



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g

Fachbereich Gesundheit und Pflege

Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**DIE BELASTUNGEN DER PFLEGENDEN
ANGEHÖRIGEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ**

-

**LITERATUR- BZW. INTERNETRECHERCHE UND
INTERVIEWS**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of nursing and administration

Vorgelegt von: Claudia Priebe
Reitbahnweg 117
17034 Neubrandenburg

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0076-5

Betreuer: Prof. Dr. H.-J. Goetze

Zweitkorrektor: Prof. Dr. B. Bethke

Tag der Einreichung: 31.01.2008

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Forschungsfrage	3
2. Methodik	4
3. Begriffsdefinitionen	6
3.1 Was ist „Belastung“?	6
3.2 Was sind „Angehörige“?	6
3.3 Was ist „Demenz“?	8
4. Die Pflege- und Versorgungssituation in Zahlen	8
5. Einflussfaktoren auf das Belastungsempfinden	10
6. Belastungsmodelle	11
7. Instrumente zur Erfassung der Belastung	13
8. Belastungen	15
8.1 Krankheitsbedingte Veränderungen	16
8.2 Anpassung des Alltags	17
8.3 Zeitliche Beanspruchung	18
8.4 Fehlende Distanz	18
8.5 Belastungen der Familie	19
8.6 Rollenwechsel	21
8.7 Finanzielle Probleme	22
8.8 Einsamkeit bzw. Isolation	22
8.9 Zurücknahme eigener Gefühle und Bedürfnisse	23
8.10 Mangelnde Unterstützung	24
8.11 Fehlende Anerkennung	26
8.12 Verfügbarkeit von Informationen	26
8.13 Probleme im Umgang	27
8.14 Belastung der Gesundheit	28
8.14.1 Belastungen psychisch-psychosomatischer Natur	30
8.14.2 Belastungen physisch-psychosomatischer Natur	31
8.15 Hilflosigkeit und Machtlosigkeit	32
8.16 Schuldgefühle	33
8.17 Leid ansehen müssen	34
8.18 Ängste	35
9. Positive Effekte durch die Pflege	35
10. Fazit und Ausblick	36
Literaturverzeichnis	39
Eidesstattliche Erklärung	44
Anhang mit Anhangsverzeichnis	45

Einleitung

Im Rahmen Praxissemesters wurde ich damit beauftragt, an der Erstellung eines Tagespflegekonzepts für Menschen mit Demenz mitzuwirken. Daraus resultierten eine tiefgründige Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Demenz‘ und ein zunehmendes Interesse für die Situation der Angehörigen.

Bei der Recherche verschiedener Quellen in Büchern, Zeitschriften und im Internet wurde deutlich, dass die Betreuungs- und Pflegesituation vordergründig negativ behaftet ist. So äußern Zank, Schacke und Leipold (2006): „Ein Großteil der Literatur zu pflegenden Angehörigen ist der Belastung durch die Pflege, ihrer Bewältigung und den negativen Konsequenzen gewidmet.“ In Gesprächen mit den Angehörigen von Menschen mit Demenz an einem Informationsabend zur Demenz während des Praktikums wurde von den Angehörigen geäußert, dass sie sich starken Belastungen ausgesetzt (z.B. Verlust des Partners, wie man ihn kannte) und von der Gesellschaft vernachlässigt fühlen (z.B. keine Hilfe erhalten).

Aus diesem Grund soll versucht werden, die bestehenden Untersuchungsergebnisse (z.B. von Keck 1995, Blom & Duijnste 1999, Gräbel 1998 und Grond 2005) zu den Belastungen physischer, psychischer und sozialer Natur zusammenzufassen, aber auch die andere Seite, die Vorzüge der Betreuung und Pflege eines demenzkranken Angehörigen, zu betrachten.

Anfangs werden die Vorgehensweise dargelegt und wichtige Begriffe geklärt, dann wird aufgezeigt, wie die Versorgung zur Zeit erbracht wird. Belastungsmodelle, Einflussfaktoren auf das Belastungsempfinden und Instrumente zur Erfassung der Belastungen bilden den Übergang zu den Belastungen, die in Form von Kategorien herausgearbeitet wurden. Die positive Seite der Pflege und eine Zusammenfassung beenden diese Arbeit.

1. Forschungsfrage

Das Ziel bzw. der Zweck der Arbeit liegt nun darin, die Pflegesituation der Angehörigen, aber insbesondere die physischen, psychischen und sozialen Belastungen darzustellen. Da sich bereits viele Autoren (s.o.) mit dieser Problematik auseinandergesetzt haben, stellt sich die Frage:

„Welche physischen, psychischen und sozialen Belastungen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wurden in der Literatur und im Internet bisher erhoben und bestätigt sich damit das negative Bild von der Versorgungssituation, das im Voraus bestand?“ Die Hypothese lautet damit: „Pflegerische Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen sind physisch, psychisch und sozial stark belastet.“

2. Methodik

Die Vorgehensweise gestaltete sich folgendermaßen:

Es wurde eine Literatur- und Internetrecherche durchgeführt. Die *qualitative Inhaltsanalyse*, wie Mayring (2003, S.44) sie beschreibt, kam dabei zur Anwendung. Ich entschied mich für Mayring, da er einen „Pfad“ bzw. eine Art Leitfaden für die systematische Auswertung von Inhalten entwickelt hat.

„Ohne spezifische Fragestellung, ohne