente des Selbst aufgrund der Herausforderungen der Pflege und der Rollenbelastung zu reduzieren. Im Vordergrund des Selbstkonzeptes stehen das Selbstwertgefühl und die Selbstbeherrschung (S. 588-589), die mit der Kontrolle über die eigenen Gefühle zusammenhängen (Pearlin, 1999, S. 409).

Mediatoren

Pearlin et al. setzen sich auch mit der Beobachtung auseinander, dass Menschen vergleichbare Stressoren bewältigen müssen, aber das Ausmass der Belastung unterschiedlich ist. Durch Mediatoren – Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung – können die verschiedenen Auswirkungen begründet und sekundäre Stressoren minimiert werden. Somit vermitteln die Mediatoren zwischen primären und sekundären Stressoren und den Konsequenzen (Pearlin et al., 1990, S. 589-590). Die Mediatoren ändern die Situation, sodass möglichst keine Stressoren entstehen

und somit die Ausbreitung und Intensität von Stress verringert werden kann (Pearlin, 1999, S. 406). Durch Bewältigungsstrategien kann die Entstehung der sekundären Stressoren verhindert werden (S. 407). Wenn die betreuende Person über ein intaktes Selbstwertgefühl und über Selbstbeherrschung verfügt, werden Stressoren als weniger bedrohlich eingestuft und gleichzeitig kann auch die soziale Unterstützung besser genutzt werden (S. 409).

2.2 Sozialberatung im Akutspital

Die nachfolgenden Unterkapitel befassen sich mit der allgemeinen Sozialberatung im Akutspital. Zunächst werden der Gegenstand und das Aufgabengebiet der allgemeinen Spitalsozialarbeit beschrieben. Anschliessend wird die Sozialberatung mit der Gesundheitsförderung in Verbindung gebracht und im nächsten Schritt wird das Modell der Salutogenese vorgestellt. Im Anschluss daran wird der Beitrag zur Prävention, den die Soziale Arbeit leistet, beleuchtet. Das Unterkapitel schliesst mit einer Thematisierung der Angehörigenberatung von Menschen mit einer Hirnverletzung.

2.2.1 Definition und Auftrag

Die Spitalsozialarbeit gehört zu den ersten anerkannten Tätigkeitsfeldern von Sozialarbeitenden und wurde Ende des 19. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Deutschland geschaffen. Zu dieser Zeit wurde die Spitalsozialarbeit ausschliesslich von Frauen ausgeführt, die als Fürsorgerinnen bezeichnet wurden. Ziel der Spitalsozialarbeit war die Risikominimierung des sozialen, finanziellen und beruflichen Ausschlusses der Patientinnen und Patienten. Durch die Berücksichtigung der psychosozialen Situation sollte zudem der Heilungsprozess positiv beeinflusst werden (Ortmann & Waller, 2005, S. 2). In der Schweiz wurde erstmals im Inselspital in Bern im Jahr 1927 eine Arbeitsstelle für Sozialarbeit geschaffen. In dieser Zeit war die Suche nach Ersatzmöglichkeiten für die fehlende soziale Absicherung bei gesundheitsbedingten Problemen vordergründig (Friedli & Hošek, 2013, S. 30). Noch heute gilt die Soziale Arbeit in Art. 2 Abs. 1 im Schweizerischen Gesundheitsberufegesetz mit letztem Stand vom 1. Februar 2020 nicht als anerkannter Gesundheitsberuf (GesBG; SR 811.21).

Die Sozialberatung im Akutspital versteht sich als Teilgebiet der Klinischen Sozialarbeit (Franzkowiak, 2006, S. 99). Sie setzt dort ein, wo Menschen aufgrund von Krankheiten, Beeinträchtigungen oder eines Unfalls in ihrem Leben eingeschränkt werden. Die Klinische Sozialarbeit hat zum Ziel, psychosozialen Belastungen bei Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen vorzubeugen und diese zu verringern sowie den Handlungsspielraum der genannten Personengruppen zu erweitern. Mit einer Krankheit oder einem Unfall gehen soziale Nachteile einher, die

minimiert werden sollen, damit die Zielgruppen (wieder) am sozialen Leben teilhaben können (Ansen, Gödecker-Geenen & Nau, 2004, S. 18).

Weiter führen Ansen et al. an, dass die Sozialberatung im Spital einen wichtigen Beitrag zur Erfüllung des Behandlungsauftrags durch das Spital leistet. Die Soziale Arbeit im Spital stellt die soziale Situation der Patientinnen und Patienten sowie die der Angehörigen in den Fokus, ohne dabei die psychologischen, biologischen und kulturellen Bedürfnisse der Zielgruppen zu vernachlässigen (S. 19). Dies zeigt auch das bio-psycho-soziale Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit auf, an welchem sich die Klinische Sozialarbeit orientiert (vgl. Pauls, 2013). Gemäss Avenir Social (2014) schlägt die Soziale Arbeit im klinischen Bereich eine Brücke zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen. Sie zeigt die Wechselwirkungen zwischen der sozialen Umwelt, dem Gesundheitszustand und der alltäglichen Lebensführung auf und unterstützt die Ermöglichung eines gelingenden Alltags trotz gesundheitlicher Probleme (S. 1). Durch die Erfassung von Ressourcen und das Erkennen von Risikofaktoren trägt die Soziale Arbeit dazu bei, soziale Einschränkung zu verhindern (S. 1-2).

Die Soziale Arbeit unterstützt die Zielgruppen bei der Bewältigung persönlicher, sozialer und materieller Herausforderungen und ist an der Nachsorgeorganisation beteiligt (Ansen et al., 2004, S. 19).

SAGES (2018) hält in seinem Leitbild fest:

> Gegenstand der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen resp. der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sind:
> 1 die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind, und
> 2 die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu diesen führen.
> Im Fokus von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen stehen demnach die folgenden Personengruppen in ihrer jeweiligen Lebenswelt: Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, von Erkrankung bedrohte Menschen und ihre Angehörigen (S. 2).

Sozialarbeitende im Gesundheitswesen sind zudem damit beauftragt, die betroffenen Personengruppen durch geeignete Massnahmen zu schützen (S. 3).

Ansen, Gödecker-Geenen und Nau (2004) führen sieben Hauptleistungen der Sozialberatung im Akutspital auf.

- Auskunft und Beratung über Sozialleistungen
- Hilfe bei der Bewältigung häuslicher Probleme
- Gespräche mit Angehörigen
- Hilfen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise
- Unterstützung bei der Bewältigung seelischer Konflikte
- Beratung über die Folgen chronischer Erkrankungen
- Beratung bei krankheitsbedingten beruflichen Problemen (S. 20)

Häufig sind Beratungsthemen im Zusammenhang mit der psychosozialen Situation der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, der Nachsorgeorganisation, Sozial- und Krankenversicherungen, familiären Problematiken sowie finanziellen und arbeitsrechtlichen Fragestellungen (Ansen et al., 2004, S. 40; Bienz & Reinmann, 2004, S. 66).

Nachdem ein kurzer Einblick in das Tätigkeitsfeld der Sozialarbeitenden im Akutspital erfolgt ist, widmet sich das nächste Unterkapitel der Gesundheitsförderung.

2.2.2 Sozialberatung und ihr gesundheitsfördernder Beitrag

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986 dem Begriff der Gesundheitsförderung eine neue Bedeutung verliehen.

Die von der WHO (1986) festgelegte Definition von Gesundheitsförderung lautet wie folgt:

> Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. (WHO, 1986)

Gemäss Ruckstuhl (2020) gilt die Ottawa-Charta als erstmaliges offizielles Dokument, welches die Gesundheit vollumfänglich in den Fokus rückt (S. 108). Mit der Umsetzung der Ottawa-

Charta war die WHO bestrebt, gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern und die gesundheitsfördernde Entwicklung auf verschiedenen Ebenen wie beispielsweise Politik, Wirtschaft und Gesellschaft voranzutreiben (Lindström & Eriksson, 2019, S. 47). Die Ottawa-Charta bildet die Grundlage der heutigen Gesundheitswissenschaft New Public Health. Gemäss Loss, Warrelmann und Lindacher (2016) bezwecken Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung „Veränderungen im materiellen, organisatorischen, sozialen und politischen Lebensumfeld" (S. 435). Als Beispiele für alle genannten Bereiche nennen sie die Bereitstellung und das Vorhandensein von gesundheitsfördernden Angeboten für eine gesunde Lebensweise und eine gesunde Verpflegung. Sie führen zudem aus, dass die Gesundheitskompetenz auf der Ebene des Individuums (Mikroebene) gefördert werden soll, was sie unter dem Begriff *Empowerment* zusammenfassen. Auf der Gemeinschaftsebene (Mesoebene) kann durch die Vernetzung von Personen mit ähnlichem Schicksal ein Beitrag zur Gesundheitsförderung geleistet werden (S. 435). Ortmann und Waller (2005) legen dar, dass Gesundheitsförderung eine Aufgabe für jede einzelne Person ist, da jede einen Einfluss auf diese nehmen kann, und dass sich die Einflussnahme jeder einzelnen Person wiederum auf andere auswirkt (S. 11).

Gesundheitsförderung und Sozialberatung im Akutspital weisen einige Gemeinsamkeiten in ihren Handlungsansätzen auf (Homfeldt, 2012, S. 496). In beiden Fällen werden Ressourcen eruiert und Menschen dazu befähigt, diese Ressourcen zu erschliessen und auch einzusetzen (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 232). Wie aus den Erläuterungen in Kapitel 2.2.1 und diesem Kapitel hervorgeht, setzen sich die Soziale Arbeit sowie die Gesundheitsförderung für die Befähigung und Selbstbestimmung von Menschen ein, mit dem Ziel, den Gesundheitsprozess derselben positiv zu beeinflussen. Sozialarbeitende nehmen gemäss Homfeldt (2012) eine anwaltschaftliche Funktion ein, wenn es um die Steigerung von Schutzfaktoren oder Gesundheitsressourcen geht. Einen anderen gemeinsamen Handlungsansatz sieht er in der Vermittlung von Fähigkeiten und Wissen. Auch Vernetzung ist eine Handlungsstrategie, welche sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Soziale Arbeit verfolgt. Die Vernetzung sozialer und der jeweiligen Situation angepasster Unterstützungsangebote ist in beiden Bereichen zentral, da in beiden Fällen davon ausgegangen wird, dass eine Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren nötig ist, um dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustandes näher zu kommen (S. 496).

In der wissenschaftlichen Literatur wird die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen oftmals mit dem Modell der Salutogenese in Verbindung gebracht, da beide Übereinstimmungen aufweisen (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 221; Homfeldt, 2012, S. 496). In beiden Fällen

wird der Mensch nicht losgelöst von der Umwelt, sondern in Interaktion mit dieser betrachtet und Ressourcen- und Lebensweltorientierung, Befähigungshandeln und gesundheitsfördernde Prozesse sind jeweils von grosser Bedeutung. Aufgrund dieser Gemeinsamkeiten soll im nächsten Unterkapitel das Modell der Salutogenese näher beschrieben werden.

2.2.3 Salutogenese nach Antonovsky

Gemäss Lindström und Eriksson (2019) wächst das globale Forschungsinteresse bezüglich des Modells der Salutogenese noch heute weiter, was die Vielzahl von veröffentlichten Studien zu diesem Thema auf der Fachdatenbank PubMed bestätigt (S. 33). In der Medizinforschung und in den Gesundheitswissenschaften stellt diese Perspektive einen neuen Blickwinkel im Gegensatz zur Pathogenese dar. Letztere stellt die Risikofaktoren, die Ursachen und die Behandlung von Krankheiten ins Zentrum; die Salutogenese hingegen befasst sich mit den Bedingungen und den Schutzfaktoren von Gesundheit (Zöller, 2019, S. 271). Mit der salutogenen Sichtweise hebt sich die Soziale Arbeit innerhalb des Gesundheitswesens ab, in dem die pathologische Perspektive allgegenwärtig ist, und unterscheidet sich von anderen Professionen, was den Professionalisierungs- und Etablierungsprozess der Sozialarbeit im Gesundheitswesen vorantreibt (Köppel, 2010, S. 30). Im Folgenden wird das Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Antonovsky (1979) erläutert. Er fragte sich, wie es Menschen mit langanhaltenden, massiven und negativen Stresserfahrungen gelingt, ein funktionierendes Leben zu führen (Lindström & Eriksson, 2019, S. 27). Er sieht die Salutogenese als Ergänzung zur pathologischen Sichtweise, indem er bewusst die Gesundheit in den Fokus rückt und sich die Frage stellt, wie ein Mensch eine Verbesserung der Gesundheit erreichen kann (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 24). Anders als beim pathogenen Paradigma, welches Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert, schliesst der salutogene Ansatz Gesundheit und Krankheit mit ein und betrachtet diese nicht als einander ausschliessende Zustände. Die Medizin vertritt die Ansicht, dass sich ein Mensch in einer Homöostase befindet, in der Gesundheit als normal gilt und die nur durch krankmachende Faktoren beeinflusst wird. Die Beseitigung von krankmachenden Faktoren ist daher unerlässlich für die Wiederherstellung des Gleichgewichtszustandes und des Normalzustandes eines Menschen (Tröster, 2009, S. 35). Antonovsky (1997) ist hingegen der Auffassung, dass der Mensch in einer Heterostase lebt (S. 29), was bedeutet, dass der Mensch permanent unterschiedlichen Stressoren ausgesetzt ist und dass Gesundheit nicht als Normalzustand betrachtet werden kann (Lorenz, 2016, S. 14). Der Mensch wird in diesem Kontext als aktives Wesen betrachtet, welches durch sein Handeln die eigene Gesundheit immer wieder neu konstruieren muss (Tröster, 2009, S. 34-36).

Das Modell der Salutogenese

„Salutogenese ist die Wissenschaft von den Bedingungen, die Gesundheit ermöglichen, aufrechterhalten und wiederherstellen“ (Meier Magistretti, 2019, S. 17) und wird als Bewegungsprozess in Richtung Gesundheit verstanden (Lindström & Eriksson, 2019, S. 51). Der Begriff setzt sich aus den Worten „salus“ (lateinisch: Glück, Heil, Unverletztheit) und „genese“ (griechisch: Entstehung) zusammen (Bengel et al., 2001, S. 24).

Um einen Überblick über das komplexe Modell der Salutogenese zu erhalten, werden die verschiedenen Komponenten des Modells in Abbildung 3 dargestellt und eine Auswahl derselben wird in den nächsten Abschnitten näher beschrieben. Das Kohärenzgefühl beziehungsweise der sense *of* coherence (SOC)[3] und die allgemeinen beziehungsweise generalisierten Widerstandsressourcen (GWR)[4] bilden die beiden Schlüsselkonzepte des Modells der Salutogenese (Lindström & Eriksson, 2019, S. 38-39).

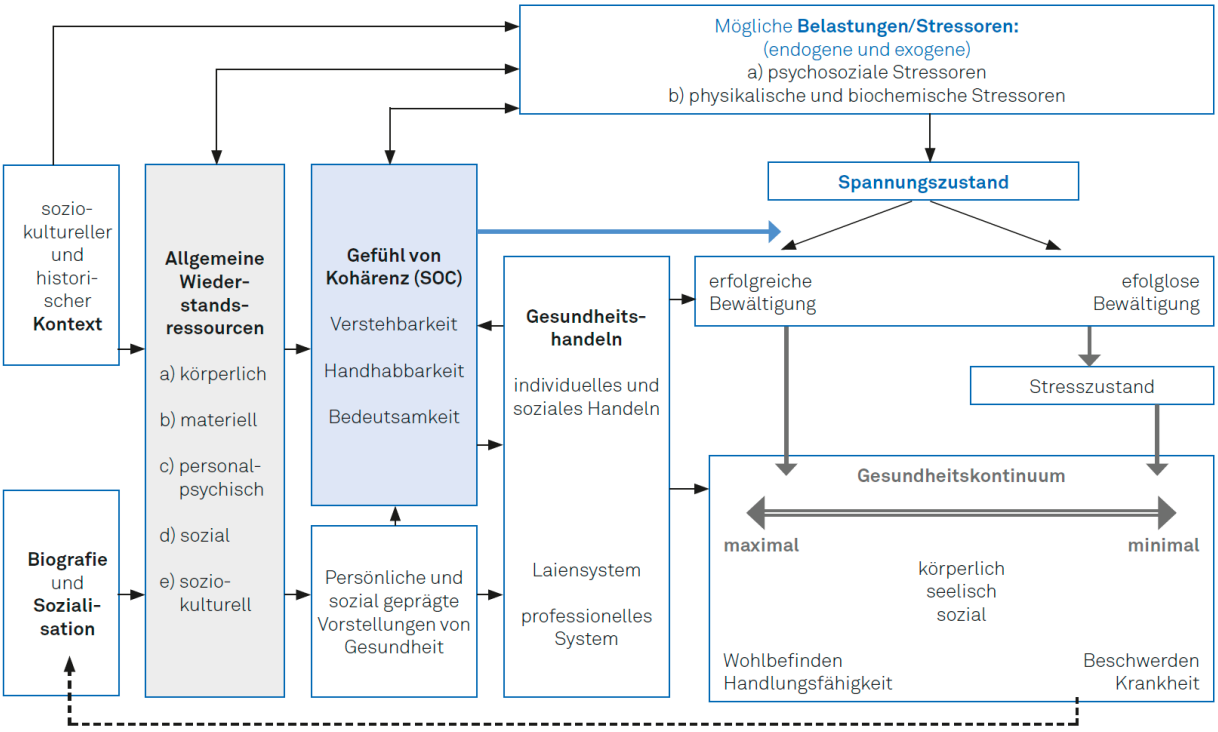


Abbildung 3. Überblick Salutogenese. Nach Wettstein, 2019, S. 261.

[3] Folgende Begrifflichkeiten werden in der deutschsprachigen Fachliteratur synonym verwendet: Gefühl von Kohärenz (Wettstein, 2019, S. 261), Kohärenzerleben, Kohärenzsinn, Kohärenzempfinden (Antonovsky, 1997, S. 12) und Lebensorientierung (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39). In dieser Bachelor-Thesis werden die Begriffe sense *of* coherence, SOC und Kohärenzgefühl eingesetzt.

[4] Folgende Begrifflichkeiten werden in der deutschsprachigen Fachliteratur synonym verwendet: Allgemeine Widerstandsressourcen (Wettsein, 2019, S. 261), generalisierte Widerstandsressourcen, GWR (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39) und GRR (Antonovsky, 1997, S. 43). In dieser Bachelor-Thesis werden der Begriff generalisierte Widerstandsressourcen und die Abkürzung GWR eingesetzt.

Im Modell wird ein breites Spektrum verschiedener Faktoren berücksichtigt, die alle auf den Gesundheitszustand eines Menschen einwirken. In den folgenden Abschnitten werden das Gesundheitskontinuum, die Stressoren, das Kohärenzgefühl sowie die generalisierten Widerstandsressourcen beschrieben.

Gesundheitskontinuum

Die Salutogenese befasst sich mit der Frage: Welche Bedingungen, Ressourcen und Umstände führen uns in Richtung Gesundheit (Lindström & Eriksson, 2019, S. 30)?

Antonovsky (1997) postuliert, dass Gesundheit als Kontinuum zu verstehen ist: Jeder Mensch ist auf einem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (S. 23) zu verorten, wobei sich die Position eines Menschen auf dem Kontinuum während seines Lebens verändert und daher nicht von einem statischen Zustand ausgegangen wird (Lindström & Eriksson, 2019, S. 31). Schematisch stellt das Kontinuum eine horizontale Linie zwischen den beiden Polen absolute Gesundheit und keine Gesundheit dar. Die Zustände der absoluten Gesundheit oder der absoluten Krankheit existieren jedoch nicht, da der Mensch beständig verschiedenen Stressoren ausgesetzt ist (Lorenz, 2016, S. 14). Verschiedene Komponenten, die Gesundheit und Krankheit betreffen, beeinflussen die Position eines Menschen auf dem Kontinuum (Lindström & Eriksson, 2019, S. 31). Messindikatoren für die Einordnung auf dem Kontinuum sind beispielsweise Schmerz, funktionelle Einschränkungen und die prognostische Beurteilung (Antonovsky, 1987, S. 65).

Stressoren

Unter dem Begriff *Stressoren* werden gemäss Antonovsky (1979) Anforderungen an den Menschen verstanden, welche ihn in ein Ungleichgewicht versetzen. Damit das Gleichgewicht wiederhergestellt werden kann, bedarf es einer energieverbrauchenden Aktivität, die der Mensch nicht automatisch ausgleichen kann (S. 72).

Im Gegensatz zu Pearlin et al. bezieht sich Antonovsky in seiner Verwendung des Begriffs Stressoren nicht auf eine zeitliche Abfolge mit primären und sekundären Stressoren. Antonovsky (1997) fokussiert mehr auf die Bewältigung von Spannungszuständen und geht davon aus, dass Stressoren auch einen positiven Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen haben können (S. 26-27).

Wie ein Mensch positiven (z. B. Geburt) oder negativen (z. B. Unfallereignis oder Tod einer nahestehenden Person) Stressoren begegnet und wie er auf diese reagiert, hängt vom SOC ab (Antonovsky, 1997, S. 124-125; Bengel et al, 2001, S. 33), auf welchen untenstehend näher eingegangen wird. Stressoren führen zu Spannungszuständen und können Stress hervorrufen.

Dieser Zustand des Stresserlebens löst jedoch nicht zwangsläufig eine Krankheit aus, vielmehr bestimmen die unterstützenden Ressourcen einer Person, wie diesem Spannungszustand begegnet wird (Lorenz, 2016, S. 13-15).

Antonovsky (1979) vertritt die Ansicht, dass Stressoren zuerst einen physiologischen Spannungszustand im Menschen hervorrufen, weil der Mensch nicht weiss, wie er dem Problem begegnen soll (S. 72). Der menschliche Organismus ist mit der Aufgabe konfrontiert, den Spannungszustand zu bewältigen. Gelingt die Bewältigung desselben, wirkt sich dies positiv auf die Gesundheit des Menschen aus. Im Gegensatz dazu entstehen Stress oder eine belastende Herausforderung, wenn die Spannungsbewältigung nicht gelingt. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass Stressreaktionen allgegenwärtig sind. Sie sind nicht zwangsläufig gesundheitsschädigend und können die Gesundheit auch fördern, weil der Mensch im Fall der Bewältigung einer Herausforderung anerkennende Bestätigung erhält. Die physische Gesundheit wird erst negativ beeinflusst, wenn die Belastung zusammen mit Schadstoffen, Krankheitserregern und anderen physischen Problemfaktoren auftritt. Antonovsky unterteilt die Stressoren in biochemische, physikalische und psychosoziale (zitiert nach Bengel et al., 2001, S. 33). Im Rahmen dieser Bachelor-Thesis werden nur die psychosozialen Stressoren betrachtet, da diese von den Verfasserinnen im Kontext des Untersuchungsgegenstandes als relevant erachten werden.

Kohärenzgefühl – sense *of* coherence

Das Kohärenzgefühl oder der sense *of* coherence wird als erstes Schlüsselkonzept innerhalb der theoretischen Rahmung der Salutogenese verstanden (Lindström & Eriksson, 2019, S. 27). Kohärenz kann als Stimmigkeit oder Zusammenhang definiert werden (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 28). Das Konzept des Kohärenzgefühls ist gemäss Antonovsky (1997) ausschlaggebend für eine Entwicklung in Richtung Gesundheit (S. 36): Je ausgeprägter das Koheränzgefühl ist, desto schneller bewegt sich eine Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit beziehungsweise desto gesünder fühlt sie sich (Lorenz, 2016, S. 40).

Verschiedene empirische Studien zeigen bedeutende Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen beziehungsweise psychosomatischen Gesundheit sowie der Stressbewältigung auf (Bengel et al., 2001, S. 44-45; Eriksson & Mittelmark, 2017, S. 97-106). Wenn ein hohes Kohärenzgefühl vorhanden ist, treten weniger oft psychische Krankheiten auf; es schützt vor psychischen Problemen und Hoffnungslosigkeit (Eriksson & Lindström, 2006, S. 376-381). In Bezug auf die physische Gesundheit zeigten diverse Studien keine signifikanten Zusammenhänge (Bengel et al., 2001, S. 44-45).

Der sense *of* coherence wird von Antonovsky (1997) wie folgt definiert:

> [Das Kohärenzgefühl] ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass (1) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; (3) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (S. 36)

Wie aus der Definition hervorgeht, beinhaltet die Grundhaltung des SOC die Dimensionen (1) Verstehbarkeit, (2) Handhabbarkeit und (3) Bedeutsamkeit. Haben Menschen ein starkes Kohärenzgefühl, wird das Leben von ihnen als zusammenhängend, handhabbar und bedeutsam bewertet (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39). „Er [der SOC] gibt ihnen das innere Vertrauen, die Zuversicht und die Fähigkeit, ihre eigenen Ressourcen und diejenigen in ihrer unmittelbaren Umgebung zu entdecken, diese in gesundheitsfördernder Weise für sich zu nutzen und zu verwenden." (S. 39)

Die Bedeutsamkeit beziehungsweise die Sinnhaftigkeit hat einen motivationalen Charakter und treibt Menschen in ihrer Lebensführung an: Sie werden aktiv und suchen nach Ressourcen, was zu einer Erweiterung der beiden anderen Dimensionen der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit führt. Ein Mensch, der dem Leben als solches eine Bedeutung beimisst und eine positive Lebenseinstellung hat, ist gesünder oder wird schneller gesund. Ein ausgeprägter SOC befähigt einen Menschen, einen angemessenen Umgang mit Lebensereignissen zu finden, weshalb er als Ressource angesehen werden kann (S. 39). Ein Mensch mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl kann sich Herausforderungen besser anpassen (Bengel et al., 2001, S. 30) und ist bestrebt, sich für gesundheitsfördernde Problemlösungen zu entscheiden (S. 37). Die Dimension der Handhabbarkeit ist durch die Dimension der Verstehbarkeit bedingt: Erst wenn sich ein Mensch die Anforderungen einer Situation vorstellen kann, können Bewältigungsstrategien aktiviert werden (Antonovsky, 1997, S. 36-38). Im Folgenden werden die drei Dimensionen näher beschrieben.

Die Dimension *Verstehbarkeit* bezieht sich auf die Fähigkeit, Ereignisse und Herausforderungen als erklärbare Umstände wahrzunehmen. Wenn aktuell belastende Gegebenheiten und/oder die damit einhergehenden äusseren und inneren Stimuli von einer Person erklärt werden können, ist das Ausmass dieser Fähigkeit im Fall derselben hoch. Die Person kann so belastende

Gegebenheiten wie beispielsweise unerwartete Ereignisse kognitiv einordnen und die verschiedenen Einflussfaktoren wie in einem Puzzle zu einem grossen Ganzen zusammenfügen und erklären (Behme-Matthiessen & Pletsch, 2020, S. 21). Die Dimension der Verstehbarkeit ist subjektiv, da nicht jeder Mensch dieselben kognitiven Verhaltensmuster besitzt und Probleme unterschiedlich interpretiert (Bengel et al., 2001, S. 29). Konnte sich die Person die Sachverhalte erklären, folgt die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien. Werden belastende Ereignisse kognitiv gar nicht erst erfasst, ist die Bewältigung oder Überwindung dieser unmöglich (Lorenz, 2016, S. 37).

Die Dimension *Handhabbarkeit*, die auch Bewältigbarkeit genannt werden kann, bezieht sich auf die Überzeugung von der Fähigkeit zur Problemlösung (Bengel et al., 2001, S. 29). Antonovsky (1997) bezeichnet diese Überzeugung als instrumentelles Vertrauen: Eine Person nimmt wahr, dass sie mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen die Herausforderungen bewältigen kann und auf Hilfestellungen von anderen Menschen, Lebewesen oder einer höheren Macht vertrauen kann (S. 35). Einerseits betrifft diese Dimension persönlichkeitsbezogene Ressourcen einer Person und anderseits äussere Ressourcen wie beispielsweise andere Personen, Lebewesen, eine höhere Macht oder sonstige Überzeugungen, die den Menschen dabei unterstützen, Belastungen zu überwinden. Die Dimension der Handhabbarkeit wird von Antonovsky als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster angesehen (Lorenz, 2016, S. 38). Fehlt einem Menschen diese Fähigkeit, fühlt er sich wiederholt belastenden Situationen ausgeliefert, ohne diese positiv beeinflussen zu können (Bengel et al., 2001, S. 29).

Die Dimension *Bedeutsamkeit* ist im Unterschied zu den zwei vorherigen motivational geprägt und tangiert weniger den kognitiven Aspekt. Es geht hierbei um den Wert, den eine Person einem Problem beimisst. Lohnt es sich aus Sicht der betrachtenden Person, sich der Herausforderung anzunehmen, so stuft sie diese als sinnhaft ein und setzt alles daran, diese zu bewältigen und zu überwinden (Antonovsky, 1997, S. 36). Die Bedeutsamkeit respektive die Sinnhaftigkeit erachten Antonovsky wie auch Lindström und Eriksson (2019) als die wichtigste Dimension (S. 39). Ein hohes Kohärenzgefühl ist nur möglich, wenn eine Person diese Sinnhaftigkeit erfährt, auch wenn die anderen Dimensionen stark ausgeprägt sind (Bengel et al., 2001, S. 30).

Das Konzept des Kohärenzgefühls stellt vor allem die psychosozialen Stressoren in den Mittelpunkt. Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl wird einen als bedrohlich empfundenen Stressor bewältigen können, da sie auf seine Bewältigbarkeit vertraut. Ein starkes Kohärenzgefühl bildet also einen gewissen Schutz (S. 33). Bei einem Menschen mit einem stark ausgeprägtem SOC ruft der als bedrohlich wahrgenommene Stressor beispielsweise Schmerz, Traurigkeit,

Kummer, Sorge oder Wut hervor. Bei einem Menschen mit einem schwach ausgeprägten SOC sind Emotionen wie Angst, Verzweiflung, Scham, Verlassenheit und Verwirrung denkbar. Der Unterschied zwischen Menschen mit einem stark ausgeprägten SOC und Menschen mit schwach ausgeprägtem SOC besteht darin, dass die Emotionen bei ersterer Gruppe zielgerichtet sind und somit eine motivationale Komponente besitzen (Antonovsky, 1997, S. 129).

Generalisierte Widerstandsressourcen

Als zweites Schlüsselkonzept werden die generalisierten Widerstandsressourcen (GWR) definiert (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39), die auch als Interaktionen von Umweltfaktoren gelten (Gabriel-Schärer & Magistretti, 2019, S. 222). Antonovsky (1979) beschreibt diese wie folgt: „Generalisierte Widerstandsressourcen sind physiologische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, werte- und einstellungsbezogene, interpersonale und makrokulturelle Charakteristika von Individuen, Gruppen, Subkulturen und Gesellschaft“ (S. 103). Beispiele hierfür sind soziale Beziehungen und Zugehörigkeit, Bewältigungsstrategien, Wissen, Selbstachtung, materieller Besitz sowie Überzeugungen und Lebenssinn (Lindström & Eriksson, 2019, S. 40).

Die GWR entfalten in Gegebenheiten jeglicher Art ihre Wirkung, weshalb sie als generalisiert bezeichnet werden. Durch Widerstandsressourcen wird die Widerstandsfähigkeit eines Menschen erhöht (Bengel et al., 2001, S. 34) und für die Entwicklung eines Kohärenzgefühls werden generalisierte Widerstandsressourcen vorausgesetzt (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39). Das Potential an generalisierten Widerstandsressourcen kann aktiviert werden, wenn ein Spannungszustand bewältigt werden muss und so verhindert werden kann, dass diese Anspannung Stress auslöst (S. 40). Über diese Ressourcen zu verfügen genügt jedoch nicht, der Mensch muss auch wissen, wie er diese einsetzen kann, damit sie gesundheitsfördernd wirken (Lindström & Eriksson, 2019, S. 40).

Die Soziale Arbeit und die Salutogenese: **sense *for* coherence**

Das Konzept sense *for* coherence wurde von Lindström in Anlehnung an das Modell der Salutogenese entwickelt. In einer Studie mit Hebammen erforschte sie, wie das Kohärenzgefühl bei denselben sowie bei gebärenden Frauen erhöht werden kann (Meier Magistretti, Topalido & Meinecke, 2019, S. 119). Lindströms Konzept kann insofern auf die Sozialarbeitenden im Akutspital angewendet werden, als diese in ihren Beratungen in der Interaktion mit den Angehörigen stehen und ebenfalls darauf abzielen, das Kohärenzgefühl bei diesen zu stärken und damit einen Beitrag in der Gesundheitsförderung zu leisten. Deswegen wird Lindströms Modell im Folgenden auf Sozialarbeitende und Angehörige angewendet. In Lindströms Konzept geht es darum, im Hinblick auf die drei Dimensionen des SOC (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit

und Bedeutsamkeit) korrespondierende und praxisnahe Konzepte nutzbar zu machen (S. 120), die in Abbildung 4 dargestellt sind.

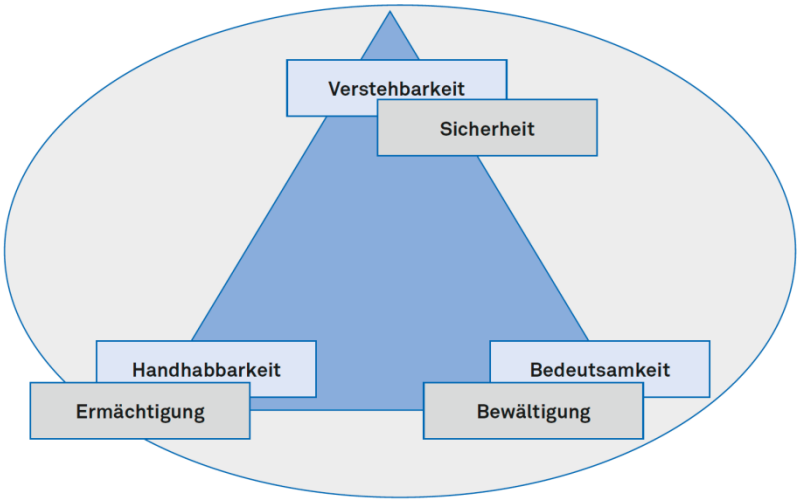


Abbildung 4. sense *for* coherence. Nach Meier Magistretti, Topalidou & Meinecke, 2019, S 120.

In der Dimension *Verstehbarkeit* wird der Fokus besonders auf die differenzierte Wahrnehmung von Professionellen und die kontinuierliche Interaktion zwischen Professionellen und Angehörigen gelegt. Es geht darum, die Sichtweise, Ängste und Sorgen der Angehörigen wahrzunehmen und zu verstehen (S. 121). Eine zentrale Aufgabe der Professionellen ist es, die Vorgänge in den Angehörigen selbst sowie in deren Umgebung verständlich zu machen. Dies gelingt den Professionellen, indem sie Orientierung und damit Sicherheit vermitteln, Handlungsoptionen mit den zugehörigen Vor- und Nachteilen verständlich darlegen und auf nachfolgende Schritte hinweisen. Hierbei muss darauf geachtet werden, die Informationen zu erklären und nicht nur zu vermitteln. Im Hinblick auf diese Dimension wird das Ziel verfolgt, die Angehörigen zu ermächtigen (S. 122).

In der Dimension *Handhabbarkeit* werden Angehörige in ihrem Tun bestärkt. Professionelle helfen ihnen dabei, auf ihre Potentiale wie ihre Fähigkeiten, ihr Wissen und ihre Ressourcen zu vertrauen und führen Gespräche über Erwartungen, Ängste und Rollenwechsel. Ob etwas getan oder nicht getan wird, bedarf einer Entscheidung; es ist relevant, dass sich Professionelle für diese Entscheidungsfindung Zeit nehmen und Reflexionsprozesse bei Angehörigen ermöglichen (S. 124).

Die Dimension *Bedeutsamkeit* beinhaltet das Wissen um die Fähigkeit zur Erreichung eines Ziels. Wenn dieses angeregt wird und das Bewusstsein darüber besteht, die Situationen bewältigen zu können, wird die Dimension der Bedeutsamkeit erhöht (S. 124).

Meier Magistretti et al. (2019) halten zusammenfassend fest, dass Professionelle im Gesundheitswesen einen zentralen Beitrag hinsichtlich der Dimension der Verstehbarkeit leisten. Es ist erforderlich, dass Informationen ausführlich erklärt werden und dass bei Unsicherheiten auf beiden Seiten auf Expertinnenwissen und Expertenwissen zurückgegriffen werden kann, um bei den Angehörigen Angst zu minimieren (S. 127). Zudem müssen von Sozialarbeitenden die generalisierten Widerstandsressourcen einer Person berücksichtigt werden (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 231).

Nachdem auf die Gesundheitsförderung und die Salutogenese eingegangen wurde, behandelt das nächste Unterkapitel die Prävention und erläutert Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gesundheitsförderung und Prävention.

2.2.4 Sozialberatung und ihr präventiver Beitrag

Gemäss Homfeldt (2012) steht Prävention im Kontext der Sozialarbeit im Akutspital für die Vorbeugung, Vermeidung und Reduzierung chronischer Krankheiten (S. 496).
In Bezug auf die vorliegende Forschungsfrage bedeutet dies, dass Belastungen von Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung vermindert werden sollen. Nach Pössl und Kühne (2010) gestaltet sich diese Aufgabe als herausfordernd und anspruchsvoll, da Menschen unterschiedliche Reaktions- und Bewältigungsmuster aufweisen (S. 442). Fachkräfte der Sozialberatung im Akutspital sind darauf bedacht, die Ressourcen und Kompetenzen der Angehörigen zu stärken, indem sie Gesundheitsberatung anbieten (Dietscher & Pelikan, 2016, S. 422). Homfeld (2012) fügt dem noch das Ziel der Achtsamkeitsstärkung hinzu. Ihm zufolge gewinnt die bedürfnisorientierte und auf die Lebenswelt bezogene Prävention in der Sozialen Arbeit zunehmend an Bedeutung. Das Eintreten und Fortschreiten von Krankheiten und chronischen Verläufen soll mittels Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit durch die Soziale Arbeit verhindert werden. Er fordert Sozialarbeitende dazu auf, an die Menschen zu appellieren, auf die eigene Gesundheit bedacht zu sein. Weiter führt er aus, dass sich zwei verschiedene Ansätze herausgebildet haben: zum einen die Verhaltensprävention, welche beim Individuum ansetzt und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der einzelnen Personen beiträgt, und zum anderen die Verhältnisprävention oder strukturelle Prävention, durch welche die Lebensumstände der Menschen gesundheitsgerecht gestaltet werden sollen. Letztere hat zum Ziel, Lebens- und Umweltverhältnisse beispielsweise in den Bereichen Arbeitsbedingungen, Freizeitgestaltung, Wohnumgebung und Familie zu verändern (S. 496).

Gesundheitsförderung und Prävention sind gemäss Dietscher und Pelikan (2016) als einander ergänzend und nicht losgelöst voneinander anzusehen, da keine trennscharfe Abgrenzung

zwischen beiden Bereichen gezogen werden kann (S. 418). Dieses Beziehungsverhältnis lässt sich auch am Beispiel der Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit feststellen.

Die Gemeinsamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention besteht in der Erzielung eines Gesundheitsgewinns, der Unterschied besteht im Zugang. Die Prävention unterscheidet sich von der Gesundheitsförderung insofern, als sie Krankheiten und gesundheitsschädigende Faktoren verhindern und abwehren will. Die Gesundheitsförderung hingegen fokussiert sich auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen. Folglich stehen bei der Prävention vorwiegend Risikofaktoren im Hinblick auf Gesundheitsstörungen und Krankheiten und bei der Gesundheitsförderung primär Schutzfaktoren für die Erhaltung der Gesundheit im Zentrum (Franzkowiak, 2006, S. 20-21).

Seit 1994 haben Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtschweizerische Forderungen und Angelegenheit einen festen Platz im Krankenversicherungsgesetz (Mattig, 2019, S. 203). Gabriel-Schärer und Meier Magistretti (2019) sehen in der Sozialen Arbeit aufgrund ihrer Nähe zu vulnerablen Menschengruppen eine bedeutende Funktion in der Umsetzung dieser Forderung (S. 231).

Pössl und Kühne (2010) halten fest, dass gesundheitsfördernde und präventive Interventionen im Hinblick auf Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung durchaus lohnenswert sind, um die Gesundheit derselben zu stärken und einer Dauerbelastung vorzubeugen (S. 455). Wie aus dem Leitbild des SAGES zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 2.2.1) hervorgeht, hat die Sozialarbeit im Spital implizit auch einen gesundheitsfördernden und präventiven Auftrag. Angehörigenberatung kann folglich gesundheitsfördernde und präventive Aspekte beinhalten.

2.2.5 Beratung von Angehörigen

Sozialarbeitende im Akutspital gehören einem interprofessionellen Team an (Gödecker-Geenen, 2005, S. 19). Eine gelingende und qualitativ hochwertige Zusammenarbeit innerhalb des interprofessionellen Teams beeinflusst die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen. Sozialarbeitende sind darauf angewiesen, dass sie informiert werden, wenn Beratungsbedarf besteht, damit sie geeignete Unterstützungsleistungen erbringen können. Ebenso ist der Austausch zwischen den Professionen und die Betrachtung einer Situation aus unterschiedenen Blickwickeln zentral, um angemessen intervenieren und eine ganzheitliche Erfassung der Situation vornehmen zu können. Um als Fachkraft der Sozialen Arbeit eine geeignete Nachsorgelösung planen zu können, bedarf es beispielsweise einer Einschätzung vonseiten des

Pflege- und des Ärztinnenpersonals und Ärztepersonals; je nach Fall müssen unterschiedliche Professionen wie die Logopädie, Neuropsychologie, Ergo- und Physiotherapie hinzugezogen werden. Kommunikation und Kooperation mit anderen internen Professionen und externen Stellen wie beispielsweise Krankenversicherungen, Sozialdiensten und weiteren Akteuren sind unabdingbar (Ansen et al., 2004, S. 30-31).

Ansen et al. (2004) stellen fest, dass die Beratung von Angehörigen von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit in der Sozialberatung im Akutspital zunehmend an Wichtigkeit gewinnt. Durch die voranschreitende Ökonomisierung der Spitaldienstleistungen und die daraus resultierende kürzere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten im Spital müssen die Angehörigen innerhalb kürzester Zeit wichtige Entscheidungen treffen. Ein für die Forschungsfrage relevantes Beispiel ist die folgenreiche Frage, ob die Angehörigen die langfristige Betreuung nach dem Spital- und Rehabilitationsaufenthalt der Patientin oder des Patienten übernehmen. Betreuende Angehörige benötigen gemäss Ansen et al. eine ganzheitliche Unterstützung durch verschiedene Professionen und die Vermittlung von Informationswissen über pflegerische und medizinische Angelegenheiten und Entlastungsangebote, um, falls erwünscht, auf diese zurückgreifen zu können (S. 34).

Nach Bienz und Reinmann (2004) steht die Beratungstätigkeit im Zentrum der Sozialarbeit im Akutspital. Dort beschäftigte Sozialarbeitende unterstützen Menschen darin, emotionalen Stress, welcher durch Ungewissheit, ungeklärte finanzielle Fragen oder fehlende externe Ressourcen entsteht, zu mildern (S. 66).

Pössl und Kühne (2010) stellen eine Übersicht der Inhalte bereit, die im Rahmen eines Beratungsgesprächs in der Rehabilitation mit Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung relevant sind. Zunächst sollen der Kenntnisstand, die Beobachtungen und die grundlegenden Schwierigkeiten der Angehörigen in Bezug auf die Auswirkungen der Hirnverletzung erfragt werden. Auch das subjektive Erleben und die Frage nach der aktuellen Gefühlslage stehen in dieser Gesprächsphase im Fokus. Anschliessend schlagen Pössl und Kühne vor, die Angehörigen auf ihre Belastungen und Beschwerden anzusprechen und zu eruieren, was ihnen im Moment Hoffnung gibt und was sie stärkt. Pössl und Kühne halten fest, dass die Angehörigen ihre eigenen Erwartungen und ihre Schwerpunkte im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Fachkräften während des Aufenthalts der von der Hirnverletzung betroffenen Person in der Rehabilitationsklinik aussprechen sollen. Des Weiteren ist es Pössl und Kühne zufolge unerlässlich, sich über die vorhandenen sozialen Unterstützungssysteme, deren Ausmass und Qualität auszutauschen.

Beispiele hierfür sind wichtige Bezugspersonen, Hilfsdienste und der Zugang zu Unterstützungsquellen (S. 447).
Die Hirnverletzung hat Auswirkungen auf das Familienleben, weshalb gemäss Pössl und Kühne auch die neue Rollenverteilung und die Veränderungen, die sich im Familienalltag zeigen, thematisiert werden sollten. Gehen mit der Hirnverletzung körperliche Einschränkungen einher, so wird zudem die Wohnsituation besprochen, um dort allfällige Anpassungen in die Wege zu leiten (S. 447).

3 Forschungsmethodik

In diesem Hauptkapitel wird das methodische Vorgehen erläutert. Aufgrund der praxisnahen Forschungsfrage und der erläuterten Forschungslücke erfordert die Beantwortung der Fragestellung neben dem theoretischen Teil auch eine empirische Forschung.

In den folgenden Unterkapiteln wird die Durchführung der Expertinneninterviews und Experteninterviews erläutert. Dabei wird der Prozess des Erhebungsverfahrens, des Aufbereitungsverfahrens sowie des Auswertungsverfahrens im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) detailliert dargestellt.

3.1 Forschungsdesign

Mittels der qualitativen Forschungsmethode der Expertinneninterviews und Experteninterviews wurden Erkenntnisse aus dem Bereich der Langzeitsozialberatung von Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung gewonnen. Aus den im Rahmen der Interviews erworbenen Erkenntnissen wurden in der Folge Handlungsmöglichkeiten für die Akutphase im Spital abgeleitet, um bereits vor dem Spitalaustritt der Betroffenen präventiv den Schwierigkeiten und Belastungsproblemen der Angehörigen entgegenzuwirken. In den Expertinneninterviews und Experteninterviews wurden professionelle Sozialarbeitende aus der Praxis befragt, wobei aufgrund der Erfahrungen derselben mit verschiedenen Fällen ein allgemeiner und objektiver Einblick in die Angehörigenarbeit gewonnen werden konnte. Die vier Interviews wurden anhand eines semistrukturierten Leitfadens durchgeführt und anschliessend mit der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

3.2 Sampling

Die Expertinneninterviews und Experteninterviews wurden mit ausgebildeten Sozialarbeitenden der Beratungsstelle FRAGILE Suisse aus zwei verschiedenen Regionen sowie der Langzeitsozialberatung der Klinik Lengg in Zürich durchgeführt. FRAGILE Suisse (2021b) ist

eine spezialisierte Fachstelle für Menschen mit einer Hirnverletzung und deren Angehörige. Die Sozialarbeitenden dieser Beratungsstelle sind Expertinnen und Experten in der Langzeitbegleitung. FRAGILE Suisse offeriert unterschiedliche Angebote: Neben der Beratung werden Kurse, Treffpunkte, Projekte, Selbsthilfegruppen sowie begleitetes Wohnen für Menschen mit einer Hirnverletzung und deren Angehörige angeboten.

Die Klinik Lengg in Zürich ist unter anderem eine spezifisch auf neurologische Problematiken ausgerichtete (Rehabilitations-)Klinik (Klinik Lengg, n.d.). Im Rahmen dieser Bachelor-Thesis ist die Langzeitsozialberatung dieser Institution insofern relevant, als Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung im ambulanten Bereich bis zu zwei Jahre begleitet werden (Interviewperson 4, pers. Mitteilung, 06.10.2021)[5].

Die interviewten Personen von FRAGILE Suisse (Person 1 und Person 2) und der Klinik Lengg (Person 3 und Person 4) wurden bewusst ausgewählt, da sie relevantes Wissen in Bezug auf die Forschungsfrage aufweisen: Sie arbeiten in Organisationen, in welchen täglicher Kontakt mit Angehörigen von Personen mit einer Hirnverletzung besteht und diese beraten werden. FRAGILE Suisse und die Klinik Lengg sind im neurologischen Bereich spezialisiert und die Mitarbeitenden können auf zahlreiche Erfahrungen zurückgreifen. Auch der Faktor der Langzeitsozialberatung war bei der Wahl der Expertinnen und Experten ausschlaggebend, da die längere Begleitung relevant für die empirische Forschung ist. Zudem ist auch der Status der Expertinnen und Experten von Bedeutung: Es wurden ausschliesslich ausgebildete Sozialarbeitende befragt, welche bereits mehrere Jahre im Bereich der Angehörigenbegleitung im neurologischen Kontext arbeiten. Durch die Zusammenstellung der interviewten Personen wird den Gütekriterien qualitativer Forschung entsprochen und die inhaltliche Repräsentativität aufgezeigt (Misoch, 2019, S. 202).

3.3 Datenerhebung

Als Erhebungsmethode wurden Expertinneninterviews und Experteninterviews gewählt. Die Vorbereitung und Durchführung dieser Interviewform stellen einen Zugang für den Forschungsprozess in einem bestimmten Feld dar (Kaiser, 2014, S. 51). Mit dieser Erhebungsmethode kann Expertinnenwissen und Expertenwissen in einem spezifischen Bereich erworben werden. Das interviewte Gegenüber gilt gemäss Kaiser (2014) als „Lieferant[in] von Informationen“ (S. 2).

[5] Diese Mitteilung stammt nicht aus den Interviews, sondern war Gesprächsinhalt während eines Telefonats. Aus diesem Grund wurde hier, anders als bei den direkten Interviewzitaten, die Zitierweise der persönlichen Mitteilung gemäss APA-Richtlinien nach der 6. Auflage gewählt.

Weiterhin definiert Kaiser (2014) das qualitative Interview mit Expertinnen und Experten als „systematisches und theoriegeleitetes Verfahren der Datenerhebung in Form der Befragung von Personen, die über exklusives Wissen“ (S. 6) verfügen.

Insgesamt wurden vier Interviews unter Verwendung eines semistrukturierten Leitfadens durchgeführt, da diese Interviewform Offenheit und Flexibilität während der Durchführung des Interviews ermöglicht. Dabei fand eine Orientierung an Leitfragen statt (Mayring, 2015, S. 56). Im Hinblick auf die erzählgenerierenden Fragen steht der Wissensaufbau in einem konkreten Themenbereich im Fokus (Misoch, 2019, S. 123). Als Vorbereitung wurde basierend auf dem bereits erarbeiteten theoretischen Teil der Bachelor-Thesis (siehe Kapitel 2) für die Beantwortung der Fragestellung ein Leitfaden erstellt. Beim Verfassen desselben wurde darauf geachtet, geschlossene Fragen zu vermeiden und erzählgenerierende Fragen zu formulieren, um gehaltvolle Antworten und neue Erkenntnisse zu erhalten. Für die vier Expertinneninterviews und Experteninterviews wurde der gleiche Leitfaden verwendet, sodass bei der Auswertung ein standardisiertes und wissenschaftliches Vorgehen sichergestellt werden konnte. Mit der Einstiegsfrage wurde ein möglichst angenehmer Start ins Interviewgespräch ermöglicht. Im Rahmen der Ausstiegsfrage hatten die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner die Möglichkeit, relevante Anhaltspunkte, welche bislang noch nicht angesprochen wurden, zu ergänzen und so ihre Schwerpunkte zum Ausdruck zu bringen.

Dieser Fragebogen diente während der Interviews als Orientierung. Misoch (2019) schreibt dem Leitfaden bei qualitativen Interviews eine „Steuerungs- und Strukturierungsfunktion“ zu (S. 65) und bezeichnet diesen als roten Faden (S. 66). Das Instrument der Datenerhebung kann jedoch während des Interviews bei Bedarf angepasst werden, um die Reihenfolge der Fragen flexibel anzupassen und der Expertin oder dem Experten mehr Antwortspielraum zu gewähren. Es kann während des Interviews auch spontan auf neue Informationen reagiert oder bei der interviewten Person nachgefragt werden, was dazu beitragen kann, dass Zusatzinformationen oder unerwartete Aspekte aufgenommen und thematisiert werden können (Kaiser, 2014, S. 53). Im Rahmen der Interviews wurden Neutralität und Aufgeschlossenheit von den Interviewerinnen vorausgesetzt (S. 7).

Die potenziellen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, welche den Verfasserinnen zuvor nicht bekannt waren, wurden zuerst telefonisch kontaktiert und anschliessend offiziell per Mail angeschrieben. Die Anfrage beinhaltete relevante Informationen zur empirischen Forschung sowie zu den Rahmenbedingungen der Expertinneninterviews und Experteninterviews. Darauf folgten Telefongespräche, in welchen offene Fragen vonseiten der befragten Personen geklärt

werden konnten und der jeweilige Termin für das Interview festgelegt wurde. Einige Tage vor dem jeweiligen Interview wurden den Expertinnen und Experten der Fragebogen sowie die Einwilligungserklärung per Mail zugestellt. Diese Dokumente dienten den befragten Personen als Orientierungspunkt und Vorbereitung auf das Interview. Am Anfang der Interviews wurden die auf der Einwilligungserklärung genannten Punkte thematisiert und anschliessend unterschrieben.

Die Interviews wurden im gewohnten Umfeld der Fachkräfte durchgeführt, um diesen die Aufwendung von Zeitressourcen für die Anreise zu einem anderen Treffpunkt zu ersparen. Zudem war es den Verfasserinnen so möglich, sich ein Bild vom Arbeitskontext der Befragten zu machen. Aus diesem Grund erfolgten zwei Interviews am 13. Oktober 2021 in den Büroräumlichkeiten von FRAGILE Suisse in Bern und zwei Interviews am 18. Oktober 2021 mit den Sozialarbeitenden der Klinik Lengg in Zürich. Die Interviews dauerten zwischen 31 und 54 Minuten und konnten störungsfrei durchgeführt werden. Die Fachkräfte zeigten persönliches Interesse an der Thematik und waren aufgeschlossen.

3.4 Datenaufbereitung

Nach der Datenerhebung, jedoch vor der Datenauswertung, erfolgt nach Mayring (2016) ein Zwischenschritt: das Aufbereitungsverfahren des Materials. Durch die Aufnahme der Interviews mit dem Diktiergerät wurde das vollständige Interview als sprachliches Material gespeichert (S. 85). Im nächsten Schritt wurde die gesprochene Sprache wörtlich transkribiert, was die Ausgangslage für die Interpretation des Materials darstellt (S. 89). Die Transkription wurde anhand der Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) vorgenommen, wobei die Orientierung an den fünfzehn Regelungen gewährleistete, dass die vier Interviews einheitlich und korrekt niedergeschrieben werden konnten (S. 21-22). Die Textproduktion erfolgte mit der Transkriptionssoftware f4. Dieses Programm erleichtert den Prozess der Textproduktion, indem das Tempo der Audiodatei angepasst werden kann und das Vor- und Rückspulen manuell mit Hilfe eines Fussschalters gesteuert wird. Beim erneuten Beginn der Audiodatei mit dem Fussschalter erfolgt auch ein automatisches Rücksprungintervall der Audiodatei, um die getippten Sätze zu kontrollieren. Zudem werden in der Transkriptionssoftware f4 bei jedem Sprecherwechsel automatisch die notwendigen Zeitmarken hinzugefügt, was bei der Analyse den Vergleich der Textzeilen mit der Originalaufnahme erleichtert (S. 32-33).

Bei der Verschriftlichung der Interviews wurde darauf geachtet, dass die Namen der befragten Personen vollständig anonymisiert werden, damit keine Rückschlüsse auf diese gemäss der

Einwilligungserklärung möglich sind. Die Arbeitgebenden der interviewten Personen dürfen in dieser Bachelor-Thesis erwähnt werden, da die Verfasserinnen die Einwilligungen von FRAGILE Suisse und der Klinik Lengg erhalten haben.

3.5 Datenauswertung

Die Datenauswertung wurde mit Hilfe der Analysetechnik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durchgeführt. Diese Methode eignete sich, um die erhobenen Daten zu reduzieren und dabei wesentliche Aspekte durch Abstraktionen hervorzuheben (S. 67). Die Analyse wurde anhand von zuvor festgelegten Interpretationsschritten durchgeführt, um die Nachvollziehbarkeit und die intersubjektive Überprüfbarkeit zu sichern (S. 61). Mit der Inhaltsanalyse wurde das erworbene transkribierte Material induktiv kodiert. Dies bedeutet, dass die Kategorien nach dem Interview aus der eigenständigen Datensammlung erstellt und schrittweise analysiert wurden (S. 85-86).

Das Flussdiagramm in Abbildung 5 stellt den Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) dar. Im ersten Schritt wurden die *Analyseeinheiten*, die vier Interviews, bestimmt. Die Analysen wurden in einem zusätzlichen Excel Dokument erstellt. Im zweiten Schritt fand die *Paraphrasierung* der wörtlichen Transkription statt. Dabei wurden inhaltlich nicht relevante Textbestandteile und Wiederholungen gestrichen und die zentralen Textstellen präzise in eigenen Worten wiedergegeben. Im dritten Schritt, der *Generalisierung*, wurden die Kernbestandteile der Antworten bearbeitet. Im Rahmen der *ersten Reduktion,* im vierten Schritt, wurden identische Paraphrasen selektiert und zentrale Inhalte hervorgehoben, um schliesslich im fünften Schritt, in der *zweiten Reduktion,* Kategorien zu definieren (S. 69-72). Die herausgearbeiteten Kategorien wurden im *Kategoriensystem* zusammengefasst. Um mögliche Fehler bei der vorgenommenen Kategorienbildung verhindern zu können, wurde als letzter Schritt die *Rücküberprüfung* durchgeführt, im Zuge derer die erstellten Kategorien mit dem Ausgangsmaterial verglichen wurden (S. 85).

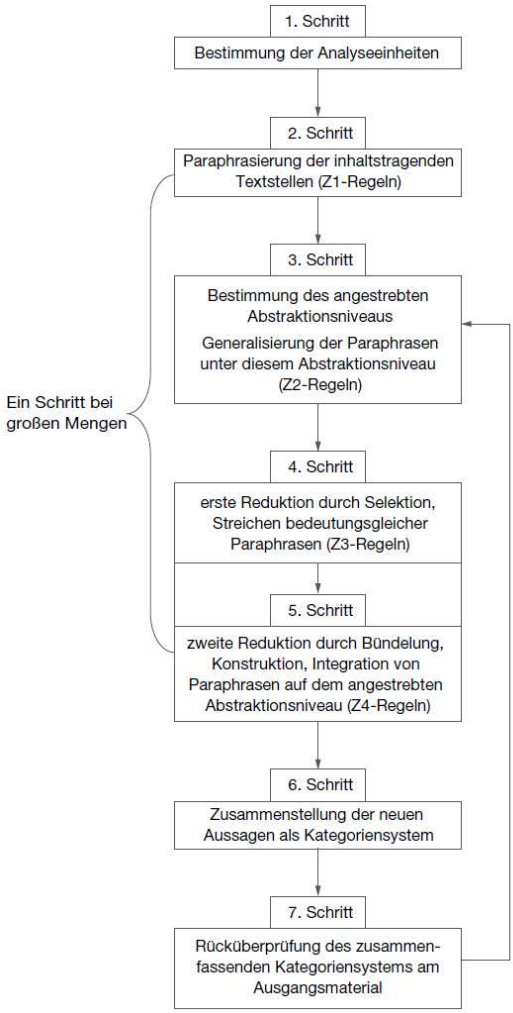


Abbildung 5. Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Nach Mayring, 2015, S. 70.

Anhand der vorgestellten Systematik wurde ein Kategoriensystem gebildet, um die Ergebnisse der Interviews übersichtlich präsentieren zu können und die Nachvollziehbarkeit der Analyse zu ermöglichen (Mayring, 2015, S. 51). Die Kategorien wurden im Wechselverhältnis zwischen der Fragestellung und den erhobenen Daten erstellt (S. 61). Die Kategorien wurden von den Verfasserinnen in einem gemeinsamen Prozess entwickelt, um alle relevanten Aspekte des Materials zu inkludieren und subjektive Verzerrungen zu minimieren. Die unterschiedlichen Textstellen der wörtlichen Transkription wurden farblich den entwickelten sechs Hauptkategorien zugeordnet. Anhand der übersichtlichen Strukturierung der farbigen Textstellen im Excel Dokument wurden schliesslich weitere Subkategorien festgelegt und in eine Reihenfolge gebracht. Tabelle 2 zeigt die Hauptkategorien und das Farbmarkierungssystem sowie die Subkategorien, welche im Analyseverfahren entstanden sind.

Tabelle 2

Haupt- und Subkategorien

Hauptkategorien	**Subkategorien**
Belastungserleben der Angehörigen	- Belastungsverläufe - Warnzeichen für (Über-)Belastung
Kernthemen der Angehörigen	- Koordination und Administration - Existenzsicherung - Wohnsituation und Tagesstruktur - Medizinische Fragen - Psychosoziale Anliegen
Ressourcen und Bewältigung der Angehörigen	- Tragfähiges soziales System als Ressource - Bildung als Ressource - Materielle Ressourcen - Erholung und Freizeit als Ressource - Personelle Ressourcen - Bewältigung
Strukturelle und rechtliche Hindernisse	- Barrieren während des Spitalaufenthalts - Fehlendes Auffangnetz nach dem stationären Aufenthalt - Einfluss der Medien
Interdisziplinarität als Chance	- Verschiedene Professionen als Auftraggebende - Sozialberatung an der Quelle

Unterstützende Massnahmen der Sozialberatung	- Ansprechperson und Beziehungsgestaltung - Einbezug der Angehörigen - Entlastung - Aufklärungsarbeit - Anwaltschaftliches Handeln - Vermittlung von Orientierung und Sicherheit

Gütekriterien

Am Ende einer empirischen Forschung werden die Ergebnisse gemäss Mayring (2016) anhand von Gütekriterien überprüft. Nach dem Abschluss des Auswertungsprozesses erfolgte deshalb die Kontrolle der Einhaltung der klassischen Gütekriterien der Validität und Reliabilität. Durch diese Prüfung konnte bestätigt werden, dass sich die qualitative Forschung adäquat am Ziel der Bachelor-Thesis und der gewählten Fragestellung orientiert und Genauigkeit und Exaktheit gewährleistet wurden (S. 140).

Neben der Validität und der Reliabilität erwähnt Mayring sechs allgemeine Kriterien für die qualitative Forschung, welche im Rahmen der vorliegenden Arbeit ebenfalls berücksichtigt wurden:

Das methodische Vorgehen wurde in der *Verfahrensdokumentation* detailliert beschrieben, um einen exakten Einblick in das empirische Vorgehen zu geben und zugleich die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen. Im Hinblick auf die *argumentative Interpretationsabsicherung* wurde berücksichtigt, dass Interpretationen der Verfasserinnen begründet sind, da sie in der qualitativen Forschung nicht bewiesen werden können. Auch die *Regelgeleitetheit* wurde beachtet, da die Forschung anhand eines vorher festgelegten Vorgehens systematisch durchgeführt wurde. Das Kriterium *Nähe zum Gegenstand* wurde ebenfalls erfüllt, da Expertinnen und Experten interviewt wurden, welche mit Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung arbeiten. Die Fragen im Rahmen des Interviews bezogen sich auf die tägliche Arbeit der Sozialarbeitenden im neurologischen Kontext und die befragten Personen zeigten Interesse für die Thematik der vorliegenden Bachelor-Thesis. Das Kriterium der *kommunikativen Validierung* beinhaltet, dass die befragten Personen Rückmeldung in Form von Zustimmung oder Kritik geben können. Aus diesem Grund wurde allen vier Befragten das Ergebniskapitel zugestellt, woraufhin zwei Personen kritische Anmerkungen zurückmeldeten, eine Person kommentarlos zustimmte und eine Person keine Rückmeldung gab. Das Ergebniskapitel wurde nach den Rückmeldungen nochmals überarbeitet, ohne dabei die direkten Zitate zu verändern, die in ihrer Originalform gemäss dem Transkript belassen wurden. Als letztes Kriterium wurde die *Triangulation* berücksichtigt, indem in der vorliegenden Arbeit

verschiedene Datenquellen (Studien, Modelle und Interviews mit Expertinnen und Experten) einbezogen wurden und die Fragestellung so anhand von unterschiedlichen Zugängen bearbeitet wurde (S. 144-148).

4 Ergebnisse aus den Interviews

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Forschung vorgestellt. Aus der Analyse der vier durchgeführten Interviews ergaben sich sechs Hauptkategorien inklusive der jeweiligen Subkategorien (siehe Tabelle 2). Nachfolgend werden die Kategorien und Subkategorien unter Hinzuziehung von direkten Zitaten der interviewten Personen vorgestellt.

Beschreibungen in eckigen Klammern in den direkten Zitaten haben die Verfasserinnen nachträglich eingefügt, um eine bessere Verständlichkeit zu gewährleisten. Hinter den paraphrasierten und direkten Zitaten befindet sich jeweils der Beleg in runden Klammern, wobei sich die Zahl vor dem Schrägstrich auf die Nummer der interviewten Person und die Zahl nach dem Schrägstrich auf die Zeilennummer des zugrundeliegenden Transkripts bezieht.

Drei von vier befragten Personen machten bereits zu Beginn der Interviews auf die Thematik der Individualität aufmerksam. Folgende Aussagen der interviewten Personen verdeutlichen dies:

> *„Der Mensch ist sehr bunt, sag ich gerne, und da sind die Bedürfnisse auch sehr verschieden.*“ (1/42-43)

> *„Es ist immer sehr individuell, die Begleitung. Auch bei den Angehörigen.*“ (2/6)

> *„(...) wie die verschiedenen Leute in den verschiedenen Lebenssituationen mit diesen Situationen umgehen und wie man sie begleiten kann, das ist sehr unterschiedlich.*“ (4/10-12)

4.1 Hauptkategorie «Belastungserleben der Angehörigen»[6]

Die Hauptkategorie «Belastungserleben der Angehörigen» beinhaltet Äusserungen der interviewten Personen, die sich auf verschiedene Belastungsphasen von Angehörigen beziehen. Unter diese Hauptkategorie fallen die Subkategorien «Belastungsverläufe» und «Warnzeichen für (Über-)Belastung».

[6] Die Verfasserinnen verwenden für die Benennung der Kategorien französische Anführungszeichen: « ». Somit werden die selbstgebildeten Kategorien von den direkten Zitaten unterschieden.

Subkategorie «Belastungsverläufe»

Alle vier Befragten wiesen auf das Krisenerleben der Angehörigen hin, welches mit dem Ereignis der Hirnverletzung einsetzt.

Die von den befragten Personen identifizierten Belastungsphasen sind in Abbildung 6 dargestellt.

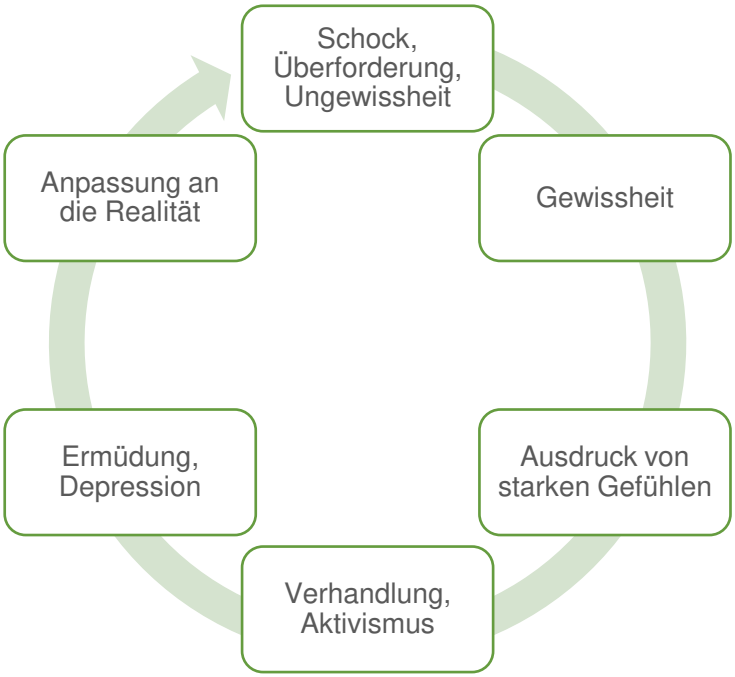


Abbildung 6. Belastungsphasen, eigene Darstellung, angelehnt an 1/124-136; 1/149-151; 2/120-131; 2/173-174; 2/179-181; 3/77-79; 3/146; 4/382-386; 4/399-401; 4/442-444.

Die erste Phase ist geprägt vom unklaren Heilungsverlauf und vom unsicheren Prozedere. Die Angehörigen wissen nicht, was weiter geschieht und müssen Momente der Ungewissheit aushalten, bevor sich anschliessend Gewissheit einstellt (1/124-127). Alle vier befragten Personen wiesen darauf hin, dass die neue Situation bei den betreuenden Angehörigen eine Überforderung auslöst. Diese Phase unmittelbar nach dem Ereignis wurde von den Befragten unterschiedlich benannt, wobei die Bezeichnungen *Phase der Ungewissheit*, *Schocksituation*, *das Plötzliche* oder *Notfallsituation* auftraten (1/124-125; 2/120; 3/146; 4/386).

Zwei befragte Personen beschreiben die Phase der Unsicherheit und Unklarheit wie folgt:

> *„Eben die neue Situation. Dass (...) sie nicht wissen: Was passiert jetzt da mit dem, mit meinem Partner? Was muss ich machen? Ja, also, wie geht es weiter? Die vielen Fragen. (...) Es sind ja einfach mal grundsätzlich viele Fragen, viel Angst, das Gewohnte ist nicht mehr da. Es ist etwas Neues da, aber wie das Neue aussieht, weiss noch niemand. Das ist schon die Schocksituation meistens.“* (4/382-386)

> *„Der Leidensdruck ist sehr hoch, würde ich sagen, also man ist dann in dieser neuen Situation und ist überfordert mit allem und man weiss nicht, wie das alles organisieren, und dann sind viele Fragen (...).“* (3/77-79)

Nachdem Gewissheit über die Situation gewonnen werden konnte, spüren die Angehörigen in der nächsten Phase gemäss einer der interviewten Personen starke Gefühle wie beispielsweise Hilflosigkeit, Aggression und Wut. Die Person erklärt sich diese Emotionen damit, dass die Angehörigen den Fokus auf die Person mit der Hirnverletzung richten wollen, jedoch spüren, dass auch sie betroffen sind (1/127-131), wodurch sich eine Diskrepanz bemerkbar macht.

Auf das genannte Stadium folgt die Phase des Aktivismus, die für die Angehörigen äusserst anstrengend sein kann. In dieser Phase versuchen sie, ihre Ohnmachtsgefühle durch Tatendrang zu bekämpfen (1/131-133). Eine der interviewten Personen nahm ebenfalls Bezug auf den Aktivismus, welchen sie mit der Persönlichkeit eines Menschen in Verbindung setzte (4/442-444).

Nach dieser Phase folgt einer interviewten Person zufolge die Erschöpfung beziehungsweise Depression (1/134-135).

Eine andere befragte Person äusserte sich ebenfalls zu den Phasen des Aktivismus und der Erschöpfung beziehungsweise Depression:

> *„(...) wenige nehmen sich wirklich schon zu Beginn die Zeit oder Auszeiten für sich wahr, also dann machen sie einfach. Und sie stehen dann auch kurz vor einem Burnout oder (...) es geht ihnen nicht gut.“* (2/179-181)

Als letzte Phase wurde die Anpassung an die Realität genannt (1/149-151; 2/173-174; 4/399-401). In dieser Phase beginnen Angehörige, die Situation zu akzeptieren und neue Ziele auszuarbeiten.

Es wurde darauf hingewiesen, dass das Krisenerleben variieren kann und die Belastungsphasen unterschiedlich verlaufen, sich abwechseln oder übersprungen werden können (1/135-136).

In Abbildung 7 sind die von einer befragten Person beschriebenen Belastungsphasen von betreuenden Partnerinnen und Partnern dargestellt. Sie erwähnt, dass Angehörige in der Notfallsituation Vieles um sich herum vergessen und sich darauf fokussieren, zu funktionieren. Dieser Zustand hält der befragten Person zufolge auch nach dem stationären Klinikaufenthalt weiter an. Ungefähr vier bis acht Monate nachdem die Person mit der Hirnverletzung nach Hause zurückkehren konnte, stellt sich bei den Angehörigen ein Gefühl des Alleinseins (Wo bin ich geblieben?) ein (2/120-131). Später stellen sie sich die Frage, wie es weitergehen soll. In ihren Beratungen hört die befragte Person regelmässig, dass sich Paare aufgrund der starken Veränderung der Person mit der Hirnverletzung trennen; diese Beobachtung wurde von einer weiteren befragten Person mitgeteilt (1/208-209; 2/120-131). Auch eine weitere befragte Person spricht Konflikte in der Partnerschaft an, die sich durch die Persönlichkeitsveränderung der Person mit der Hirnverletzung ergeben (3/57-58).

Abbildung 7. Belastungsverläufe von betreuenden Partnerinnen und Partnern, eigene Darstellung, angelehnt an 1/208-209; 2/120-131; 3/57-58.

Alle vier interviewten Personen äusserten sich zu auftretenden Veränderungen der partnerschaftlichen Beziehung und zur emotionalen Belastung der betreuenden Partnerin oder des betreuenden Partners:

> *„Dann, dass der Partner auf einen Schlag wie fehlt, also oft die Person, mit der man emotional verbunden ist.“* (1/179-180)

> *„(...) es ist nicht mehr die gleiche Person, und das haben sie ja immer gehofft, das kommt wieder (...).“* (2/133-134)

> *„Ja, nicht nur das Leben des Patienten, sondern auch der Angehörigen, dass dann ein Mann ein anderer sein kann.“* (3/56-57)

> *„(...) sobald die Leute sich psychisch verändern/ Solang es, also, sobald es organische Persönlichkeitsveränderung gibt, dann kann das ganz schwierig werden. Weil dann hat man einen anderen Menschen daheim und der ist meistens nicht sympathischer wie vorher.“* (4/271-274)

Subkategorie «Warnzeichen für (Über-)Belastung»

Diese Subkategorie beinhaltet Aussagen in Bezug auf die Rollenanpassung der Angehörigen, die Unsichtbarkeit der kognitiven Einschränkungen der betroffenen Person, die moralische und gesellschaftliche Verpflichtung, die Person mit der Hirnverletzung zu betreuen, die fehlende Erholung der Angehörigen und deren Reduzierung der Erwerbsarbeit.

Mit der Rückkehr der Person mit der Hirnverletzung ins eigene Heim werden Angehörige damit konfrontiert, was es bedeutet, mit der durch die Hirnverletzung veränderten Person zusammenzuleben. Mit diesem lebensverändernden Ereignis gehen eine Rollenanpassung und eine Rollenübernahme einher.

Im Folgenden werden Zitate von drei befragten Personen wiedergegeben, die sich auf die Rollenanpassung beziehen:

> *„(...) früher hat vielleicht in einem klassischen Rollenmodell der Ehemann vieles gemacht, alle Finanzen etc., und auf einmal muss die Frau das übernehmen, das ist für den Betroffenen schwer, die Rolle abzugeben und für die Angehörigen ist es ein Mehraufwand, sie muss viel lernen, sich in Neues eindenken. (...) es fehlt eine Unterstützungsperson zu Hause. Also eine Überlastung, also mehr Aufgaben, die Aufgabenteilung verschiebt sich total, dann mehr Termine (...).“* (1/183-189)

> *„(...) dass sich dann die Rolle des Partners so verändert, von einer Partnerschaft dann doch eigentlich zu der Betreuungsperson, wo auch Aufgaben übernommen werden müssen, die nicht so angenehm sind.“* (3/147-149)

> *„In einer Familie mit zwei kleinen Kindern: Der Mann ist betroffen, er arbeitet am meisten, die Frau ist zu Hause oder arbeitet nur Teilzeit, kann mit ihrem Erwerb nicht die Familie versorgen, muss noch zu den Kindern schauen, sollte jetzt auch noch auf den Partner schauen. Also, das kann dann schnell zu komplexen Fragen führen. Oder umgekehrt, wenn die Frau oder einfach die Person, die die Kinder betreut, (...) ausfällt (...).“* (4/111-116)

Zwei befragte Personen machten darauf aufmerksam, dass bei einer Person mit einer Hirnverletzung nicht immer körperlich sichtbare Einschränkungen bestehen und die Belastung der Angehörigen vom sozialen Netz oftmals unterschätzt wird (1/272-275; 4/271-274). Durch die Konfrontation mit der Realität können Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen im Hinblick auf die Zukunft zunichte gemacht werden und Orientierungslosigkeit auslösen.

> *„(...) und dann ist man zu Hause und merkt, (...) es ist nicht alles dasselbe, aber es haben alle gesagt, es ist gut.“* (1/274-275)

„(...) sie wissen gar nicht, wie wird das, dann (...) brauchen sie Zeit, sich daran zu gewöhnen. Zuerst, es ist neu zu Hause, auch wieder, wie ist das, und dann sich daran gewöhnen und sich eingestehen, es geht nicht mehr so wie früher. Viele wollen einfach am Anfang wieder, ja ich schaffe das schon wieder, wie früher, und dann merken sie erst mit der Zeit, nein es geht gar nicht, also es wird nie wieder so wie früher." (2/109-113)

Alle vier befragten Personen erwähnten die gesellschaftliche und moralische Verpflichtung zur Betreuung, die im Bewusstsein vieler Menschen verankert ist (1/310-311; 2/212-213; 3/156-158; 3/226-228). Folgende Äusserungen deuten darauf hin:

„Es gibt ja Leute, die aus einem schlechten Gewissen oder aus irgendeinem übermässigen Pflichtbewusstsein dann das Gefühl haben, sie müssen alles machen. Oder aus einem Kontrollzwang, weil sie das Gefühl haben, es kann ja sowieso niemand sich besser um meinen Partner kümmern als ich, die anderen haben eh keine Ahnung." (4/226-230)

„(...) oder auch, dass man denkt, man muss das alles selber schaffen. Es gibt ja auch andere, die das machen, ich muss das jetzt, ich bin doch verantwortlich für diese Person." (3/202-204)

Drei von vier befragten Personen machten auf die Gefahr aufmerksam, Freizeitaktivitäten zu vernachlässigen und die Betreuung an erster Stelle zu positionieren, wobei sich die nicht ausreichende Erholung negativ auf die Gesundheit der Angehörigen auswirkt (1/211-214; 2/179-180; 3/248-249).

„(...) durch die veränderten Aufgaben, die auf einen zukommen, hört man auf, den Hobbies nachzugehen etc." (1/77-78)

„(...) dann gehe ich [befragte Person spricht von Angehörigen] nicht mehr ins Yoga. Ich gehe nicht mehr ins Fitness und treffe meine Freundinnen nicht mehr und dann kommt es zu einem Ungleichgewicht." (1/212-214)

Eine der befragten Personen wies darauf hin, dass sich Angehörige Momente der Erholung oder eine Auszeit nicht erlauben, weil sie sich in der Phase des Aktivismus befinden. Erst wenn der Leidensdruck zu hoch ist und sie kurz vor einem Burnout stehen, gestehen sich die Angehörigen der befragten Person zufolge ein, dass es nicht mehr geht. Ab diesem Zeitpunkt räumen sie sich Erholungszeit ein:

„Das heisst, zu Beginn sagen sie immer: ‚Nein, nein. Das geht schon. Es wird ja dann besser. Es geht, es geht.' Und dann, wenn der Leidensdruck zu hoch ist, dann sagen sie, ich brauche das [Unterstützung]." (2/194-196)

Die befragte Person machte im Kontext von Erholungsphasen zudem auf das Gewissen von betreuenden Angehörigen aufmerksam. Damit Erholung ihre positive Wirkung entfalten kann, muss sich die betreuende Person auch gedanklich auf die Erholung einstellen können:

> *„(...) es muss ja auch vereinbar sein mit dem Gewissen, weil sonst ist es keine Erholung. Dann geht man vielleicht fort, aber man macht sich die ganze Zeit Sorgen und (...) dann kommen die Menschen zurück und sagen: ‚Es hat mir gar nichts gebracht. Im Gegenteil, ich war die ganze Zeit nervös' (…)"* (2/212-116)

Die befragte Person äusserte sich zu der Situation, wenn Angehörige aufgrund der Betreuung der Person mit der Hirnverletzung ihr Arbeitspensum reduzieren, woraufhin Lücken in der künftigen Existenzsicherung entstehen können. Die Person merkte an, dass finanzielle Einbussen nicht kompensiert werden können, da betreuende Angehörige keine finanzielle Entschädigung für die Betreuung der Person mit der Hirnverletzung geltend machen können (2/63-66).

4.2 Hauptkategorie «Kernthemen der Angehörigen»

Anhand der durchgeführten Interviews wird ersichtlich, welch vielfältige und alltägliche Themenbereiche in den Beratungen bei FRAGILE Suisse und der Klinik Lengg thematisiert werden. Die häufigsten Kernthemen werden in diesem Kapitel unter den Subkategorien «Koordination und Administration», «Existenzsicherung», «Wohnsituation und Tagesstruktur», «Medizinische Fragen» und «Psychosoziale Anliegen» vorgestellt. Das breite Spektrum der unterschiedlichen Anliegen der Angehörigen zeigt auch hier, dass die Themen je nach Person und Situation, jedoch auch je nach dem Zeitpunkt und der Phase nach dem Ereignis der Hirnverletzung variieren.

Subkategorie «Koordination und Administration»

Anhand einer Aussage einer interviewten Person wird deutlich, dass die zahlreichen Kernthemen der Angehörigen auf eine mit Herausforderungen verbundene Koordination vonseiten der Angehörigen schliessen lässt. Die interviewte Person verwies darauf, dass es nach dem Ereignis zunächst um die finanzielle Sicherung sowie die Organisation des Alltags und der Betreuung geht. Die Angehörigen sind mit der Aufgleisung der verschiedenen Therapien beschäftigt. Sobald sich die Situation stabilisiert, kommen bei Angehörigen Fragen im Zusammenhang mit dem Umgang untereinander in dieser neuen Situation auf (4/122-126).

Die vielfältigen Anforderungen, welche mit dem Ereignis der Hirnverletzung aufkommen und sich stetig verändern, betreffen neben der alltäglichen Unterstützung der Person mit der

Hirnverletzung auch administrative und organisatorische Fähigkeiten. Diese sind von Vorteil, um den Überblick über die aktuelle Situation zu bewahren (3/37-39).

> *„Zu Beginn sind die Bedürfnisse (...), einfach mal den Überblick zu behalten oder nicht an alles denken zu müssen, weil es so viel ist, auch gerade nach dem Austritt oder auch schon stationär haben sie [die Angehörigen] so viele Fragen.“* (2/37-39)

> *„Wie kann man die akute Situation auch zu Hause, die psychosoziale Frage, die sich stellen, wie kann man die sichern? Also wer schaut für die Kinder? Wie geht es weiter mit dem Partner? (...) macht das Sinn, dass er zu Hause betreut wird?“* (4/117-119)

> *„Ja, (...) zu Beginn sind es wahnsinnig viele administrative Hürden. Also sie [die Angehörigen] müssen so viel administrativ koordinieren. Schauen, dass alles pünktlich gemacht wird, weil die hirnverletzte Person kann das ja gar nicht.“* (2/165-168)

Die Antworten zeigen auf, dass aufgrund der Beeinträchtigung der Hirnverletzung in Bezug auf die Angehörigen und die betroffene Person viele neue Termine und Aufgaben entstehen (1/188-189). Dies hat zur Folge, dass mehrere Personen und Institutionen involviert sind. Die Koordination der unterschiedlichen Aufgaben und Termine, wie beispielsweise der regelmässige Besuch von Therapien, die Kontaktaufnahme mit der zuständigen Versicherung, die Kommunikation mit Anwältinnen und Anwälten, die Planung der Tagesgestaltung etc. führen zu organisatorischen Herausforderungen (3/82-85).

Subkategorie «Existenzsicherung»

Eine befragte Person erkennt in ihrer täglichen Arbeit, dass die existentielle Sicherung ein Anliegen aller Angehörigen ist. Sie vermutet, dass bei Angehörigen durch die Klärung der versicherungstechnischen Zuständigkeit viel Klarheit und Ruhe einkehrt (4/67-72).

Durch den Ausfall der Erwerbsfähigkeit der Person mit der Hirnverletzung, eröffnet sich nach dem Krankheits- oder Unfallereignis die Frage der zukünftigen Existenzsicherung. Diese kann zur Geltendmachung von unterschiedlichen sozialversicherungsrechtlichen Leistungen führen.

Eine befragte Person wies ebenfalls darauf hin, dass es in den Beratungen oftmals um finanzielle Fragen geht. Sie sieht ihre Aufgabe darin, bei Angehörigen finanzielle Ressourcen zu erschliessen, Ansprüche bei verschiedenen Versicherungen geltend zu machen und zu koordinieren. Sie nannte folgende Beispiele: IV-Anmeldungen machen, das Verfahren begleiten, Ergänzungsleistungen (EL) beantragen, mit den Krankentaggeldversicherungen und Arbeitslosenkassen in Kontakt stehen (3/29-33).

Die Kontaktaufnahme mit unterschiedlichen Stellen, wie zum Beispiel Kranken- oder Unfalltaggeldversicherungen, Lebens- oder Invalidenversicherungen sowie Krankenkassen können zu komplexen Verfahren führen. Diese bilden in vielen Fällen den Grund für die Kontaktaufnahme mit den Fachkräften der Langzeitsozialberatung vonseiten der Angehörigen (1/102-104; 3/79-80; 4/32-35).

> *„‚Also woher bekomme ich welche Hilfe und wer finanziert die?' Das sind eigentlich so die Kernthemen, die uns beschäftigen oder die Patienten beschäftigen (…)"* (4/69-71)

> *„Weil eben die ganze Existenzsicherung, das ist (...) so ein bisschen ein Auslöser (...) für eine Anmeldung bei uns."* (4/34-35)

Dieselbe befragte Person sprach von einem gesundheitsschädigenden Effekt auf Angehörige, wenn Verfahren im Zusammenhang mit Sozialversicherungen lange dauern, sich die Angehörigen ungerecht behandelt fühlen oder das Gefühl haben, die Sozialversicherung habe eine falsche Entscheidung getroffen (4/329-332).

Subkategorie «Wohnsituation und Tagesstruktur»

Auch die Klärung der zukünftigen Wohnsituation sowie der Tagesstruktur bildet für Angehörige ein wichtiges Anliegen in den Beratungen. Die Frage nach passenden Wohnmöglichkeiten sowie die Frage, ob im Hinblick auf die betroffene Person die Möglichkeit besteht, weiterhin selbstständig zu Hause wohnen zu können, führt zu einem Austausch zwischen den Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, den Angehörigen und der betroffenen Person (1/191-196; 3/25-27; 4/79-82).

> *„Und jetzt bei Patienten, gut, das ist eben der stationäre Bereich, dort geht es ja darum, können die Leute noch nach Hause? Oder müssen die Leute in ein Pflegezentrum? Und wenn es nach Hause geht, braucht es Anpassungen im Haus? Oder irgendwelche Infrastruktur, die angepasst werden muss, wer bezahlt das weiter?"* (4/78-81)

Die Rückkehr nach Hause führt in vielen Fällen zu notwendigen Massnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit der Patientin oder des Patienten im eigenen Heim. In vielen Situationen machen die Einschränkungen der Mobilität beispielsweise einen Wohnungswechsel oder baulichen Umstrukturierungen erforderlich (1/191-193). Die Organisation und Installation von Hilfsmitteln in der bestehenden Wohnung sind ebenfalls eine Möglichkeit (3/87-89). Die Langzeitsozialberatung arbeitet eng mit der Spitex zusammen, welche zu Hause pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt, oder mit Wohnbegleitungen, welche die Angehörigen stundenweise entlasten können (2/96-97).

Subkategorie «Medizinische Fragen»

Auch die neu aufkommenden medizinischen Themen, welche zu einem bedeutenden Kernthema nach einer Hirnverletzung werden, führen bei Betroffenen und Angehörigen oftmals zu vielen Unsicherheiten.

> *„Zu Beginn ist sehr häufig, welche Therapien sollen sie machen? (...) Gibt es noch bessere Ärzte, welche Reha sollen sie besuchen (...)?“* (2/91-92)

> *„Am Anfang ist sehr viel medizinisch und was kann man noch machen, damit sich die hirnverletzte Person verbessert und die Fortschritte besser werden und es besser geht wieder nach Hause kommen kann.“* (2/41-43)

Subkategorie «Psychosoziale Anliegen»

In Beratungen, in welchen eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Sozialarbeitenden und den Angehörigen existiert, werden im Verlauf der Zusammenarbeit auch psychosoziale Anliegen thematisiert. Sie beziehen sich meist auf Unsicherheiten und emotionale Themen wie die Trauer um Gewohntes, die Verarbeitung der Krankheit etc. (1/105-113; 2/81-83).

Oft sind die Sorgen der nahestehenden Person Thema, wobei Ungewissheit, Befürchtungen und Barrieren im Umgang mit der betroffenen Person angesprochen werden. Der Austausch mit einer neutralen Person wird von den Angehörigen als Möglichkeit geschätzt, Zweifel anzusprechen. Oftmals ist der Austausch mit der Person mit der Hirnverletzung aus sprachlichen oder kognitiven Einschränkungen nicht möglich, was dazu führt, dass ein wertschätzender Austausch mit Angehörigen umso mehr an Bedeutung gewinnt (1/178-181).

Auch die adäquate Anpassung an einen neuen Lebensabschnitt kann zu einem emotionalen Bedürfnis im Hinblick auf ein Gespräch mit Fachkräften der Langzeitsozialberatung führen.

> *„(...) okay, es wird nicht genau gleich wie früher und dann muss man überlegen, wie kann man adaptieren? Wie kann man das alte Leben und das neue zusammenfügen?“* (1/149-151)

4.3 Hauptkategorie «Ressourcen und Bewältigung der Angehörigen»

Im Folgenden werden Aussagen der befragten Fachkräfte im Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien und Ressourcen der Angehörigen vorgestellt. Die Hauptkategorie beinhaltet die Subkategorien «Tragfähiges soziales System als Ressource», «Bildung als Ressource», «Materielle Ressourcen», «Erholung und Freizeit als Ressource», «Personelle Ressourcen» und «Bewältigung». Ressourcen und Bewältigungsstrategien sind eng miteinander

verbunden. Letztere werden unter belastenden Lebensumständen auf die Probe gestellt und können in diesem Kontext ausgebaut werden. Um einen geeigneten Umgang mit der herausfordernden Situation der Hirnverletzung einer nahestehenden Person finden zu können, bedarf es unterschiedlicher Ressourcen, die nachfolgend vorgestellt werden.

Subkategorie «Tragfähiges soziales System als Ressource»

Alle vier interviewten Personen betonten das soziale Netz als bedeutende Ressource (1/225-226; 2/9-10; 2/115-118; 3/45-46; 4/189-192). Die folgende Aussage einer befragten Person verdeutlicht, dass soziale Unterstützung in Krisensituationen im Kontext einer Hirnverletzung am hilfreichsten ist:

> *„(...) was hilft am meisten, ist schon versuchen, nicht alleine zu sein mit dem Ganzen."* (1/225-226)

Alle Befragten erwähnten, wie zentral das soziale Umfeld insbesondere in den Übergangssituationen ist (1/61-67; 2/10-12; 3/46; 4/144-145). In diesem Zusammenhang nannte eine Person den Übergang vom stationären Klinikaufenthalt nach Hause oder von zu Hause in eine dauerhafte stationäre Institution. Sie ist überzeugt, dass eine Einzelperson die zahlreichen Herausforderungen und Aufgaben nicht stemmen kann (2/10-12; 2/66-67).

Eine andere interviewte Person schilderte eine Beobachtung bezüglich der Tragfähigkeit des Familiensystems: Wie tragfähig ein Familiensystem sei und wie die herausfordernde Situation innerhalb desselben bewältigt werden könne, zeige sich besonders in solch akuten Krisensituationen (4/189-190). Eine andere befragte Person konstatierte, dass das Helfernetz tragfähiger wird, wenn Angehörige unterstützt werden (1/17-18).

Alle vier befragten Personen äusserten sich zum formellen beziehungsweise dienstleistungsorientierten sozialen Unterstützungssystem. In ihren Aussagen wurden namentlich die Sozialberatung, die Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, Beiständinnen und Beistände, Fachkräfte der Komplementärmedizin, die Spitex, Selbsthilfegruppen, der Mahlzeitendienst, Transportdienste, Hilfsmittelstellen und der Entlastungsdienst erwähnt (1/71-75; 2/63; 3/5; 3/46; 4/238-240). Wiederholt wurde in den Interviews aber auch von einem interdisziplinären Team gesprochen, eine Bezeichnung, die sich auf das Team innerhalb des Behandlungskontextes bezieht (3/15; 4/50-53).

Alle vier Befragten beschrieben die Sozialberatung im Akutspital oder externe Beratungsstellen als Ressource für Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung (1/75; 2/215-218; 3/48;

4/612-615). Inwiefern sie unterstützend wirken kann, wird in der Hauptkategorie «Unterstützende Massnahmen der Sozialberatung» (siehe Kapitel 4.6) erläutert.

Subkategorie «Bildung als Ressource»

Zwei interviewte Personen sprachen davon, dass Menschen mit einem „bildungsfernen Hintergrund" oftmals weniger Ressourcen zur Verfügung stehen beziehungsweise diese für sie weniger zugänglich sind als für Menschen mit einem höheren Bildungsgrad (3/124-129; 4/147-153; 4/354). Eine befragte Person äusserte, dass in solchen Krisensituationen tendenziell alle überfordert sind, unabhängig vom Bildungs- und Wissensstand, dass Personen mit einem gewissen Bildungsgrad jedoch schneller ermitteln, wo sie Hilfe erhalten können (3/124-129). Zudem wurde angemerkt, dass Angehörige mehr Chancen haben, die Situation erfolgreich zu bewältigen, wenn sie die Situation, die Informationen, die Herausforderungen und Eindrücke einordnen und verstehen können (3/119-120; 4/147-149).

> *„(...) die [Menschen mit bildungsfernem Hintergrund] wissen weniger darüber, wie sie ihre Ansprüche geltend machen oder wie sie die Hilfe organisieren können, die sie benötigen (...)."* (3/121-122)

> *„(...) das heisst, nicht nur Leute, die dort [Bildung] wenig Ressourcen haben, kommen auch weniger zurecht. Das würde ich nicht sagen, aber (...) wenn man gewisse Mittel hat, ist man beruhigter, man bricht vielleicht nicht gerade in Panik aus wie die finanzielle Situation ist. Man kann die Sachen besser einordnen, was die Ärzte sagen."* (4/150-153)

Subkategorie «Materielle Ressourcen»

In dieser Subkategorie werden Äusserungen behandelt, die sich auf die finanziellen und räumlichen Ressourcen der betreuenden Angehörigen beziehen. Unter den Begriff räumliche Ressourcen fallen räumliche Gegebenheiten und die Infrastruktur wie beispielsweise eine behindertengerechte Wohnung und Umgebung (1/192-193; 4/352-353).

Alle vier befragten Personen messen den finanziellen Ressourcen wie Vermögen und Sozialversicherungsleistungen einen hohen Stellenwert bei und sehen in diesen auch einen wesentlichen Einfluss auf die Bewältigung der herausfordernden Situation (1/194-196; 2/174-175; 3/47; 4/352). In einem Interview wurde konkret darauf verwiesen, dass Personen, die über ein ausreichendes Kapital und über räumliche Ressourcen verfügen, es in der Bewältigung der Krisensituation und ihrer Folgen einfacher haben als Personen mit geringeren finanziellen und räumlichen Ressourcen (4/352-353). Eine andere befragte Person äusserte folgende Aussage:

> *„(...) im Endeffekt muss ich auch sagen, wer Geld hat, kann sich alles leisten."* (2/358-359)

Subkategorie «Erholung und Freizeit als Ressource»

Was eine angehörige Person als Erholung ansieht, ist subjektiv (2/212-213). Alle befragten Personen betonten die Bedeutung von Auszeiten, Erholung und Hobbies in belastenden Zeiten und die Integration bekannter und gewohnter Aspekte des täglichen Lebens vor dem lebensverändernden Ereignis (1/77-79; 2/211-220; 3/69-71; 4/399-401).

Folgendes Zitat bringt dies auf den Punkt:

> *„Und das ist auch eine wichtige externe Ressource, dass man einen Teil vom normalen alten Leben trotzdem aufrechterhält.“* (1/78-80)

Subkategorie «Personelle Ressourcen»

Diese Subkategorie umfasst Äusserungen in Bezug auf personelle Stärken, die hilfreich für die Bewältigung der Situation sein können.

Drei befragte Sozialarbeitende sind überzeugt, dass betreuende Angehörige früher oder später an einen Punkt der Selbstreflexion gelangen (1/68-69; 2/127-128; 4/244-247). Eine befragte Person führte aus, dass die Fähigkeit von Angehörigen, die eigenen Bedürfnisse zu kennen und ernst nehmen zu können, eine Ressource darstellt (1/68-69). Es wirkt sich positiv auf die Bewältigung der Situation aus, wenn Angehörige ihren Hilfebedarf erkennen, sich trauen, über diese Unterstützungsbedürftigkeit zu sprechen und bereit sind, Unterstützung anzunehmen. Darüber hinaus nannte eine befragte Person die Ressourcen Geduld, Ausdauer und Akzeptanz (3/53-56). Eine befragte Person merkte zudem an, dass Resilienz eine bedeutende personelle Ressource darstellt (1/70), um die herausfordernden Situationen bewältigen zu können.

Subkategorie «Bewältigung»

In dieser Subkategorie werden Aussagen zusammengeführt, welche auf beobachtbare Bewältigungstypen hinweisen und wie eine erfolgreiche Adaption der Angehörigen an die neue Situation aus der Sicht der befragten Personen aussieht.

Zwei befragte Personen äusserten sich konkret zu verschiedenen Herangehensweisen von Angehörigen:

> *„Es gibt Leute, die sehr froh sind, dass wir [die Sozialarbeitenden] da sind. (...) Es gibt die Leute, die grundsätzlich allen misstrauen. Es gibt die Leute, die einfach alles selber machen, nichts aus der Hand geben wollen.“* (4/390-393)

„Ganz grob gesagt, die einen sind eher die Kompensierer oder Überkompensierer. Also die schauen schnell: Was gibt es? Wie komme ich an Wissen? Wo kriege ich Unterstützung? Müssen viel darüber sprechen. Und die anderen mit dem Rückzug, die gar nicht darüber sprechen wollen." (1/205-208)

Das Ergebnis einer erfolgreichen Bewältigung beschrieb eine befragte Person wie folgt:

„Also im besten Fall hat man sich an eine Situation gut angepasst. Also man hat einen konstruktiven Umgang mit der Lebenssituation gefunden. Man hat die Balance zwischen Selbstsorge und Fürsorge (...) gefunden." (4/399-401)

4.4 Hauptkategorie «Strukturelle und rechtliche Hindernisse»

Die folgende Kategorie beleuchtet die von allen vier Befragten beschriebenen Hindernisse, die sich für Angehörige und Sozialarbeitende ergeben und die einen erheblichen Einfluss auf das Leben der Angehörigen und auf die Arbeit der Sozialarbeitenden haben. Die Kategorie beinhaltet die Subkategorien «Barrieren während des Spitalaufenthalts», «Fehlendes Auffangnetz nach dem stationären Aufenthalt» und «Einfluss der Medien».

Alle befragten Personen sprachen in den Interviews gewisse strukturelle und rechtliche Beschränkungen und Begrenzungen an. Sie sind sich bewusst, dass diese aufgrund fester Strukturen schwer veränderbar sind. Eine befragte Person sprach vom Handeln als Fachkraft der Sozialen Arbeit innerhalb dieser Grenzen:

„Wir haben rechtliche Grenzen, strukturelle Grenzen. Aber innerhalb von denen müssen wir das Möglichste herausholen für unsere Leute." (4/584-586)

Subkategorie «Barrieren während des Spitalaufenthalts»

Diese Subkategorie umfasst Aussagen, die sich auf Schwierigkeiten während des Spitalaufenthalts beziehen, welche sich für Angehörige ergeben. Folgende Themen sind in dieser Subkategorie vereint: Patientinnen und Patienten als primäre Zielgruppe, erschwerte Kommunikation zwischen den Ärztinnen und Ärzten, der Sozialberatung und den Angehörigen sowie die Komplexität des Sozialversicherungssystems.

Aus den Interviews geht hervor, dass die Person mit der Hirnverletzung im stationären Bereich im Zentrum steht und die Angehörigen dadurch eher in den Hintergrund rücken. Der Fokuswechsel auf die Angehörigen hat eine positive Auswirkung.

„Also die Person mit der Hirnverletzung ist per Definition schnell im Fokus, mit der Behandlung, mit dem Medizinischen." (1/12-13)

„Ich frage: ‚Könnte das Thema sein? Kommt Ihnen das bekannt vor?' (…) und ich denke, das ist das Besondere in der Angehörigenberatung, weil es ja oft um den Betroffenen geht." (1/238-241)

Zwei befragte Personen äusserten sich zur Kommunikation zwischen den Ärztinnen und Ärzten und den Angehörigen, die oft von Schwierigkeiten geprägt ist (1/262-264; 4/208-211). Eine der betreffenden befragten Personen äusserte, dass ausführliche Gespräche mit der Ärztin oder dem Arzt über die Diagnose und die daraus resultierenden Konsequenzen für die betroffene Person sowie für das nahe Umfeld aufgrund von Zeitmangels häufig nicht gegeben sind (4/159-160).

Eine interviewte Person erinnerte sich an einen konkreten Fall, in dem die Angehörigen die Interaktion mit dem ärztlichem Fachpersonal als fordernd bis überfordernd erlebt hatten. Die Angehörigen wurden ohne Vorankündigung und ohne die Nennung von Alternativlösungen darüber informiert, dass die Person mit der Hirnverletzung nicht mehr in ihr häusliches Umfeld zurückkehren könne. Es wurden viele Informationen innerhalb kurzer Zeit vermittelt, die zahlreiche Fragen und emotionale Betroffenheit bei den Angehörigen ausgelöst haben. Zeit, um Fragen zu stellen, ist im medizinischen Kontext häufig nicht in ausreichender Form gegeben (1/370-374).

Eine andere befragte Person gab im Interview Eindrücke von Angehörigen und Rückmeldungen, welche sie von diesen in Bezug auf die Sozialberatung im Akutspital erhalten hatte, wieder. Der befragten Person zufolge nehmen manche Angehörige die Gespräche während des Klinikaufenthalts nicht als Beratung wahr, sondern als schnelle Informationsvermittlung und als Triage. Die befragte Person erklärte sich diesen Umstand mit den mangelnden Zeitressourcen des Fachpersonals und gab an, dass entweder keine Beratung stattgefunden habe oder diese sehr „sportlich" erfolgt sei (4/507). Mit folgender Aussage verwies sie auf grosse Akutspitäler:

„(...) es ist einfach ja, Massenverarbeitung. Man hat dort nicht wirklich Zeit." (4/507-508)

Des Weiteren machte dieselbe befragte Person auf die Unscheinbarkeit des Fachpersonals der Sozialen Arbeit in Spitälern aufmerksam (4/541-543).

In allen vier Interviews wurde zudem auf das Sozialversicherungssystem und die damit verbundenen administrativen und rechtlichen Hürden als weiteres Hindernis hingewiesen (1/104; 2/93-95; 2/166-168; 3/30; 4/613-615).

Subkategorie «Fehlendes Auffangnetz nach dem stationären Aufenthalt»

In dieser Subkategorie sind Aussagen aufgeführt, welche auf eine Lücke im Nachsorgesystem nach dem Spitalaustritt hinweisen.

Eine interviewte Person wies auf die Schwierigkeit der fehlenden gesetzlichen Verankerung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf hin.

> *„Und ich finde (...), dort ist es auch systembedingt schwierig, dass wir nicht ein anerkannter Gesundheitsberuf sind. Und dass wir durch das nicht abrechnen können und dass wir durch das nicht ambulant beraten können.“* (4/558-561)

Die Bereitstellung einer ambulanten Sozialberatung in den Spitälern der Schweiz ist gemäss der interviewten Person aus finanziellen Gründen nicht möglich. Die Klinik Lengg kann dieses Angebot offerieren, da die Finanzierung anders geregelt ist. Die Beratungsstelle FRAGILE Suisse und auch die Klinik Lengg haben die Möglichkeit, Beratungsprozesse über einen längeren Zeitraum zu ermöglichen (4/560-565; 4/582).

Eine weitere befragte Person, die Angehörige über einen längeren Zeitraum hinweg berät, sprach von der täglichen Arbeit als Fachkraft der Sozialen Arbeit im ambulanten Bereich. Patientinnen und Patienten werden aus unterschiedlichen Akutkliniken in die Klinik Lengg verlegt. Die interviewte Person sieht eine Schwierigkeit in der Erreichbarkeit der Sozialarbeitenden der vorangegangenen Akutklinik:

> *„Aber dann auch bei Datum Austritt ist es fertig. Das ist auch für uns schwierig, zum Beispiel Informationen einzuholen, weil es einfach heisst: ‚Ja, wir sind nicht mehr zuständig.‘“* (3/299-302)

Eine interviewte Person merkte an, dass in einer Akutklinik ohne ambulantes sozialarbeiterisches Angebot die Nachhaltigkeit der Interventionen fehle, da nur punktuelle Unterstützung angeboten werden könne und eine weitere Begleitung der Angehörigen nicht gegeben sei (3/289-291).

Die interviewte Person äusserte, dass sich Angehörige bezüglich Interventionen der Sozialberatung im Akutspital mehr Konsistenz und Konstanz, also eine langanhaltende Betreuung und die längerfristige Möglichkeit, sich an eine Ansprechperson zu wenden, wünschen (3/279-281). Diesen Wunsch teilt auch sie als Fachkraft der Sozialen Arbeit im ambulanten Bereich, da der Mangel an Konstanz auch für sie ein Hindernis bedeutet.

Kehren die von einer Hirnverletzung Betroffenen nach Hause zurück, werden die Angehörigen im Alltag vor erhebliche Herausforderungen gestellt (siehe Kapitel 2.1.1). Im Akutspital oder in der Rehabilitationsklinik sind stets Fachkräfte vor Ort, die sich um das Wohlergehen der Person mit der Hirnverletzung kümmern, nun sind die Angehörigen für alle Tätigkeiten zuständig. Folgende Aussagen deuten wiederum auf die Lücke im Nachsorgesystem hin und benennen deren Auswirkung auf die Angehörigen:

> *„Weil irgendwann kommt der Betroffene nach Hause, dann ist die Wissensquelle relativ versiegt und das kann Hilflosigkeit auslösen."* (1/254-255)

> *„(...) aber kommen sie nach Hause, ist es oft ein schwieriger Transfer, weil dann hat man oft schnell keinen Zugang mehr zu den Ärzten, zum Sozialdienst, der nicht mehr zuständig ist (...)"* (1/63-66)

> *„(...) man kann ja dann nicht wieder zurück, fragen gehen. Oder ja, nein, dürfen sie nicht, ausgetreten ist ausgetreten."* (2/326-327)

Eine interviewte Person sieht eine Schwierigkeit darin, dass einige Menschen nicht über die verschiedenen (Entlastungs-)Angebote wie beispielsweise Entlastungsdienste, Spitex und Mahlzeitendienste Bescheid wissen oder sie keine Kenntnis darüber haben, dass sie sich Hilfe holen könnten (3/201-202). Zwei weitere befragte Personen sprachen explizit das finanzielle Hindernis an, externe Hilfe zu organisieren beziehungsweise anzunehmen, da sich Angehörige diese in manchen Fällen nicht leisten können (1/267-268; 3/204-205).

Eine befragte Person sieht eine Lücke im Hinblick auf eine Mehrstundenbetreuung durch Drittpersonen im häuslichen Umfeld, was zur Entlastung der Angehörigen führen würde. Laut der Interviewten Person existieren bis heute keine solchen Angebote, die zudem finanzierbar seien. Wenn die Person mit der Hirnverletzung auf dauernde Unterstützung angewiesen ist, gibt es entweder die Option der vollumfänglichen Betreuung durch das informelle Netz wie beispielsweise Angehörige und Bekannte oder die Option eines Heimeintritts:

> *„So zwei Stunden da, zwei Stunden da, und das ist keine Überbrückung (…). Also es müsste wie länger möglich sein, auch mal ein ganzen Morgen und nicht, dass (...) die Person, in eine Institution muss, sondern dass man auch zu Hause einen ganzen Morgen begleitet wird oder eine ganze Nacht."* (2/366-370)

> *„Es gibt ganz viele [Angehörige], die froh wären, so einen ganzen Morgen, da könnte man vielleicht eben auch niedrigprozentig gut arbeiten gehen, ohne schlechtes Gewissen."* (2/393-395)

Das letzte Zitat weist auf die Vereinbarkeit von Beruf und Betreuung hin und auf die empfundene moralische Verpflichtung vonseiten der Angehörigen, die Person mit der Hirnverletzung zu betreuen.

Subkategorie «Einfluss der Medien»

In einem Interview wurde der negative Einfluss der Medien auf die Angehörigen bezüglich einer Invalidenversicherung angesprochen. Der befragten Person zufolge zeigen sich Angehörige verunsichert und ablehnend gegenüber dieser Sozialversicherung, weil sie medial Negatives über die Invalidenversicherung hören:

> *„Weil sie merken, bekomme ich noch einen Haufen Papier von der IV. Ich muss irgendwie etwas ausfüllen. Dann hören sie verschiedene Schauermärchen da. Man liest ja so böse IV/ Man muss ja schauen, was man schreibt. Da haben die Leute Panik.“* (4/317-320)

4.5 Hauptkategorie «Interdisziplinarität als Chance»

In dieser Hauptkategorie werden Aussagen aufgeführt, die in direktem Zusammenhang mit der erfolgversprechenden Position der Sozialberatung im Kontext des Akutspitals stehen. Die Hauptkategorie umfasst die Subkategorien «Verschiedene Professionen als Auftraggebende» und «Sozialberatung an der Quelle».

Die Sozialberatung ist eine von vielen Professionen in stationären Kliniken. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird von allen Befragten geschätzt; sie sehen einen Vorteil darin, sich regelmässig mit anderen Disziplinen auszutauschen und jeweils von den unterschiedlichen Expertisen zu profitieren (3/223-227).

Subkategorie «Verschiedene Professionen als Auftraggebende»

Der Erstkontakt mit der Sozialberatung entsteht oft aufgrund von Vernetzungen des Fachpersonals des interdisziplinären Teams (1/31-33; 3/14-16; 4/30-31; 4/50-53).

Eine befragte Person der Klinik Lengg erwähnte, dass Sozialarbeitende Teil des Behandlungsteams sind und an Fallbesprechungen in interdisziplinären Rapporten teilnehmen. Die Kontaktaufnahme mit der Sozialberatung im stationären Bereich erfolgt durch verschiedene Professionen wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten oder Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, sobald diese bei Patientinnen und Patienten und/oder deren Familiensystem Schwierigkeiten erkennen, welche in das sozialarbeiterische Aufgabengebiet fallen (4/30-31; 4/50-53).

Die Vernetzung mit dem Fachpersonal anderer Professionen wird von den Sozialarbeitenden gutgeheissen, da dadurch häufiger eine Inanspruchnahme der Sozialberatung erfolgt und somit der Zugang zu dieser Form der Unterstützungen gewährleistet wird (4/50-58).

Subkategorie «Sozialberatung an der Quelle»

Der erleichterte Zugang zu medizinischem Expertinnenwissen und Expertenwissen durch die Vernetzung mit dem medizinischen Fachpersonal bildet im Hinblick auf den Beratungskontext einen erheblichen Vorteil.

> *„Wir sind sehr gut vernetzt, eben im interdisziplinären Team im Hause, dass es auch durchlässig ist, dass wir dann im Austausch sind mit den Psychologen zum Beispiel oder mit den Ärzten, dass wir da wirklich mehr Wissen haben und daraus auch bessere Interventionen ableiten können. Oder die Leute einfach besser abholen können, würde ich jetzt mal sagen.“* (3/223-227)

> *„(...) das Nahtlose und die Nähe an der Medizin, also das ist eine riesige Chance. Eben gerade in dem Geltendmachen von Leistungen. Dass das Zeug mal auf das richtige Gleis kommt.“* (4/569-571)

4.6 Hauptkategorie «Unterstützende Massnahmen der Sozialberatung»

Als letzte und zugleich äusserst relevante Kategorie werden vielfältige unterstützende Massnahmen der Sozialarbeitenden erläutert. Die Interventionen, welche von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern täglich in ihrer Arbeit angewendet werden, sind für diese Bachelor-Thesis von erheblicher Bedeutung.

Die interviewten Sozialarbeitenden, welche die Angehörigen über eine längere Zeit begleiten, zeigten auf, dass die Beratung und Begleitung erfolgreiche Interventionen darstellen, um Personen mit einer Hirnverletzung sowie deren Angehörige in unsicheren und belastenden Phasen zu unterstützen. Die interviewten Personen sind sich einig, dass die Aufklärung, die Wissensvermittlung sowie die Vernetzung wichtige Bestandteile der Beratungen sind und somit zu erfolgreicher Unterstützung führen (1/246-248; 2/205-209; 3/255-257; 4/292-293).

Die Fachkräfte betonten in den Interviews die Bedeutung der Art und Weise, wie die Beratungen geführt werden, und machten darauf aufmerksam, welche Bedingungen im Kontext der Beratungen zu beachten sind oder teilweise auch vorausgesetzt werden. Dabei werden Zugänge, aber auch konkrete Handlungen in den Subkategorien «Ansprechperson und Beziehungsgestaltung», «Einbezug der Angehörigen», «Entlastung», «Aufklärungsarbeit», «Anwaltschaftliches Handeln» und «Vermittlung von Orientierung und Sicherheit» erschlossen.

Subkategorie «Ansprechperson und Beziehungsgestaltung»

Alle vier Befragten bekräftigten mit einer zentralen Aussage, dass alle Angehörigen bei Spitalaustritt zumindest einen Kontakt einer Beratungsstelle erhalten sollten, bei der sie sich bei Bedarf melden können. So wissen sie, an welche Stelle sie sich bei Fragen, Unsicherheiten und möglichen Schwierigkeiten wenden können (1/430-432; 2/242; 3/173-174; 4/255-260). Die Befragten legen Wert darauf, den Angehörigen die Angebote vorzustellen (1/427-429); es soll ein niederschwelliger Zugang ermöglicht werden (1/34-35).

> *„(...) das Bedürfnis ist ein Gegenüber, das zuhört. Dass man mit jemandem die Fragen teilen kann und somit auch in einem gewissen Mass etwas Sicherheit abholen kann."* (1/44-46)

> *„Ich habe wirklich das Gefühl, es hilft ihnen sehr, zu wissen, dass sie eine Ansprechperson haben."* (3/173-174)

> *„Es gibt aber auch Angehörige, die einfach (...) einen Anknüpfungspunkt brauchen, wenn es schwierig ist (...). Und (...) mit der Länge der Beratung steigt das Vertrauensverhältnis und dann denke ich, verschiebt sich das ja auch etwas, also am Anfang geht es wirklich viel um die Sache und dann entsteht eine Beziehung (...)."* (3/104-111)

Diese Vertrauensbeziehung wurde in den Interviews vermehrt genannt. Die Fachkräfte der Langzeitsozialberatung sind sich einig, dass, wenn ein Vertrauensverhältnis besteht, erfolgreicher unterstützt werden kann (2/258-259; 3/108-111).

> *„(...) schön ist es, wenn eine gewisse Vertrauensbasis entstehen kann. Es gibt Patienten oder Angehörige, wo (...) das so ein Anker ist. Dass sie immer wieder da anrufen können, mal etwas fragen. Auch wenn sonst nicht mehr viel von uns gemacht wird aktiv."* (4/254-257)

> *„(...) wir erzählen manchmal von unseren Erfahrungen und dann merkt man, dass sich Angehörige wiedererkennen und getrauen, dann auch etwas zu erzählen."* (1/223-237)

Durch das Vertrauen wird eine Grundlage geschaffen, damit tiefergehende Gespräche entstehen können. Dies führt dazu, dass vonseiten der Angehörigen Anliegen eingebracht werden und somit bedarfsorientierte Unterstützungshilfen geleistet werden können. Die interviewten Personen erwähnten, dass es wichtig ist, sich genügend Zeit für die Angehörigen zu nehmen (1/105-110; 3/85-89; 4/156-157).

> *„(...) manchmal sind Angehörige so in ihrem Alltag. Sie müssen organisieren, machen und es braucht (...) eine gewisse Zeit im Büro, bis sie wie merken: Was ist eigentlich alles Thema."* (1/293-295)

„Spannend wie sich das verändern kann, wenn eine angehörige Person merkt: Es darf Thema sein, also, sie darf auch eigene Themen haben." (1/112-113)

„Und ja, dass wir das System auch mit einbeziehen können, also dass wir eben auch die Möglichkeit haben, mit den Angehörigen zu sprechen und eine Beziehung aufzubauen." (3/219-221)

Dabei ist es wichtig, sich bewusst auf die Bedürfnisse der Adressatinnen und Adressaten zu fokussieren und den vorhandenen Handlungsspielraum auszunutzen (1/81-82).

„Und sich im Rahmen der Möglichkeiten Zeit nehmen, also Fragen stellen, nicht nur informieren. Ich glaube (...), wenn man unter Zeitdruck ist, wenig Zeit hat, ist die Gefahr, dass man einfach informiert: ‚Habe ich meine Arbeit getan.'" (1/426-429)

Betont wurde zudem die Relevanz, die betreuenden Angehörigen als eigenständige Personen wahrzunehmen und nicht nur als Mitbetroffene einer Patientin oder eines Patienten. Ersteres führt dazu, psychosoziale Aspekte der Angehörigen besser wahrnehmen, gesundheitsfördernde Einflüsse einbeziehen und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten thematisieren zu können (1/239-241).

„Weg vom rein Rationalen, Organisatorischen zu ‚Wie geht es mir eigentlich? Was brauche ich als angehörige Person?'" (1/109-111)

„(...) wie geht es denn Ihnen? Manchmal mache ich es auch mit: ‚Wie geht es Ihnen als Ruth? Nicht als Ehefrau, nicht als Mutter, sondern: Wie geht es Ihnen?'" (1/241-243)

Subkategorie «Einbezug der Angehörigen»

Als bedeutende Intervention wurde mehrmals der Einbezug des sozialen Umfeldes beziehungsweise der nahestehenden Angehörigen genannt (3/322-328).

„Natürlich interessiert mich insbesondere der Mensch als Angehöriger von einer Hirnverletzung, weil ich weiss, wie wichtig es ist, dass das ganze System angeschaut wird." (1/10-12)

„Ja, und dass schon im Spital so weit wie möglich einbezogen wird, dass die betroffene Person in einem System ist. Zu diesem System gehört der Angehörige und der Angehörige wird nach Austritt viel kompensieren müssen und ist tragfähiger, wenn er in einem gewissen Rahmen Sicherheit hat und somit schon einbezogen wurde (...)." (1/432-436)

Die zuständigen Angehörigen sollen in die gemeinsame Austrittsplanung sowie in den aktuellen Prozess eingegliedert werden, damit sie sich ernst genommen fühlen. Dies verhindert auch Doppelspurigkeiten und Missverständnisse, welche sich negativ auswirken können. Eine

transparente Kommunikation mit dem sozialen Umfeld der Betroffenen kann somit zu einer Verminderung der Belastung in der Betreuung führen (1/251-258).

Mehrere interviewte Personen betonen, wie wichtig die Kooperation mit den Angehörigen ist (1/404-405; 3/235-238). Auch Menschen, die sich gegenüber dem Behandlungsteam in herausfordernder Weise verhalten, sollen einbezogen werden. Sie befinden sich oft in schwierigen Situationen und ihre Vulnerabilität setzt vonseiten des Fachpersonals viel Verständnis voraus. Es ist erforderlich, dass die betreffenden Angehörigen ihrer Situation entsprechend eine individuelle Beratung erhalten (4/191-195).

> *„Aber wenn man diese Leute abblockt, dann wird es nur noch schlimmer. Und ich finde, die Leute muss man (...) abholen und den Leuten sehr empathisch begegnen und das wirklich auch wahrnehmen.“* (4/196-198)

> *„(...) dann muss man sich fragen: ‚Was, warum sagt er mir wohl das?‘ (...) ‚Was ist dahinter? Was ist seine Not?‘ Es ist ja mit einer Not verbunden. Und die auch abzuholen.“* (4/413-415)

Zudem können Angehörige im gemeinsamen Prozess mit der Fachkraft neue Erkenntnisse gewinnen und erhalten Rückhalt, wenn Schwierigkeiten auftauchen (3/239-241):

> *„(...) wenn ich Angehörige unterstütze, beispielsweise bei der Geltendmachung von Ansprüchen, dann beziehe ich sie sehr aktiv mit ein oder mache das mit ihnen zusammen, erkläre, wie es funktioniert, sodass sie (...) wirklich auch selber ein Know-how aneignen können. Und wir versuchen auch wirklich, sie zu bestärken darin, dass sie selber etwas machen.“* (3/235-239)

Subkategorie «Entlastung»

> *„Und nachher die Langzeitbelastung, da stellt sich dann irgendwann die Frage: ‚Mag ich das als Partner stemmen?‘ Vielleicht hat man sich viel zu viel aufgeladen. Man hat gedacht, man macht das oder ich muss das. (...) Ich thematisiere (...) das auch mit den Angehörigen manchmal: ‚Ja (...), müssen Sie das wirklich machen, was Sie machen?‘“* (4/222-226)

Als häufige unterstützende Intervention wurde die Entlastung genannt. Es ist relevant, die betreuenden Angehörigen direkt im Alltag zu entlasten, indem sie mit bestehenden Unterstützungsangeboten bekannt gemacht werden, um die hohe Verantwortung aufzuteilen und zu verhindern, dass die vollständige alltägliche Betreuung bei den Angehörigen liegt (1/80-82). Dafür ist es wichtig, dass die Fachkräfte Unterstützungsangebote wie zum Beispiel Wohnbegleitung, Mahlzeitendienste, Spitex, Tagesbetreuungsplätze etc. im nahen Umfeld kennen. So können die

Fachkräfte gemeinsam mit den Angehörigen, je nach deren Bedürfnissen und jenen der Person mit der Hirnverletzung, Entlastungsmöglichkeiten organisieren (1/80-82; 2/294-300).

> *„Es braucht mehrere Leute, die das tragen können. Nur eine Person kann das nicht tragen oder nur zwei. Das geht nicht, wenn wirklich eine grössere Beeinträchtigung vorhanden ist (…)“* (2/66-69)

Es ist sinnvoll, mit den betroffenen Personen darüber zu sprechen, in welchen Bereichen Unterstützung angemessen wäre und anschliessend gemeinsam die bestehenden Entlastungsangebote zu thematisieren (3/295-299). Belastungssituationen können gemäss der interviewten Personen folgendermassen minimiert werden:

> *„Ich denke, mit guter Organisation, also wenn man frühzeitig (...) Punkte anschaut, die potenziell schwierig sein könnten, wenn man nicht erst dann Entlastung sucht, wenn es eigentlich schon zu spät ist, sondern wenn man sich vorher organisiert. Einfach, um das besser managen zu können.“* (3/187-190)

> *„Es [die Bewältigung der herausfordernden Situation] ist kein Sprint, es ist ein Marathon. Und es hilft auch der betroffenen Person, wenn sie [die Angehörigen] auf sich Acht geben.“* (1/313-314)

Subkategorie «Aufklärungsarbeit»

Die Sozialberatung stellt hinsichtlich der Aufklärungsarbeit, der Wissensvermittlung und der Übersetzungsarbeit eine wichtige Ressource dar. Zwei Sozialarbeitende tätigten in diesem Kontext folgende Aussagen:

> *„[Was] wir dann bereitstellen können, ist Know-how und Wissen, weil viele Angebote ja nicht einfach so kommen, sondern man muss sich wirklich kundig machen und man muss Anmeldungen machen und da ist ein grosser Vorteil, wenn jemand da ist, der dieses Wissen hat und man das so abfragen kann.“* (3/48-51)

> *„(...) das schafft man nur mit Beratung oder mit einem guten Umfeld, das sich ein bisschen auskennt: Was ist (...) möglich und was nicht? Zum Beispiel auch, wenn die Person wirklich rund um die Uhr betreut werden müsste, die Betroffene: Wo gibt es Heime und Entlastungsplätze? (...) Nur dann funktioniert es und sonst kommt man gar nicht auf die Idee. Also dort sehe ich die Beratung sehr, sehr zentral.“* (2/216-221)

In Bezug auf Belastungsverläufe, welche im Rahmen der ersten Hauptkategorie «Belastungserleben» (siehe Kapitel 4.1) erläutert wurden, können Belastungsphasen vorbeugend thematisiert werden, indem die Fachkräfte die einzelnen Belastungsmomente erklären und somit die Angehörigen auf Schwierigkeiten vorbereiten. Eine interviewte Person berichtete davon, dass sie mit

Visualisierungen arbeitet, in welchen die unterschiedlichen Belastungsphasen dargestellt werden. Die Veranschaulichung hilft den Angehörigen, sich in den Phasen zu positionieren und zeigt auf, dass diese Phasen nicht von unbestimmter Dauer sind. Durch die Vermittlung von Erfahrungswerten können effektiv eintretende Schwierigkeiten besser angenommen und verarbeitet werden (1/167-173).

> *„Ein Teil in der Beratung ist, dass wir darauf hinweisen, dass diese Phasen normal sind. (...) Angehörige fragen sich: ‚Bin ich jetzt selber krank? Oder was ist mit mir los?' Wenn man das einordnet, (...) dass sie nicht alleine sind, sondern es anderen Angehörigen auch passiert, das kann dann unterstützend sein."* (1/136-140)

> *„(...) okay, wir sind jetzt in dieser Phase eines Verfahrens zum Beispiel, aber in einem Jahr sind sie dann da und da und dass man sich darauf vorbereitet. Dass man auch weiss, was auf einem zukommt. Dass man weiss, zum Beispiel, wie sich die Situation finanziell verändert, dass man sich (...) darauf einstellen und organisieren kann."* (3/191-195)

Vor allem in der Phase des Aktivismus (siehe Kapitel 4.1) ist es Aufgabe der Sozialberatung, die Angehörigen auf deren Gesundheit aufmerksam zu machen und diesbezüglich Aufklärungsarbeit zu leisten (4/224-226; 4/494-495).

> *„Und gerade, wenn man merkt, dass Leute alles machen, weil sie sich so sorgen um ihren Partner, gibt es eigentlich manchmal auch: ‚Hey, überlegen Sie sich mal, was Sie, für was Sie ganz wichtig sind, ist die Qualitätszeit, also die Beziehungsarbeit. Das können Sie nicht an eine Spitex delegieren. Aber wenn sie oft mit Administration und Organisieren beschäftigt sind, haben sie gar keine Zeit mehr für den Partner.' (...) Manchmal gelingt es auch über diesen Weg, den Leuten aufzuzeigen, (...) was wirklich Qualität für den Partner oder für die Angehörigen ist. Und was man eben durchaus kann der Spitex abgeben oder (...) der Pro Infirmis (...)."* (4/231-239)

Im hektischen Spitalalltag oder auch später im ambulanten Kontext bemerken die Fachkräfte oft, dass vonseiten der Angehörigen Unsicherheiten betreffend die medizinischen Themen oder auch betreffend das weitere Vorgehen des Behandlungsprozesses bestehen. Die Sozialarbeitenden erhalten oft die Rückmeldung, dass beispielsweise die Diagnose und die daraus resultierenden Konsequenzen nicht verständlich sind.

„Und das ist auch unsere Aufgabe, den Betroffenen, den Angehörigen vor allem zu erklären, was jetzt da der Arzt gemeint hat. Also die Übersetzungsarbeit finde ich ganz wichtig. Ich denke, da braucht man auch doch immer wieder Zeit, was uns auch wichtig ist, zu erklären, was die Situation jetzt auch psychosozial heisst. Eben was sie medizinisch ein Stück weit heisst, soweit wir sie übersetzen können. Weil das, ja, das geht oft auch unter in diesen Gesprächen mit dem Arzt, weil das relativ schnell geht, man ist in einem gewissen Druck. Dann stellen wir fest, dass die Leute dann zu uns kommen und dann sprechen wir eine Stunde mal über das, was der Arzt erzählt hat und versucht das einzuordnen." (4/153-162)

Diese Unklarheiten führen dazu, dass die Sozialarbeitenden die Angehörigen bestärken und auf ihr Recht auf adäquate Auskunft von Ärztinnen und Ärzten hinweisen:

„Weil ich finde auch immer, die Angehörigen müssen verstehen, um was es geht, und wir stärken sie auch immer wieder: ‚Ok, wenn Sie das nicht verstehen, dann fragen Sie, es ist Ihr Recht, dort nochmals nachzufragen.'" (4/162-165)

Zudem bestärkt die Sozialberatung die Angehörigen des Öfteren, bei medizinischen Unsicherheiten eine Zweitmeinung einzuholen, was eine Fachkraft für Soziale Arbeit als ein legitimes Bedürfnis ansieht (4/165-168).

Subkategorie «Anwaltschaftliches Handeln»

Eine Person nannte konkret den Begriff des „anwaltlichen Arbeitens", eine weitere umschrieb diesen. Als Vertretung der Angehörigen beziehungsweise der Person mit der Hirnverletzung treten Sozialarbeitende mit Sozialversicherungen in Kontakt (3/213-215; 4/609-618).

„Es geht nicht darum, ihnen [den Angehörigen] alles beizubringen, was sie machen müssen, sondern dort müssen wir das einfach an die Hand nehmen und durchziehen. Weil es geht wirklich darum, dort die Leute zu entlasten von dem. Es ist viel zu kompliziert und zu anstrengend." (4/617-619)

Gerade im sozialversicherungsrechtlichen Bereich können durch spezifisches Know-how viele Fehlerquellen präventiv vermieden werden. Eine interviewte Person legte den Fokus vor allem auf das korrekte Schreiben der ärztlichen Berichte in Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit. Die ärztlichen Dokumente stellen bedeutende Grundlagen für die Einordnung und Weiterführung des IV-Verfahrens dar (4/307-312).

„Oder dass wir Berichte mitformulieren. Gerade, wenn es um Arbeitsfähigkeit geht. Also, das ist ein extrem zentraler Punkt (...). Die Beurteilung (...) der Arbeitsfähigkeit, und das ist überhaupt kein Selbstgänger, fällt den Ärzten extrem schwer und dort sehe ich eine Kernkompetenz, die es braucht, um wirklich schlagfertig den Patienten helfen. Weil das Thema ist, wenn die IV einmal einen Entscheid gefällt hat/ Den in Frage zu stellen ist viel schwieriger als im Abklärungsverfahren zu intervenieren. (…) dann kämpft man eigentlich nur noch gegen die IV. Und in dem Verfahren vorher ist man eigentlich immer noch mit im Boot und bringt einfach Beweismittel ein." (4/308-316)

Weiter erwähnten zwei interviewte Personen, dass die Unterstützung der Sozialberatung auch eine überprüfende Funktion zugunsten der Betroffenen sowie der Angehörigen beinhaltet. Bei Fehlern im Kontext der sozialversicherungsrechtlichen Leistungen kann so rechtzeitig eingegriffen werden. Zudem kann die Sozialberatung die Person mit der Hirnverletzung vertreten, sodass diese ihre finanziellen Ansprüche geltend machen kann (3/241; 4/312-317; 4/570-576):

„Oder nicht selten (...) der Abschluss eines IV-Verfahrens zum Beispiel. Dass man da einfach (...) schaut, dass alles gut läuft und sie gut versorgt sind." (3/89-90)

„Weil ein IV-Verfahren entscheidet sich vor dem Entscheid und nicht nachher. Nachher kämpfen zu gehen mit Anwälten ist auch nicht gesundheitsfördernd. Also wir erleben, dass wir ganz viele Rechtsstreitigkeiten verhindern können, weil wir früh drin sind." (4/571-574)

„Und wir wüssten, wenn wir da jetzt nicht hineingekommen wären, das hätte garantiert zu einem Fehlentscheid geführt und nachher zu langen Anwaltsgeschichten und Streitereien. Und das macht die Leute krank. Ja. Das ist gesundheitsfördernd, dort zu intervenieren. Darum setzen wir (...) einen Haufen Energie dort hinein. Und das können wir nur in dieser Konstellation. Und ich sehe dort einen riesigen Bedarf. Das müsste sich ändern (...). Eine Poliklinik müsste selbstverständlich, also ein Ambulatorium muss selbstverständlich auch eine ambulante Sozialberatung anbieten können." (4/574-581)

„Aber ich sehe dort (...) ein hohes Gewicht, wo man auch wirklich handfest Situationen in die richtigen Bahnen lenken kann. Und es (...) erfordert viel Wissen im Sozialversicherungsrecht." (4/293-296)

Subkategorie «Vermittlung von Orientierung und Sicherheit»

Die Erkenntnis, dass sich Angehörige von Personen mit einer Hirnverletzung in vulnerablen Situationen befinden (können), ist wichtig, um ihnen durch die Vermittlung von Informationen Orientierung und Sicherheit bereitzustellen (1/136-138). Es ist relevant, dass Angehörige dort

abgeholt werden, wo sie sich gerade befinden, um eine bedürfnisorientierte Zusammenarbeit beginnen zu können (3/167-168).

> *„Aber wir können helfen, Sicherheit zu schaffen. Wir können helfen, Sicherheit und Orientierung und auch eine Perspektive im Ganzen (...) zu vermitteln.“* (4/423-425)

> *„(...) wenn sie mal ein bisschen die Sicherheit bekommen haben, dann nimmt auch die Intensität der Beratung ab (...).“* (3/37-38)

5 Diskussion der Ergebnisse

In Kapitel 5 werden die Inhalte der Einleitung sowie des Theorieteils mit den Ergebnissen der qualitativen Forschung aus Kapitel 4 in Beziehung gesetzt, wobei unterschiedliche Anknüpfungspunkte analysiert, interpretiert und diskutiert werden.

Die Diskussion fokussiert sich hauptsächlich auf die Erkenntnisse der Langzeitsozialberatung und vereinzelt werden Erkenntnisse bereits auf die Sozialberatung im Akutspital übertragen. Die Verfasserinnen haben jeweils kenntlich gemacht, wenn es um die Sozialberatung im Akutspital geht. Jedoch werden die konkreten gesundheitsfördernden und präventiven Handlungsaufforderungen der Sozialberatung im Akutspital, welche von den theoretischen Grundlagen und den Erkenntnissen der Langzeitsozialberatung abgeleitet werden, in Kapitel 6 vorgestellt.

In der Auswertung der aus der Befragung gewonnenen Ergebnisse zeigte sich, dass zahlreiche Parallelen zu den Inhalten der Fachliteratur festgestellt werden können. Diese sollen im Folgenden thematisiert werden.

5.1 Verknüpfung mit dem Angehörigenmodell nach Lezak

Die gewonnenen Ergebnisse der empirischen Forschung wiesen viele Parallelen zum Angehörigenmodell nach Lezak (1986) auf. Vor allem in der ersten Hauptkategorie «Belastungserleben der Angehörigen» (siehe Kapitel 4.1) finden sich zahlreiche Gemeinsamkeiten. Aus dem Phasenmodell nach Lezak sowie aus den Erfahrungen der interviewten Personen geht hervor, wie stark die nahen Angehörigen mitbetroffen sind und mit den unterschiedlichen Konsequenzen der Hirnverletzung umgehen müssen. Der Prozess des Heilungsverlaufes wird als unsicheres Prozedere definiert (siehe Kapitel 4.1). Die Erläuterungen von Lezak und den interviewten Personen zeigen ähnliche Phasen auf, wobei sich vor allem im Hinblick auf die Phase der Ungewissheit mit den dazugehörigen Emotionen eine deutliche Übereinstimmung feststellen lässt. Die Befragten begründeten diese Unsicherheit mit der für die Angehörigen neuen Situation sowie mit der

plötzlich erforderlichen Auseinandersetzung mit medizinischen Themen, welche bei den Angehörigen viele Fragen auslösen und somit die Phase der Unsicherheit verstärken. Zudem ging aus den Interviews hervor, dass auch psychosoziale Themen im Zusammenhang mit der Person mit der Hirnverletzung bei den Angehörigen viele Emotionen auslösen und ein Bedürfnis nach Diskussion und Beratung hervorrufen, wobei die Verarbeitung des Krankheits- oder Unfallereignisses dabei im Vordergrund steht. Die Unterstützung der Person mit der Hirnverletzung, welche neben den emotionalen Belastungen auch zahlreiche weitere Kernthemen beinhaltet (siehe Kapitel 4.2), muss bewältigt werden und führt zu anspruchsvollen Situationen.

Lezak und die Befragten halten fest, dass Angehörige eine grosse Verantwortungslast aufweisen und dies häufig zu Überforderungen führt. In Kapitel 2.1.1 wurden die vielfältigen Herausforderungen der Angehörigen vorgestellt.

Sowohl im Rahmen der Ergebnisse der empirischen Forschung als auch im Modell von Lezak werden mögliche Persönlichkeitsveränderungen der Personen mit einer Hirnverletzung angesprochen, die das Belastungserleben der Angehörigen stark beeinflussen. Die Akzeptanz der bestehenden Defizite durch die Hirnverletzung vonseiten der Angehörigen ist gemäss Lezak eine wichtige Voraussetzung, um anschliessend in die nächste Phase des Trauerprozesses zu gelangen. Die emotionale Auseinandersetzung ermöglicht es schliesslich, dass im letzten Stadium des Angehörigenmodells die Bereitschaft vorhanden ist, auf eigene Bedürfnisse einzugehen und so Veränderungen der aktuell überfordernden Situation zuzulassen. Durch diese emotionale Verarbeitung können sich Angehörige von den thematisierten Belastungen befreien; sie stellt somit eine wichtige Voraussetzung dar, um Veränderungsprozesse anzustreben und mit Fachkräften der Langzeitsozialberatung Lösungsmöglichkeiten zu besprechen.

Im besten Fall sollte die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, bereits im zweiten Stadium des Angehörigenmodells vorhanden sein, um Krisensituationen und Belastungsmomente verhindern zu können. Hier kann eine Verbindung zu den Ergebnissen der Subkategorie «Fehlendes Auffangnetz nach dem stationären Aufenthalt» (siehe Kapitel 4.4) hergestellt werden, welche auf eine Lücke im Nachsorgesystem hinweist. Mit dem Spitalaustritt besteht die Gefahr, dass Kontakte zu Ansprechpersonen abgebrochen werden und so die fachliche Wissensquelle versiegt. Die Befragten betonten, dass es von erheblicher Bedeutung ist, die betroffenen Personen sowie deren Angehörige vor dem Spitalaustritt mit unterstützenden Angeboten zu vernetzen oder ihnen zumindest Kontaktdaten von spezialisierten Beratungsstellen mitzugeben, bei denen diese sich bei auftretenden Schwierigkeiten melden können. Die frühzeitige Vernetzung gewährleistet,

dass sich die Angehörigen bei Bedarf bei den passenden Entlastungsangeboten melden können und weist so einen präventiven Aspekt auf.
Das Angehörigenmodell nach Lezak sowie die Kategorie «Unterstützende Massnahmen der Sozialberatung» (siehe Kapitel 4.6) weisen darauf hin, dass die Aufklärung der Angehörigen betreffend die Hirnverletzung und deren Konsequenzen zentral ist. Es ist erforderlich, dass Angehörige vorbereitet werden, damit sie allfällige Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen besser einordnen und von der betroffenen Person an sich trennen können. Hinzu kommt das Erfordernis, den nahestehenden Angehörigen zu vermitteln, dass ihre Gesundheit bewahrt werden muss, da das Wohlergehen der hilfsbedürftigen Person auch vom Wohlbefinden der Familie abhängt (siehe Kapitel 2.1.2). Mit dem frühzeitigen Eingreifen der Sozialberatung können die weiteren von Lezak genannten Phasen, welche in Stadium drei bis fünf als belastende Phasen beschrieben werden, minimiert oder gar verhindert werden.

5.2 Verknüpfung mit dem Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin et al.

Das in Kapitel 2.1.5 vorgestellte Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin et al. (1990) beinhaltet Faktoren, die die Betreuung einer Person mit der Hirnverletzung zu Hause beeinflussen. Die Kontextbedingungen der Angehörigen haben dabei einen erheblichen Einfluss auf das Belastungserleben derselben sowie auf dessen Bewältigung. Hierbei ist die Verknüpfung mit der Hauptkategorie «Ressourcen und Bewältigung der Angehörigen» (siehe Kapitel 4.3) zentral. Die von Pearlin et al. genannten Kontextbedingungen betreffen die vorhandenen Ressourcen der Angehörigen, wie zum Beispiel das soziale Umfeld, welches neben der Familie, den Freunden und Bekannten auch das Fachpersonal beinhaltet. Auch der gesellschaftliche Status, die materiellen Verhältnisse sowie der Bildungs- und Wissensstand beeinflussen die Ressourcenerschliessung für die Bewältigung der Betreuungsaufgaben. Bildung und Wissen können zu einem besseren situativen Verstehen und dadurch zu adäquaten Handlungsweisen führen. Je mehr Möglichkeiten bestehen, um die Betreuungsaufgaben auf mehrere Personen im nahen Umfeld zu verteilen oder mit finanziellen Mitteln externe Unterstützung zu organisieren, umso stärker können die Angehörigen entlastet werden. Das soziale Umfeld wird sowohl im Prozessmodell von Pearlin et al. (familiäre Eingebundenheit) als auch von den befragten Sozialarbeitenden als zentraler Faktor verstanden, welcher den Umgang mit einem schwierigen Lebensereignis in hohem Grad beeinflusst.

Personelle Ressourcen können dazu beitragen, die intrapsychischen Konflikte, welche Pearlin et al. den sekundären Stessoren zuordnen, zu bewältigen: Selbstreflexion, das Erkennen der eigenen Bedürfnisse, die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten etc. führen dazu,

intrapsychische Konflikte zu minimieren (siehe Kapitel 4.3). Auch die Resilienz der Angehörigen ist wichtig, um einen konstruktiven Umgang mit der herausfordernden Betreuungssituation zu finden (siehe Kapitel 2.1.4). Daraus ergibt sich die Relevanz der personellen Ressourcen, die einen präventiven Charakter aufweisen und zur frühzeitigen Erkennung des Hilfebedarfs beitragen, woraufhin die Sozialberatung im Akutspital lösungsorientiert handeln kann.

Die Vielfältigkeit der Betreuungsaufgaben spiegelt sich in den unterschiedlichen genannten Kernthemen der Angehörigen wider (siehe Kapitel 4.2). In alltäglichen Themenbereichen können primäre Stressoren auftreten, welche im Prozessmodell der Pflegebelastung nach Pearlin et al. erläutert werden.

Eine Verknüpfung des Prozessmodells mit den Ergebnissen der empirischen Forschung besteht auch im Zusammenhang mit den Rollenkonflikten der sekundären Stressoren nach Pearlin et al. Die aufgrund des lebensverändernden Ereignisses der Hirnverletzung neu entstandenen Rollen der Angehörigen führen zu einer grundlegend neuen Lebenskonstellation (siehe Kapitel 2.1.1). Aus diesem Grund wurde die Rollenveränderung der Subkategorie «Warnzeichen für (Über-)Belastung» (siehe Kapitel 4.1) zugeordnet. Die Befragten sprachen in diesem Kontext von einer Rollenanpassung sowie Rollenübernahme und wiesen darauf hin, dass die Erweiterung der Rollen der Angehörigen eine Gefahr mit sich bringt. Die Vernachlässigung der Freizeitaktivitäten oder Auszeiten aufgrund der Betreuung führen oft zu ungenügender Erholung und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit. Des Weiteren wurde auch die mit den Rollenkonflikten verknüpfte Problematik geschildert, dass die Vereinbarung von Beruf und Betreuung oft zu Überforderungen führt. Die Reduzierung des Arbeitspensums beurteilte eine interviewte Person kritisch. Die Arbeitsreduzierung führt zu finanziellen Einbussen und Lücken in der zukünftigen Existenzsicherung und verstärkt zugleich das Risiko, dass Angehörige ihr eigenes und gewohntes soziales Umfeld vernachlässigen (siehe Kapitel 2.1.1; siehe Kapitel 4.1).

Die vielfältigen Rollen der Angehörigen führen zu vielzähligen und neuen herausfordernden Aufgaben. Die Verknüpfungen des Theorieteils und der sekundären Stressoren von Pearlin et al. zeigen auf, dass es für die Beziehung zwischen der Person mit der Hirnverletzung und den betreuenden Angehörigen unerlässlich ist, die Rollen zu begrenzen. Beispielsweise soll die Rolle der Partnerin oder des Partners weiterhin existieren und sich nicht ausschliesslich zur Rolle der Betreuungsperson wandeln (siehe Kapitel 2.1.1).
Aus den Ergebnissen der empirischen Forschung geht hervor, dass für eine erfolgversprechende Bewältigungsstrategie hinsichtlich der Betreuung einer Person mit einer Hirnverletzung das

Einräumen von Freiräumen für Freizeitbeschäftigungen, Erholung und Abstand als energieschöpfende Quellen unabdingbar ist (siehe Kapitel 4.3).

Wenn es an erfolgreichen Bewältigungsstrategien mangelt, die Stressoren überhandnehmen und die Ressourcen der Kontextbedingungen nicht erschlossen werden können, entstehen Überforderungen für die Angehörigen und somit negative Konsequenzen hinsichtlich ihrer Gesundheit. Deshalb ist es erforderlich, dass sich der Fokus der Sozialberatung auf die Ressourcenerschliessung der Kontextbedingungen richtet. Zudem bilden die präventive Verminderung der Stressoren sowie die Stärkung der Bewältigungsstrategien zentrale Aufgaben der Sozialberatung.

5.3 Verknüpfung mit Gesundheitsförderung und Prävention

Da zwischen Gesundheitsförderung und Prävention, wie in Kapitel 2.2.4 thematisiert wurde, keine trennscharfe Abgrenzung vorgenommen werden kann, wird auch in diesem Unterkapitel auf diese verzichtet.

Die Klinische Soziale Arbeit leistet mit ihrem Fokus auf das Soziale einen bedeutenden Beitrag, indem neben der biologischen und psychologischen Sichtweise relevante zusätzliche Aspekte erfasst werden. Der Mensch und seine Umgebung werden ganzheitlich betrachtet, wobei Ressourcen erschlossen und Risikofaktoren eruiert werden können. Bereits mit diesem Fokus trägt die Sozialberatung im Akutspital zur Gesundheitsförderung und Prävention bei (siehe Kapitel 2.2.1).

In der Hauptkategorie «Interdisziplinarität als Chance» (siehe Kapitel 4.5) wurde ersichtlich, dass es sich positiv auf die Angehörigen auswirkt, wenn sich verschiedene Professionen und Wissensquellen an einem Ort befinden. Dies setzt jedoch eine gelingende Kooperation zwischen den verschiedenen Beteiligten voraus. Sozialarbeitende im Akutspital stellen eine erste direkte Ressource für Angehörige dar, die bereits viel bewirken kann. Die Angehörigen können in der Schocksituation begleitet werden; in dieser Phase, in der die Angehörigen ein hohes Sicherheits- und Orientierungsbedürfnis aufweisen, ist die Begleitung zentral. Auch Bienz und Reinmann (2004) sehen eine Aufgabe der Sozialarbeitenden im Akutspital darin, zur Linderung von emotionalem Stress, welcher bei den Angehörigen durch die Ungewissheit entsteht, beizutragen (S. 66). Durch das frühzeitige Einleiten von Massnahmen können Bedürfnisse frühzeitig erkannt, Ansprüche angemeldet und Angehörige mit den richtigen Stellen vernetzt werden (siehe Kapitel 4.6). Die vorzeitige Vernetzung mit angepassten Unterstützungsangeboten nach dem stationä-

ren Aufenthalt kann Überbelastungen der Angehörigen minimieren und auf diese Weise verhindern, dass Angehörige Leidtragende des lückenhaften Systems werden.

Gerade beim Übergang vom stationären Aufenthalt nach Hause, der oftmals von Unsicherheit geprägt ist, werden Angehörige unter anderem vor pflegerische, administrative, organisatorische und betreuerische Herausforderungen gestellt. Insbesondere in dieser Übergangsphase ist Unterstützung durch Aufklärung und Wissensvermittlung zentral und es ist unerlässlich, dass Angehörige befähigt werden, einen konstruktiven Umgang mit der Situation zu finden und der Austritt sorgfältig geplant wird. Wie aus den Interviewergebnissen hervorgeht, ist es ein Bedürfnis der Angehörigen, eine Ansprechperson zu haben, bei der sie sich bei Bedarf melden können (siehe Kapitel 4.6). Die Interviewergebnisse im Hinblick auf die Bedürfnisse der Angehörigen decken sich mit den Inhalten aus Kapitel 2.1.3.
Aufklärungsarbeit ist in verschiedenen Thematiken erforderlich, um die Gesundheit der Angehörigen positiv zu beeinflussen. Es geht nicht nur um die in der Hauptkategorie «Kernthemen der Angehörigen» (siehe Kapitel 4.2) beschriebenen organisatorischen, finanziellen, medizinischen und psychosozialen Anliegen, sondern auch um die Sensibilisierungs- und Achtsamkeitsstärkung (siehe Kapitel 2.2.4). Wenn Angehörige ihre Freizeitaktivitäten vernachlässigen und/oder ihr Arbeitspensum reduzieren, besteht die Gefahr der sozialen Isolation. Wie die Interviews gezeigt haben, ist es bedeutsam, Aspekte aus dem alten Leben aufrechtzuerhalten (siehe Kapitel 4.3): Gewohntes zu integrieren, kann Sicherheit geben. Soziale Kontakte und Aktivitäten ausserhalb des Hauses, in dem die Betreuung stattfindet, können die Gesundheit der Angehörigen positiv beeinflussen. Wie eine interviewte Person darlegte, können Auszeiten jedoch nur eine gesundheitsfördernde oder präventive Wirkung entfalten, wenn diese auch mit dem eigenen Gewissen vereinbart werden (siehe Kapitel 4.1). Daher ist es bedeutsam, dass sich Sozialarbeitende dessen bewusst sind und Angehörige darin bestärken, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und auf sich zu achten (siehe 2.2.5 und 4.6).

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz steht in der Gesundheitsförderung im Vordergrund (Loss et al., 2016, S. 446). Sie zielt darauf ab, dass Angehörige im alltäglichen Leben auf ihre Gesundheit bedacht sind und Entscheidungen treffen, die einen positiven Effekt auf diese haben. Wie aus den Interviews hervorgeht, leisten Sozialarbeitende der Langzeitsozialberatung einen Beitrag dazu, die Gesundheitskompetenz der Angehörigen zu fördern beziehungsweise die Angehörigen auf die Bedeutung ihrer Gesundheit aufmerksam zu machen. Dies können sie erreichen, indem sie bei Angehörigen (Selbst-)Reflexionsprozesse anregen, sie spezifisch nach ihrem Befinden, ihren Bedürfnissen und Anliegen fragen. Die Sozialarbeitenden aus der Langzeitsozialberatung legen den Angehörigen nahe, Gewohnheiten in das durch die Hirnverletzung

der nahestehenden Person veränderte Leben zu integrieren, sich bewusst Auszeiten zu schaffen und wahrzunehmen, dass sie neben dem gemeinsamen Leben noch ein eigenes haben. Ziel ist zudem, dass Bewältigungsstrategien, die im alten Leben funktioniert haben, aktiviert werden (siehe Kapitel 4.3).

Wie aus der empirischen Forschung hervorgeht, kann das Wissen, Zugang zu einer Ansprechperson zu haben, gesundheitsfördernde Aspekte mit sich bringen. Das Wissen um eine Ansprechperson gibt den Angehörigen Sicherheit und Orientierung und kann als psychologische Stütze angesehen werden. Auch die Vernetzung mit Personen mit ähnlichem Schicksal und mit einem professionellen Unterstützungssystem kann dazu beitragen, den Angehörigen eine Perspektive in der herausfordernden Situation zu vermitteln.
Neben dem Befähigungshandeln gibt es auch Situationen, in denen die Sozialarbeitenden der Langzeitsozialberatung eine anwaltschaftliche Funktion einnehmen. Gerade in Bezug auf sozialversicherungsrechtliche Themen, die meist komplex sind, können Angehörige allen Befragten zufolge entlastet werden. Eine interviewte Person bezeichnete diese Vertretung für Angehörige explizit als gesundheitsfördernd (siehe Kapitel 4.6). In diesem Kontext geht es weniger um Befähigung, sondern um Entlastung, damit in der überfordernden Situation, in der sich die Angehörigen befinden, nicht noch weitere komplexe, überfordernde und administrative Hürden auftreten. Auch Homfeld (2012) sieht das anwaltschaftliche Handeln als eine geeignete Massnahme an, sofern diese eine gesundheitsfördernde oder präventive Wirkung hat (S. 496). Der definierte Auftrag von SAGES (2018, S. 3) legitimiert implizit das anwaltschaftliche Handeln, weil Angehörige so vor Überforderung geschützt werden können.

Gesundheitsförderung setzt bei den Lebenswelten der Angehörigen an (Loss et al., 2016, S. 438). Inwieweit Sozialarbeitende im Akutspital an die Lebenswelten der Angehörigen anknüpfen können, ist jedoch fraglich, da in der Regel kein längerer Beratungsprozess stattfindet und Sozialarbeitende der Sozialberatung keine Hausbesuche bei den Angehörigen machen.

5.4 Verknüpfung mit Schlüsselkonzepten der Salutogenese nach Antonovsky

In diesem Unterkapitel wird auf die in Kapitel 2.2.3 vorgestellten Schlüsselkonzepte der Salutogenese nach Antonovsky Bezug genommen. Dabei wird das erste Schlüsselkonzept des sense *of* coherence mit dem praxisorientierten Konzept des sense *for* coherence und den Interviewergebnissen in Verbindung gesetzt. Anschliessend wird das zweite Schlüsselkonzept – Generalisierte Widerstandsressourcen – mit den Interviewergebnissen verknüpft.

Sense *of* coherence (SOC) und sense *for* coherence

Der SOC mit seinen drei Dimensionen der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit ist gemäss Lindström und Eriksson (2019, S. 54) keine Bewältigungsstrategie, sondern eine personelle Ressource, die während Spannungszuständen und während des Stresserlebens bei negativ bewerteten Lebensereignissen angewandt wird (siehe Kapitel 2.2.3). Bei subjektiv als negativ bewerteten Lebensereignissen ist der SOC geschwächt, wobei der Grad der Schwächung auch durch die zeitliche Nähe des negativ bewerteten Lebensereignisses beeinflusst wird (Lindström & Eriksson, 2019, S. 54). Sozialarbeitende der Sozialberatung im Akutspital müssen sich demnach bewusst sein, dass das Kohärenzgefühl bei Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung geschwächt sein kann. Deshalb ist es bedeutsam, dieses mit Hilfe verschiedener Interventionen zu stärken, die in Kapitel 6 näher beschrieben werden.

Gemäss Meier Magistretti (2019, S. 127) können Professionelle im Gesundheitswesen einen relevanten Beitrag in der Dimension der Verstehbarkeit beziehungsweise Sicherheitsvermittlung leisten (siehe Kapitel 2.2.3). Aus den im Rahmen der Interviews gewonnenen Erkenntnissen kann abgeleitet werden, dass Sozialarbeitende in der Langzeitsozialberatung auf allen drei Ebenen des Kohärenzgefühls einen Beitrag leisten können, sodass sich Angehörige auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen. Wie aus einem Interview hervorging, ist dafür eine empathische Grundhaltung Voraussetzung, die durch Wertschätzung und Achtsamkeit geprägt ist (siehe Kapitel 4.6).

In Kapitel 2.2.3 wurde das Konzept des sense *for* coherence nach Lindström (2019) vorgestellt, im Rahmen dessen es darum geht, zu den drei Dimensionen des SOC praxisorientierte Konzepte verwendbar zu machen.

Das korrespondierende Konzept der *Verstehbarkeit* in der Konzeption des sense *for* coherence ist die Sicherheitsvermittlung durch Aufklärung, Wissensvermittlung und Übersetzungsarbeit. Es ist erforderlich, dass Fachkräfte für Erläuterungen eine angepasste Sprache wählen (Lefebvre und Levert, 2012, S. 1085-1094).

Das korrespondierende Konzept der Dimension der *Handhabbarkeit* in der Konzeption des sense *for* coherence ist die Ermächtigung. Hierbei geht es darum, dass Sozialarbeitende Angehörige in ihrem Tun bestärken, Erwartungen und Ängste wahrnehmen, auf diese reagieren, Ressourcen erschliessen und Reflexionsprozesse ermöglichen. Um eine positive Wirkung in Bezug auf die Gesundheitsförderung zu erzielen, müssen Menschen gemäss Lindström und Eriksson (2019) wissen, wie sie Ressourcen einsetzen können (S. 40).

Das korrespondiere Konzept der Dimension der *Bedeutsamkeit* ist in der Konzeption des sense *for* coherence die Bewältigung. Hierbei geht darum, dass Angehörige die herausfordernde

Situation mit ihren Mitteln zu überwinden versuchen und sie die Sinnhaftigkeit ihres Bestrebens erkennen. Wenn die Angehörige ein Vorhaben als lohnenswert und sinnhaft einstufen, nehmen sie die damit verknüpfte Herausforderung eher an. Wie die verschiedenen Belastungsphasen (siehe Kapitel 4.1) und die Verknüpfung mit dem Angehörigenmodell nach Lezak (siehe Kapitel 5.1) zeigen, kann sich diese Dimension im Verlauf der verschiedenen Phasen verändern. Durch den Einbezug der Angehörigen in den Behandlungsprozess der Person mit der Hirnverletzung können diese Selbstwirksamkeit erfahren, indem sie Situationen beeinflussen und gestalten können.

Die Auswertung der Interviews zeigte, dass durch mangelnde Zeitressourcen und eine ausbaufähige Aufklärung im Akutspital das Konzept des sense *for* coherence nach Lindström aktuell nur teilweise umgesetzt wird.

Generalisierte Widerstandsressourcen

Die von Meier Magistretti (2019) formulierte, an Sozialarbeitende gerichtete Aufforderung, generalisierte Widerstandsressourcen einer Person zu berücksichtigen (S. 231), wird den Ergebnissen der Befragung zufolge in der Langzeitsozialberatung umgesetzt. Alle vier Befragten unterstützen Angehörige bei der Ressourcenerschliessung. Wie aus den Interviews hervorging, hat die Ressourcenaktivierung eine entlastende Wirkung auf Angehörige. Sie verfügen so über Mittel, um Situationen bewältigen zu können. Das soziale Netz bildet eine bedeutende Ressource, weil die herausfordernde Situation nicht alleine bewältigt werden kann. Das Erfahrungswissen und der Wissensvorsprung der Fachkräfte für Soziale Arbeit, aber auch das Wissen von Angehörigen in ähnlichen Situationen über Belastungsverläufe, Angebote, Möglichkeiten usw. kann genutzt werden, um Angehörige zu ermächtigen. Wenn Sozialarbeitende über verschiedene Belastungsphasen sprechen, kann das Angehörige dazu veranlassen, sich über die eigene Situation zu äussern, weil sie sich darin wiederfinden.

Wie in Kapitel 4.4 «Strukturelle und rechtliche Hindernisse» aufgezeigt wurde, stehen Angehörige im Akutspitalkontext nicht im Fokus. Das Besondere an der Angehörigenberatung liegt darin, dass Angehörige in den Mittelpunkt gestellt werden und sie so zu Sozialarbeitenden Vertrauen fassen können. Letzteres bildet die Basis einer Arbeitsbeziehung, wie die Interviewergebnisse gezeigt haben (siehe Kapitel 4.6). Die genannten Punkte weisen darauf hin, dass Sozialarbeitende eine Art „Eisbrecherfunktion“ wahrnehmen.

In der Akutphase während des Spitalaufenthalts der betroffenen Person ist es für Angehörige schwer vorstellbar, wie es sein wird, wenn die Person mit der Hirnverletzung wieder nach Hause kommt und auf Betreuung angewiesen ist. Wie im Kapitel 2.2.3 zum Kohärenzgefühl beschrieben, aktiviert ein Mensch Bewältigungsstrategien erst, wenn er sich die Anforderungen einer

Situation vorstellen kann. Dies kann begründen, wieso sich manche Angehörige erst (zu) spät Unterstützung suchen. Auch hier leistet die Langzeitsozialberatung einen Beitrag, indem sie Angehörige über nächste Schritte, künftige potentielle Schwierigkeiten im Alltag und über Verfahrensprozesse im Sozialversicherungsrecht aufklärt. Auf die Sozialberatung im Akutspital übertragen heisst dies Folgendes: Da sich Angehörige in der Akutphase in einer Schocksituation befinden, kann die Wissensvermittlung mittels einer Veranschaulichung helfen, neue Informationen besser aufzunehmen und kognitiv zu verarbeiten.

Wie im Kapitel 5 erläutert wurde, geht es bei den Interventionen der Sozialberatung um Entlastung und somit auch um Gesundheitsförderung und Prävention, da die Fachkräfte der Sozialen Arbeit bestrebt sind, die Angehörigen vor Belastungen zu schützen und eine Gesundheitsverbesserung und eine gesellschaftliche Teilhabe derselben zu erzielen. Sie handeln also im Sinne des Auftrages von SAGES (2018, S. 3).

6 Handlungsaufforderungen für die Sozialberatung im Akutspital

Die Handlungsaufforderungen und praxisorientierten Empfehlungen für die Sozialberatung im Akutspital im neurologischen Kontext wurden auf der Grundlage der im Rahmen dieser Bachelor-Thesis gewonnenen Erkenntnisse erarbeitet und werden im Folgenden vorgestellt. An dieser Stelle ist darauf zu verweisen, dass die Empfehlungen nicht pauschalisiert werden können, da sich Beratungsthemen situations-, kontext- und personenspezifisch unterscheiden. Dennoch konnten durch den Vergleich der Theorie und der Interviews aus der Praxis gezeigt werden, dass es zentrale wiederkehrende Themen gibt, die unabhängig von den genannten Differenzen erkennbar sind.

Um gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen zu erzielen, müssen Sozialarbeitende Kenntnisse über Belastungen und Risiko- und Schutzfaktoren haben sowie die strukturellen Gegebenheiten, wie in Kapitel 4.4 beschrieben, berücksichtigen.

Kapitel 6.1 bezieht sich auf die direkte Angehörigenarbeit, während in Kapitel 6.2 Handlungsaufforderungen innerhalb des Akutspitalkontexts angesprochen werden, die indirekt zur Gesundheitsförderung und Prävention der Angehörigen beitragen können.
Allen vierzehn Handlungsaufforderungen gemeinsam ist das anzustrebende Ziel der Orientierungs- und Sicherheitsvermittlung.

6.1 Handlungsaufforderungen in der Angehörigenberatung

Wurde der Erstkontakt zwischen der Sozialberatung im Akutspital und den Angehörigen initiiert, so haben Angehörige eine Ansprechperson der Sozialen Arbeit während sich die Person mit der Hirnverletzung noch in stationärer Behandlung befindet. Da auf die Relevanz einer Ansprechperson in dieser Bachelor-Thesis mehrmals Bezug genommen wurde, ist es notwendig, diese Thematik auch in den Handlungsaufforderungen aufzugreifen. Bereits das Wissen über eine mögliche Ansprechperson kann entlastend wirken, unabhängig davon, ob das Beratungsangebot schliesslich in Anspruch genommen wird oder nicht.
Den im Interviewkontext angesprochenen niederschwelligen Zugang können Sozialarbeitende erreichen, indem die Angehörigen auch ohne Vorankündigung die Möglichkeit zu einem Gespräch haben, die Bürotür offensteht und Sozialarbeitende Flexibilität und Verständnis zeigen.

Die Sozialberatung im Akutspital ist durch einen kurzzeitigen Beratungsprozess gekennzeichnet, was auf die zunehmende Ökonomisierung und Finanzierungsregelung zurückzuführen ist. Innerhalb dieser Grenzen sollen die Fachkräfte der Sozialberatung im Akutspital den Aufbau von Vertrauen, der durch eine empathische Grundhaltung gekennzeichnet ist, ermöglichen. Wie in Kapitel 1.4 erwähnt wurde, treten Angehörige im Kontext der Sozialberatung im Akutspital möglicherweise das erste Mal überhaupt mit Fachkräften der Sozialen Arbeit in Kontakt. Bei einem gelungenen Vertrauensaufbau ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sich die Angehörigen bei Bedarf bei einer Fachstelle melden.

> Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen für Angehörige eine niederschwellige, zugängliche und vertrauensvolle Anlaufstelle und Ressource darstellen.

Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen, dass es eine gesundheitsfördernde und präventive Wirkung auf Angehörige haben kann, wenn sie während des Beratungsgesprächs auf ihr Befinden, ihre Ängste, Sorgen, Unsicherheiten, Bedürfnisse, Erwartungen etc. angesprochen werden. Durch das direkte Ansprechen kann die Sozialberatung im Akutspital möglicherweise eine „Eisbrecherfunktion“ wahrnehmen und positive Effekte erzielen. Offene Fragen und eine empathische Grundhaltung seitens der Sozialarbeitenden können zudem Reflexionsprozesse bei den Angehörigen ermöglichen (siehe Kapitel 5.3 und 5.4).

> Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen Angehörige auf ihre Anliegen ansprechen, Empathie zeigen, offene Fragen stellen und die anspruchsvolle Situation würdigen.

Eine weitere und zentrale Handlungsaufforderung an die Sozialberatung im Akutspital stellt die Aufklärungsarbeit dar. Das Bedürfnis der Angehörigen nach Information und einem umfassenden Verstehen ist in der Phase der Ungewissheit gross. Wissen ist ebenfalls eine Ressource, die zur Bewältigung eingesetzt werden und Angehörige ermächtigen kann. Wenn Sozialarbeitende dieses Bedürfnis nach Aufklärung wahrnehmen und diesem im Rahmen ihrer Möglichkeiten nachkommen können, hat dies eine positive Auswirkung auf die Gesundheit der Angehörigen und trägt zu mehr Sicherheit durch ein höheres Mass an Orientierung bei. Möglicherweise steht zu Beginn die Übersetzungsarbeit im Vordergrund, bei der Sozialarbeitende mit den Angehörigen über die Inhalte des Ärztinnen- oder Arztgespräches sprechen und den Angehörigen erklären, welche psychosozialen Auswirkungen die Hirnverletzung haben kann. Hierbei ist es von Bedeutung, dass darauf hingewiesen wird, dass mit einer Hirnverletzung auch unsichtbare Folgen einhergehen können, da Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen der betroffenen Person für Angehörige oftmals nur schwer fassbar sind und zu Unverständnis führen können. Die Aufklärungsarbeit mit dem Ziel der Orientierungs- und Sicherheitsvermittlung erfordert von den Sozialarbeitenden ein besonders sensibles Vorgehen, damit keine zusätzliche Überforderung und damit wiederum Orientierungslosigkeit und ein Sicherheitsverlust entstehen.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen mittels Aufklärungsarbeit bei Angehörigen Orientierung und Sicherheit vermitteln, was eine gesundheitsfördernde und präventive Wirkung hat.

In der Aufklärungsarbeit beziehungsweise Wissensvermittlung ist es hilfreich, mit Visualisierungen zu arbeiten, da so die Informationen auch über den Sehsinn aufgenommen und so besser verarbeitet werden können.

Konkret eignet sich eine Veranschaulichung der Belastungsverläufe nach Lezak (siehe Kapitel 2.1.2). Darstellungen können auch genutzt werden, um die verschiedenen Rollen, welche die Angehörigen innehaben, zu thematisieren und aufzuzeigen. Auch diese Massnahme hat zum Ziel, die Gesundheit der Angehörigen positiv zu beeinflussen.

Eine Veranschaulichung ist auch in Situationen geeignet, in denen nächste Schritte aufgezeigt werden sollen, beispielsweise bei Sozialversicherungsthemen und -verfahren. Angehörige werden früh mit Versicherungsthemen konfrontiert, da Klärungsbedarf hinsichtlich der Kostendeckung und finanzieller Fragen bezüglich der Person mit der Hirnverletzung besteht und Angehörige meist die ersten Ansprechpersonen dafür sind.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen Wissen mit Hilfe visueller Veranschaulichungen vermitteln.

Zur Aufklärungsarbeit gehört auch die Thematisierung der Gesundheit der Angehörigen und die Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz. Bereits das Fragen nach ihrem Befinden kann Zugang schaffen und (Selbst-)Reflexionsprozesse ermöglichen. Aufgabe der Sozialarbeitenden ist es, die Wichtigkeit der Gesundheit der Angehörigen hervorzuheben, die personellen Ressourcen derselben zu stärken und sie zu ermächtigen, indem sie sie darauf aufmerksam machen, dass sie auf ihre Gesundheit achten sollen. Folgende Fragen können im Kontext der Beratung gestellt werden: Was tut Ihnen gut? Was hilft Ihnen? Was hat Ihnen bisher gutgetan? Was hat ihnen bisher geholfen?

Geplante Auszeiten und Momente der Erholung entfalten ihre gesundheitsfördernde Wirkung erst, wenn Angehörige dies mit ihrem Gewissen vereinbaren können (siehe Kapitel 4.1). Wenn sie Vertrauen in das Unterstützungssystem haben, werden Angehörige Auszeiten wahrscheinlich eher wahrnehmen. In der Sozialberatung soll den Angehörigen nahegelegt werden, dass es bedeutsam ist, gewisse Gewohnheiten und Freizeitaktivitäten aufrechtzuerhalten und dass Gewohnheiten Sicherheit und Orientierung gewähren.

In Anbetracht des Befunds, dass das soziale Netz eine zentrale Ressource für Angehörige darstellt, kommt der Sozialberatung im Akutspital auch die Aufgabe zu, die Bedeutung sozialer Kontakte zu erläutern. Die Aufrechterhaltung derselben kann sozialen Ausschluss und soziale Isolation verhindern und folglich zur Gesundheit der Angehörigen beitragen.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Angehörigen beitragen, indem die Gesundheit in Beratungen thematisiert wird.

Die Fachkräfte der Sozialberatung im Akutspital können zudem einen wichtigen Beitrag zur Erschliessung von Unterstützungsangeboten leisten, indem sie den Angehörigen verschiedene passende Entlastungsmöglichkeiten vorstellen. Bestenfalls wird diese Erläuterung durch die Mitgabe von Broschüren oder Flyern ergänzt, sodass die Angehörigen auch zu einem späteren Zeitpunkt auf die Unterstützungsangebote zurückgreifen können. Aufgrund der Vielfalt derselben ist ein gesondertes diesbezügliches Wissen der Sozialarbeitenden von hoher Bedeutung. Neben den zentralen Ressourcen des Familien- und Bekanntenumfeldes bilden Beratungsstellen wie FRAGILE Suisse und Pro Infirmis, private oder öffentliche Spitex, Entlastungsdienste inklusive

Kinderbetreuungsdiensten, Selbsthilfegruppen, Haushaltshilfen, Mahlzeitendienste und Sozialdienste Beispiele für Unterstützungsangebote. Nicht zu vergessen sind Unterstützungsangebote anderer Professionen wie der Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie und Physiotherapie.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen die Angehörigen frühzeitig mit passenden Unterstützungsangeboten vernetzen.

Damit die Weiterbegleitung gewährleistet ist, können die Fachkräfte der Sozialberatung im Akutspital die Angehörigen nach ihrem Einverständnis für eine Fallübergabe an die nachfolgende Institution oder an eine geeignete Beratungsstelle fragen. Je nachdem erfolgt dann die Kontaktaufnahme durch die Beratungsstelle und nicht durch die Angehörigen, wodurch den Angehörigen die Überwindung, selbst anzurufen oder vorbeizugehen, erspart wird. Eine Fallübergabe an eine nachfolgende Beratungsstelle empfiehlt sich und hat eine präventive Wirkung.

Falls Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals Angehörige nach dem stationären Aufenthalt nicht weiterbegleiten können, soll eine Fallübergabe an eine nachfolgende Beratungsstelle geprüft werden.

Die Koordination und Bewältigung des Alltags, der von der Vereinbarkeit von Spitalbesuchen, Terminen, Kinderbetreuung und Erwerbsarbeit geprägt sein kann, ist für Angehörige belastend. Eine sorgfältige Organisation und Hilfe bei der Koordination sind notwendig, um Angehörige zu entlasten und somit zu schützen. Wie die Interviewergebnisse zeigen, bedarf es einer kontinuierlichen Unterstützung der Angehörigen, sodass die Betreuung im häuslichen Umfeld erfolgreich beginnen kann und die Bewältigung der Koordinations- und Organisationsaufgaben sowie die Informationsübermittlung sichergestellt sind.

Da bei Angehörigen in der Akutphase das Bedürfnis nach einer umfassenden Information über das Ereignis, Prognosen, alltagsbezogene Auswirkungen und praktische Inhalte besteht, empfiehlt es sich, dass Sozialarbeitende vermehrt Rundtischgespräche mit dem interdisziplinären Team organisieren. So sammelt sich Expertinnenwissen und Expertenwissen an einem Platz, was einen Gewinn für die Angehörigen darstellt. Es geht darum, die Angehörigen in das Geschehen miteinzubeziehen, sie ebenfalls als Expertinnen oder Experten zu betrachten und mit ihnen den Spitalaustritt der betroffenen Person zu planen. Ein organisierter Austritt der betroffenen Person kann die Belastungen der Angehörigen minimieren.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen sich für Angehörige einsetzen und vermehrt Rundtischgespräche organisieren.

Wie in dieser Bachelor-Thesis deutlich wurde, sind Angehörige von der Krankheit oder vom Unfall der nahestehenden Person mitbetroffen. In der Einleitung wurde diesbezüglich von Patientinnen und Patienten zweiter Ordnung gesprochen (siehe Kapitel 1.1). Es ist erforderlich, dass im gesamten interdisziplinären Team hierfür ein Bewusstsein geschaffen wird, Angehörige wahrgenommen werden, Anerkennung erhalten und einbezogen werden.

Wie erläutert wurde, gibt es Angehörige, die eine Reduktion des Arbeitspensums oder eine Kündigung ihrer Arbeitsstelle zugunsten der Betreuung der betroffenen Person in Erwägung ziehen. Im Rahmen der Sozialberatung im Akutspital sollen Angehörige über die möglichen Konsequenzen eines solchen Schritts aufgeklärt werden.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen erwerbstätige Angehörige über die Konsequenzen einer Reduktion des Arbeitspensums im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit aufklären und mit ihnen mögliche Lösungsvorschläge erarbeiten.

In der für Angehörige oftmals überfordernden Akutphase kann es sich bewähren, wenn Sozialarbeitende die Angehörigen hinsichtlich der Kommunikation mit Sozialversicherungen direkt entlasten, indem sie gegenüber diesen eine anwaltschaftliche Funktion einnehmen. Dies erfordert von den Sozialarbeitenden vertiefte Kenntnisse im Sozialversicherungsrecht. In Anbetracht der Komplexität der sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen ist es unumgänglich, dass Angehörige in diesem Bereich professionelle Unterstützung erhalten. Es geht dabei nicht darum, Angehörigen die Komplexität der Sozialversicherungssysteme im Detail zu erklären, sondern um Entlastung und schliesslich auch um Gesundheitsförderung und Prävention im Hinblick auf die Angehörigen.

In der Akutphase, die von Schock, Ungewissheit und Emotionen geprägt ist, sollen Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals vermehrt anwaltschaftlich handeln.

Die Fachkräfte der Sozialarbeit im Akutspital können durch rechtzeitige Interventionen im Zusammenhang mit Sozialversicherungen Fehlerquellen, Rechtsstreitigkeiten und langjährige und belastende Verfahren verhindern. Es kann folglich einen präventiven und gesundheitsfördernden

Effekt auf Angehörige haben, wenn die Sozialberatung im Akutspital beispielsweise medizinische Berichte mitformuliert, in denen die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person beurteilt wird. Sozialarbeitende mit vertieften Kenntnissen im Sozialversicherungsrecht wissen beispielsweise um Schwerpunkte im Kontext der IV und sind sicher im Umgang mit dem sozialversicherungsrechtlichen Fachvokabular.

Finanzielle Themen sind häufige Anliegen der Angehörigen während eines Beratungsgesprächs im Spital. Wie in Kapitel 4.4 beschrieben wurde, können finanzielle Schwierigkeiten Personen daran hindern, externe Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Umso wichtiger ist es, dass Sozialarbeitende mit Angehörigen deren potentielle Möglichkeiten besprechen. Entgegen der Erwartungen der Verfasserinnen wurden in den Interviews die Möglichkeiten von Fondsgesuchen für finanzielle Hilfe und Schuldenberatungsstellen nicht erwähnt. Unter Umständen können diese weitere gesundheitsfördernde und präventive Massnahme darstellen.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen mit Angehörigen finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten thematisieren.

6.2 Handlungsaufforderungen innerhalb des Akutspitalkontexts

Innerhalb der fixierten strukturellen und rechtlichen Grenzen des Spitalkontexts sind für die Sozialberatung im Akutspital Handlungsspielräume in geringerem Masse vorhanden als in der Langzeitsozialberatung (siehe Kapitel 4.4). Es ist erforderlich, dass dieser Handlungsspielraum innerhalb der genannten Grenzen entsprechend genutzt wird, um die Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention, die zum Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit gehören, erreichen zu können. Hierzu ist es unabdingbar, dass die entsprechenden Zielgruppen erreicht werden können und ihnen ein Zugang zur Sozialberatung im Akutspital gewährt wird. Wie die Diskussion zeigte, wirkt sich die Optimierung gewisser Abläufe innerhalb des Spitalkontextes indirekt positiv auf die Gesundheit der Angehörigen aus. Wissen Angehörige über das Angebot und die Themengebiete der Sozialberatung im Akutspital Bescheid, so ist es wahrscheinlich, dass sie sich in einem der Gebiete wiederfinden und Kontakt mit der Beratungsstelle aufnehmen.

Auf den Stationen des Akutspitals soll auf das Angebot der internen Sozialberatung beispielsweise durch Flyer oder Aushänge aufmerksam gemacht werden.

Die Verfasserinnen schlagen vor, den Dokumenten, welche Personen mit einer Hirnverletzung beim Spitalaustritt vom medizinischen Personal erhalten, einen Flyer oder eine Broschüre des

Angebots von Fach- und Beratungsstellen, welche für die Langzeitbegleitung geeignet sind, beizulegen. So erhalten auch Angehörige die Chance, sich an eine Ansprechperson zu wenden, die während des stationären Aufenthalts keinen Kontakt mit der Sozialberatung im Akutspital hatten, unerkannt blieben, nicht erreicht wurden oder die zu diesem frühen Zeitpunkt noch keinen Beratungsbedarf hatten.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen den Austrittsdokumenten Kontaktangaben von entsprechenden Beratungsstellen beigelegen.

Die Sozialberatung im Akutspital kann Aufklärungsarbeit im interdisziplinären Team leisten, ohne dabei das professionelle Wissen anderer Professionen in Frage zu stellen. Gewinnbringende Interdisziplinarität setzt Kommunikationsfähigkeit, Zusammenarbeit und die Bereitschaft zur Weiterentwicklung voraus und bildet eine Chance, eine Situation aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten.

Da die Sozialberatung (noch) kein anerkannter Gesundheitsberuf ist und vermutlich aus diesem Grund im Spitalalltag bisher eine eher unscheinbare Rolle einnimmt, ist es umso relevanter, dass Angehörige anderer Professionen über das Angebot und das Tätigkeitsfeld der Sozialberatung im Akutspital Bescheid wissen. Somit können sie besser erkennen, ob Themen der Angehörigen in das Tätigkeitsfeld der Sozialberatung fallen, wodurch (potentielle) Schwierigkeiten eher erkannt und angegangen werden können.

Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen das Fachpersonal der anderen Disziplinen und Professionen auf das Angebot der Sozialberatung aufmerksam machen und sie darüber aufklären, was ihre Themengebiete sind.

7 Schlussfolgerungen

Im vorliegenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Diskussion zusammengefasst und in einer übersichtlichen Auflistung präsentiert. Mit der Beantwortung der Fragestellung, dem Aufzeigen der erfahrenen Grenzen der vorliegenden Arbeit sowie einem Ausblick wird die Bachelor-Thesis abgeschlossen.

7.1 Beantwortung der Fragestellung

In diesem Kapitel erfolgt die Beantwortung der anfänglich formulierten forschungsleitenden Fragestellung:

Welche Erkenntnisse aus der Langzeitsozialberatung von Angehörigen von Menschen mit einer Hirnverletzung geben Hinweise auf gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen, die bereits von der Sozialberatung während des Akutspitalaufenthalts für betreuende Angehörige getroffen werden können?

Zu den wichtigsten Erkenntnissen aus der Langzeitsozialberatung gehören zusammenfassend: das Wissen um eine Ansprechperson, der Einbezug der Angehörigen, die Thematisierung von verschiedenen Anliegen der Angehörigen, die Aufklärungsarbeit, die Entlastung bei sozialversicherungsrechtlichen Themen und die Vernetzung mit geeigneten Unterstützungsangeboten. Alle Massnahmen der Sozialberatung zielen darauf ab, Orientierung und Sicherheit zu vermitteln. Ebenfalls wurde die Erkenntnis gewonnen, dass die Sozialberatung im Akutspital mit ihrem erleichterten Zugang zu unterschiedlichen Professionen eine grosse Chance im Hinblick auf den Beratungskontext darstellt. Innerhalb der fixierten strukturellen und rechtlichen Grenzen haben Fachkräfte für Soziale Arbeit verschiedene Interventionsmöglichkeiten.

Durch die Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen und der empirischen Forschung können im Folgenden die erarbeiteten Antworten im Hinblick auf die Fragestellung dargestellt werden. Im Diskussionsteil, in welchem die Verknüpfung der theoretischen Grundlagen mit den Ergebnissen der empirischen Forschung erfolgte, konnten zentrale Handlungsaufforderungen für die Sozialberatung im Akutspital abgeleitet werden. Die in Kapitel 6 erarbeiteten Handlungsaufforderungen werden in der folgenden Übersicht zusammengefasst:

Handlungsaufforderungen in der Angehörigenarbeit

- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen für Angehörige eine niederschwellige, zugängliche und vertrauensvolle Anlaufstelle und Ressource darstellen.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen Angehörige auf ihre Anliegen ansprechen, Empathie zeigen, offene Fragen stellen und die anspruchsvolle Situation würdigen.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen mittels Aufklärungsarbeit bei Angehörigen Orientierung und Sicherheit vermitteln, was eine gesundheitsfördernde und präventive Wirkung hat.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen Wissen mit Hilfe visueller Veranschaulichungen vermitteln.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Angehörigen beitragen, indem die Gesundheit in Beratungen thematisiert wird.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen die Angehörigen frühzeitig mit passenden Unterstützungsangeboten vernetzen.
- Falls Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals Angehörige nach dem stationären Aufenthalt nicht weiterbegleiten können, soll eine Fallübergabe an eine nachfolgende Beratungsstelle geprüft werden.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen sich für Angehörige einsetzen und vermehrt Rundtischgespräche organisieren.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen erwerbstätige Angehörige über die Konsequenzen einer Reduktion des Arbeitspensums im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit aufklären und mit ihnen mögliche Lösungsvorschläge erarbeiten.
- In der Akutphase, die von Schock, Ungewissheit und Emotionen geprägt ist, sollen Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals vermehrt anwaltschaftlich handeln.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen mit Angehörigen finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten thematisieren.

Handlungsaufforderungen innerhalb des Akutspitalkontexts

- Auf den Stationen des Akutspitals soll auf das Angebot der internen Sozialberatung beispielsweise durch Flyer oder Aushänge aufmerksam gemacht werden.
- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen den Austrittsdokumenten Kontaktangaben von entsprechenden Beratungsstellen beigelegen.

- Fachkräfte der Sozialberatung des Akutspitals sollen das Fachpersonal der anderen Disziplinen und Professionen auf das Angebot der Sozialberatung aufmerksam machen und sie darüber aufklären, was ihre Themengebiete sind.

Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung befinden sich in einer vulnerablen Situation und sind daher auf einen niederschwelligen Zugang zur Sozialberatung im Akutspital und deren Interventionen angewiesen. Die unterschiedlichen Handlungsaufforderungen an die Sozialberatung im Akutspital, welche vor allem die Aufklärungsarbeit und die Wissensvermittlung betreffen, sollen Orientierung und Sicherheit schaffen und die Angehörigen ihren Bedürfnissen entsprechend begleiten.

Im Rahmen der Sozialberatung im Akutspital können Angehörige von Menschen mit einer Hirnverletzung unterstützt werden und der Start des Marathons, wie im Eingangszitat dieser Arbeit genannt, kann durch gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen begünstigt werden. Durch die Verminderung von Risiken und die Stärkung von Schutzfaktoren nimmt die Sozialberatung im Akutspital eine bedeutende Rolle ein.

7.2 Reflexion und Limitationen der Bachelor-Thesis

In diesem Kapitel wird im ersten Teil das methodische Vorgehen der empirischen Forschung reflektiert. Die folgenden Punkte geben Hinweise darauf, was bei einer folgenden wissenschaftlichen Arbeit besser oder anders umgesetzt werden könnte. Im zweiten Teil wird auf die Limitationen der Bachelor-Thesis eingegangen.

Die Eingrenzung des Themas wie das Alter der Angehörigen sowie der Personen mit einer Hirnverletzung würden die Verfasserinnen bei einer erneuten Datenerhebung konkreter vornehmen, damit das Interview auf einer gemeinsamen Grundlage aufgebaut werden kann. Trotz Telefonaten und E-Mails mit den Interviewteilnehmenden, welche relevante Informationen zum Forschungsvorhaben beinhalteten, sowie dem vorgängig zugestellten Leitfaden, war die Gesprächsgrundlage nicht für alle Befragten von Beginn an klar, was sich an den Rückfragen während der Interviews zeigte.

Zudem stellte sich im Zuge der Durchführung der Interviews heraus, dass die vorbereiteten Leitfragen des Fragebogens teilweise zu lang und zu komplex formuliert waren. Vereinzelt wurden eine Hauptfrage sowie eine darauf aufbauende Frage gemeinsam gestellt, was dazu führte, dass die Fragen wiederholt werden mussten. Daraus resultierten kleine Unterbrechungen, was durch die Verwendung kürzerer Fragen verhindert werden könnte.

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erwies sich als geeignet, da die Zusammenarbeit produktiv und die daraus resultierenden Ergebnisse aufschlussreich waren. Der Einbezug des Praxisumfeldes lieferte zusätzliche Erkenntnisse betreffend Haltungen und Handlungen aus der alltäglichen Arbeit der Sozialarbeitenden.

Die Wahl der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) erwies sich ebenfalls als passend für die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit. Mit Hilfe des systematischen Ablaufmodells der zusammenfassenden Inhaltsanalyse waren die einzelnen Schritte gut umsetzbar und das Modell gewährte Orientierung und Sicherheit im Arbeitsprozess.
Die Kategorienbildung der Ergebnisse führte zu Beginn zu Schwierigkeiten, weshalb in dieser Phase unter den Verfasserinnen Diskussionen geführt wurden und entsprechend viel Zeit aufgewendet wurde. Zu Beginn der Kategorienbildung wurden sieben Kategorien gebildet: «Belastungsverläufe», «Warnzeichen für (Über-)Belastung», «Kernthemen der Angehörigen», «Strukturelle und rechtliche Hindernisse», «Interdisziplinarität» und «Unterstützende Interventionen». Da während des Arbeitsprozesses Überschneidungen festgestellt wurden, bedurfte es Anpassungen und Konkretisierungen durch präzisere Definitionen der Kriterien.

Die am Anfang gebildete Hauptkategorie «Warnzeichen für (Über-)Belastung» wurde als Subkategorie in die Hauptkategorie «Belastungserleben» integriert. Auch die Titel der Hauptkategorien und der dazugehörigen Subkategorien wurden wiederholt angepasst. Dabei stellte die Abgrenzung der unterschiedlichen Kategorien eine Herausforderung dar, da eine trennscharfe Abgrenzung nicht immer möglich war.

Die Verfasserinnen schätzten das gemeinsame Erarbeiten der Bachelor-Thesis. Die Zusammenarbeit führte zu vielen Vorteilen, wobei vor allem die Gefahr von blinden Flecken durch die gegenseitige Kontrolle minimiert werden konnte. Der regelmässige Austausch war für die empirische Arbeit unerlässlich und führte zu einem produktiven Arbeitsprozess.

Während der Erarbeitung der Bachelor-Thesis konnten mehrere Limitationen festgestellt werden. Die Herausarbeitung allgemeingültiger Massnahmen erwies sich als schwierig, da die Zusammenarbeit mit Menschen individuell ist, worauf auch die Befragten zu Beginn der Interviews hinwiesen. Durch die herangezogenen Modelle konnten Anhaltspunkte gewonnen werden, Verarbeitungsprozesse, kognitive Verhaltensmuster, Bewältigungsstrategien, Bedürfnisse und Ressourcen sind jedoch unterschiedlich und subjektiv, was die Ableitung konkreter und allgemeingültiger Massnahmen erschwerte.

Auch die oftmals knapp bemessenen zeitlichen Ressourcen der Sozialarbeitenden im Akutspital zeigten Grenzen auf und erschwerten es, Interventionen herauszuarbeiten, im Wissen darum, dass ihre Umsetzung sich aufgrund der fehlenden zeitlichen Ressourcen als schwierig gestaltet.

Grenzen der empirischen Arbeit finden sich auch in den zeitlichen Vorgaben der Bearbeitungsdauer der Berner Fachhochschule sowie dem vorgegebenen Umfang der Arbeit. Im vorgegebenen Zeitrahmen konnten nicht mehr als vier Interviews durchgeführt werden, was in einer kleinen Samplingauswahl resultierte.

7.3 Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde vorrangig die Mikro- und Mesoebene untersucht. In einer anknüpfenden Forschung könnte der Fokus verstärkt auf die Makro- und Mesoebene gelegt werden, im Rahmen derer es weniger um die Verhaltensprävention auf der Ebene des Individuums geht, sondern um die Verhältnisprävention. Sie wird auch strukturelle Prävention genannt, weil sie an den Rahmenbedingungen anknüpft, die durch die Angehörigen selbst nicht beeinflussbar sind. Die Verhältnisprävention bezieht sich auf Veränderungen der Lebens- und Umweltbedingungen in den Bereichen Familie, Arbeitsbedingungen, Freizeitgestaltung und Umwelt und zielt darauf ab, Risikofaktoren zu minimieren beziehungsweise einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Angehörigen zu schaffen. Beispiele für Interventionen der Verhältnisprävention sind mehrstündige und finanzierbare Entlastungsmöglichkeiten zu Hause, die Errichtung von Tagesstätten für junge Erwachsene mit einer Hirnverletzung, die Sensibilisierung in Unternehmen im Hinblick auf Betreuungsarbeit und die bessere Kombinierbarkeit von Betreuung und Beruf. Mit der Verabschiedung des neuen Bundesgesetzes im Obligationenrecht vom 20. Dezember 2019 (OR; BBl 2019 8667) soll die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung verbessert werden. Das Bundesgesetz wurde am 1. Januar 2021 in einer ersten Etappe und am 1. Juli 2021 in einer zweiten Etappe in Kraft gesetzt (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2020). Auch das Förderprogramm des BAG *Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020* (siehe Kapitel 1.2 und 2.1.1) zielte darauf ab, bedarfsgerechte Entwicklungen anzustossen. In weiteren Forschungsarbeiten könnte untersucht werden, inwiefern die genannten Programme beziehungsweise Gesetze die Situation der Angehörigen verändern.

Wenn Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit der Ottawa-Charta gemäss Lindström und Eriksson (2019, S. 89) unter anderem auf dem Prinzip der Nachhaltigkeit basiert, so zeigt sich durch die Forschungsergebnisse der vorliegenden Bachelor-Thesis, dass dieses Ziel in der Sozialberatung im Akutspital ausbaufähig bleibt. Zur Optimierung des Angebots müsste eine

ambulante Dienstleistung angeboten werden, sodass Angehörige über einen längeren Zeitraum begleitet werden können und weiterhin Zugang zu verschiedenen Wissensquellen erhalten.

Im Jahr 2014 wurde durch Avenir Social eine Stellungnahme für die Vernehmlassung der Sozialen Arbeit zum Gesundheitsberufegesetz an das BAG eingereicht (Avenir Social, 2014, S. 1-4). Wie in Kapitel 2.2.1 erläutert, ist die Soziale Arbeit noch nicht im aktuellen Gesundheitsberufegesetz verankert. Die Anerkennung als Gesundheitsberuf könnte dazu führen, dass die Sozialberatung im Akutspital auch ein ambulantes Angebot bereitstellen kann und die Chance der verschiedenen Wissensquellen an einem Ort bestehen bleibt, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit der Angehörigen auswirken kann. Diese Hypothesen könnten im Fall einer Verankerung im Gesundheitsberufegesetz im Rahmen weiterführender Forschungsarbeiten genauer analysiert werden.

8 Literaturverzeichnis

Ansen, Harald, Gödecker-Geenen, Norbert & Nau, Hans. (2004). *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Antonovsky, Aaron. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, Aaron. (1987). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass.

Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Alexa Franke, Übers.). Tübingen: Dgvt-Verlag.

Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [PDF]. Abgerufen von http://www.avenirsocial.ch/de/berufsethik

Avenir Social. (2014). *Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung zum Gesundheitsberufegesetz Soziale Arbeit ist ein Gesundheitsberuf* [PDF]. Abgerufen von http://www.avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Stellungnahme_Gesundheitsberufegesetz_AvenirSocial.pdf

Behme-Matthiessen, Ulrike & Pletsch, Thomas. (2020). *Lehrbuch der Multifamilientherapie*. doi: 10.1007/978-3-662-61196-8

Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine & Willmann, Hildegard. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6*, 23-60. Abgerufen von http://www.springer.com

Bienz, Barbara & Reinmann, Arlette. (2004). *Sozialarbeit im Krankenhaus: Aufgaben, Methoden, Ziele*. Bern: Haupt.

Bronfenbrenner, Urie. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambrigde: Hanrvard University Press.

Brügger, Sarah, Jaquier, Adrienne & Sottas, Beat. (2016). Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 49*, 138-142. doi: 10.1007/s00391-015-0940-x

Brügger, Sarah, Sottas, Beat, Rime, Sylvie & Kissmann, Stefan. (2019). *Koordination von Betreuung und Pflege aus Sicht der betreuenden Angehörigen* [PDF]. doi: 10.13140/RG.2.2.23263.41122

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2020). *Synthesebericht: Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020»*. Abgerufen von http://www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige

Bundesamt für Sozialversicherungen. (2020). *Inkrafttreten des Bundesgesetzes zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen* [Website]. Abgerufen von http://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-80596.html

Burmeister, Jürgen. (2017). Bedürfnisse. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8. Aufl., S. 84). Baden-Baden: Nomos.

Coco, Kirsi, Tossavainen, Kerttu, Jääskeläinen, Juha Erik & Turunen, Hannele. (2011). Support for traumatic brain injury patients' family members in neurosurgical nursing: a systematic review. *Journal of Neuroscience Nursing, 43*(6), 337-348. doi: 10.1097/JNN.0b013e318234ea0b

Dehmel, Stefanie. (2007). Klinische Sozialarbeit als professionelle soziale Unterstützung. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 17-34). Abgerufen von http://www.content-select.com

Dietscher, Christina & Pelikan, Jürgen. (2016). Soziologie der Krankheitsprävention. In Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 417-434). doi: 10.1007/978-3-658-11010-9_29

Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten. (2018). *Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.) [PDF]. Abgerufen von www.audiotranskription.de

Eriksson, Monika & Lindström, Bengt. (2006). Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*(5), 376-381. doi: 10.1136/jech.2005.041616

Eriksson, Monika & Mittelmark, Maurice. (2017). The sense of coherence and its measurement. In Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström & Geir Arild Espnes (Hrsg.), *The handbook of salutogenesis* (S. 97-106). doi: 10.1007/978-3-319-04600-6_12

Ernst, Jochen, & Weissflog, Gregor. (2013). Gemeinsam stark - Angehörige als Unterstützung. *Heilberufe, 65*(7-8), 56-59. doi.org/10.1007/s00058-013-0761-5

FRAGILE Suisse. (n.d.). *Finanzielle Gerechtigkeit für Angehörige* [Website]. Abgerufen von www.fragile.ch/news-detail/finanzielle-gerechtigkeit-fuer-angehoerige

FRAGILE Suisse. (2014). *Hirnverletzung - eine Familienangelegenheit* [PDF]. Abgerufen von http://www.fragile.ch/broschueren-hirnverletzung

FRAGILE Suisse. (2017a). *Angehörige einbeziehen und das Familiensystem stützen* [PDF]. Abgerufen von http://primary-hospital-care.ch/online-magazine/post/fragile-suisse

FRAGILE Suisse. (2017b). *Leben mit einer Hirnverletzung: Din Leitfaden für Betroffene und deren Angehörige* [PDF]. Abgerufen von www.fragile.ch/broschueren-hirnverletzung

FRAGILE Suisse. (2019). *Positionspapier von* FRAGILE *Suisse: Betreuende Angehörige von Menschen mit Hirnverletzung* [PDF]. Abgerufen von www.fragile.ch

FRAGILE Suisse. (2021a). *Hirnverletzungen - Ursachen und Prävention* [PDF]. Abgerufen von www.fragile.ch/broschueren-hirnverletzung

FRAGILE Suisse. (2021b). *Für Menschen mit Hirnverletzung und Angehörige* [Website]. Abgerufen von www.fragile.ch

Franzkowiak, Peter. (2006). *Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. München: Reinhardt Verlag.

Friedli, Thomas & Hošek, Martin. (2013). Sozialarbeit im Spital trägt zum Behandlungserfolg bei. *Zeitschrift für Sozialhilfe: ZESO, 110*(1), 30-31. doi: 10.5169/seals-839677

Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönnau-Böse, Maike. (2017). Resilienz. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8. Aufl., S. 84). Baden-Baden: Nomos.

Gabriel-Schärer, Pia & Meier Magistretti, Claudia. (2019). Salutogenese und Soziale Arbeit - Gemeinsamkeiten und Lernfelder. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 221-234). doi: 10.1024/85768-000

George, Wolfgang. (2006). *Als Angehörige zwischen Patient und Gesundheitssystem*. Abgerufen von http://www.researchgate.net

Gervasio, Amy Herstein & Kreutzer, Jeffrey. (1997). Kinship and family members' psychological distress after traumatic brain injury: A large sample study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 12*(3), 14-26. doi: 10.1097/00001199-199706000-00003

Gesundheitsförderung Schweiz. (2019). *Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Mensch* [PDF]. Abgerufen von http://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikation

Gillen, Robert, Tennen, Howart, Affleck, Glenn & Steinpreis, Rhea. (1998). Distress, depressive symptoms, and depressive disorder among caregivers of patients with brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 13*(3), 31-43. doi: 10.1097/00001199-199806000-00004

Gödecker-Geenen, Norbert. (2005). Sozialarbeit im Krankenhaus. In Karlheinz Ortmann & Heiko Waller (Hrsg.), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit - Eine Erkundung der Praxisfelder* (S. 18-34). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Grässel, Elmar & Behrndt, Elisa-Marie. (2016). Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Gress, Jürgen Klauber & Antje Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016*. Abgerufen von http://www.wido.de/publikationen-produkte/publikationsdatenbank/

Grau, Hannes, Grässel, Elmar, Berth, Hendrik. (2015). The subjective burden of informal caregivers of persons with dementia: extended validation of the German language version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC). *Aging Ment Health, 19*(2), 159-168. doi: 10.1080/13607863.2014.920296

Greusing, Marie, Haldemann, Anouk, Winiger, Mathias, Michel, Claudia & Ammann, Eva Soom. (2021). *Aider les Proches Aidants (APA): Histoires de proches aidantes* [PDF]. Abgerufen von http://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/gefoerderte-projekte/aider-les-proches-aidants.html

Homfeld, Hans Günther. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss der Sozialen Arbeit – Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 489-504). doi: 10.1007/978-3-531-94311-4_30

Kaiser, Robert. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. doi: 10.1007/978-3-658-02479-6

Kaspar, Heidi, Arrer, Eleonore, Berger, Fabian, Hechinger, Mareike, Sellig, Julia, Stängle, Sabrina, Otto, Ulrich & Fringer, André. (2019). *Unterstützung für betreuende Angehörige in Einstiegs-, Krisen- und Notfallsituationen* [PDF]. Abgerufen von http://www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige-programmteil1

Kennan, Alanna & Joseph, Lynn. (2010). The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing, 32*(3), 25-35. Abgerufen von http://www.openurl.ebsco.com

Klinik Lengg. (n.d.). Startseite [Website]. http://www.kliniklengg.ch/

Koppelin, Frauke. (2008). *Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger: Theorien, Methoden, Forschungsbeiträge*. Bern: Verlag Hans Huber.

Köppel, Monika. (2010). *Salutogenese und Soziale Arbeit*. Lage: Jacobs Verlag.

Lefebvre, Hélèle & Levert, Marie-Josée. (2012). The close relatives of people who have had a traumatic brain injury and their special needs. *Brain Injury, 26*(9), 1084-1097. doi: 10.3109/02699052.2012.666364

Lezak, Muriel Deutsch. (1986). Psychological Implications of traumatic brain damage for the patient's family. *Rehabilitation Psychology*, *31*, 241-250.

Lindström, Bengt & Eriksson, Monika. (2019). Teil 1: Grundlagen der Salutogenese. Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 23-107). doi: 10.1024/85768-000

Lorenz, Rüdiger. (2016). S*alutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Loss, Julika, Warrelmann, Berit & Lindacher, Verena. (2016). Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte und Vorgehensweisen. In Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 435-449). doi: 10.1007/978-3-658-11010-9_29

Mattig, Thomas. (2019). Salutogenese in der (iner-)nationalen Gesundheitspolitik: Der Kohärenzsinn - ein politischer Sinn?. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 201-205). doi: 10.1024/85768-000

Mayring, Philipp. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. überarb. Aufl.). Abgerufen von http://www.content-select.com

Mayring, Philipp. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

McCullagh, Emily, Brigstocke, Gavin, Donaldson, Nora & Kalra, Lalit. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke, 36*(10), 2181-2186. doi: 10.1161/01.STR.0000181755.23914.53

Meier Magistretti, Claudia. (2019). Einleitung. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 17-22). doi: 10.1024/85768-000

Meier Magistretti, Claudia, Topalidou, Anastasia & Meinecke, Franziska. (2019). Sense FOR Coherence – der Sinn FÜR Kohärenz: Annäherungen an ein mögliches Konzept. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 119-136). doi: 10.1024/85768-000

Misoch, Sabina. (2019). *Qualitative Interviews* (2. Aufl.). Berlin: De Gruyter.

O'Connell, Bev, Baker, Linda & Prosser, Amy. (2003). The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute and community settings. *Journal of Neuroscience Nursing, 35*(1), 21-28. doi: 10.1097/01376517-200302000-00006

O'Connell, Bev, Baker, Linda. (2004). Managing as Carers of Stroke Survivors: Strategies from the Field. *International journal of nursing practice*, *10*(3), 121-126. doi: 10.1111/j.1440-172X.2004.00469.x

Ortmann, Karlheinz & Waller, Heiko. (2005). Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In Karlheinz Ortmann & Heiko Waller (Hrsg.), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit - Eine Erkundung der Praxisfelder* (S. 2-16). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Pauls, Helmut. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung.* Weinheim: Juventa.

Pearlin, Leonard Irving, Mullan, Joseph, Semple, Shirley & Skaff, Marilyn. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, *30*, 583-594.

Pearlin, Leonard Irving. (1999). The stress process revisited. Reflections on concepts and their interrelationship. In Carol Aneshensel & Jo Phelan (Hrsg.), *Handbook of sociology of mental health* (*S. 395-415).* doi: 10.1007/978-0-387-36223-6

Pelletier, PM & Alfano, Dennis P. (2000). Depression, social support and family coping following traumatic brain injury. *Brain and Cognition, 44*(1), 45-49. doi.org/10.1016/S0278-2626(20)30187-1

Pinquart, Martin & Sörensen, Silvia. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging, 18*(2), 250-267. doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250

Pinquart Martin & Sörensen Silvia. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis.*The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 62*(2), 126-137. doi: 10.1093/geronb/62.2.p126

Pössl, Josef & Kühne, Wolfgang. (2010). Angehörige in der Rehabilitation: Beratung - Unterstützung - Perspektiven. In Peter Frommelt & Hubert Lösslein (Hrsg.), *Neuro-Rehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams* (S. 441-457). Abgerufen von http://www.springer.com

Reifegerste, Doreen. (2019). *Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation: Modelle, Funktionen und Strategien*. doi: 10.1007/978-3-658-25031-7

Rothgang, Heinz & Müller, Rolf. (2018). Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. *Barmer Pflegereport, 12*, 100-189. Abgerufen von http://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf

Ruckstuhl, Brigitte. (2020). *Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive* (2. Aufl.). Abgerufen von http://www.content-select.com

Sammler, Ina. (2003). *Geschlechtsunterschiede bei der Bewältigung der Pflege demenzkranker Angehöriger* (Diplomarbeit, Institut für Psychogerontologie der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg). Abgerufen von http://www.alzheimerforum.de/2/6/26inh.html

Schubert, Franz-Christian. (2017). Ressource. In Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8. Aufl., S. 719-720). Baden-Baden: Nomos.

Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) & AvenirSocial. (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* [PDF]. Abgerufen von http://www.sages.ch

Tröster, Heinrich. (2009). *Früherkennung im Kindes- und Jugendalter: Strategien bei Entwicklungs-, Lern- und Verhaltensstörungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Verhaeghe, Sofie, Defloor, Tom & Grypdonck, Mieke. (2005). Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 1004-1012. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01126.x

Von Kardorff, Ernst & Schönberger, Christine. (2005). Angehörige in der Rehabilitation: Voraussetzungen für eine professionelle Begleitung in eine neue Realität. In Claudia Wendel, Sabine Heel, Gabriele Lucius-Hoene & Wolfgang Fries (Hrsg.), *Zukunftswerkstatt Klinische Neuropsychologie. Therapeutische Verortungen und Visionen* (S. 133-154). Regensburg: Roderer Verlag.

Wettstein, Felix. (2019). Salutogenese als Thema der Hochschulbildung. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 257-268). doi: 10.1024/85768-000

Wilz, Gabriele & Meichsner, Franziska. (2012). Einbezug von Familienangehörigen chronisch Kranker in einer Arzt-Patient-Kommunikation. *Bundesgesundheitsblatt, 55*(9), 1125-1131. doi: 10.1007/s00103-012-1532-1

World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* [PDF]. Abgerufen von http://www.euro.who.int

Zöller, Maria. (2019). “Salutogenes Gestaltungspotential” in der dualen Ausbildung in Deutschland - Anregungen für die Ausbildungspraxis. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 269-282). doi: 10.1024/85768-000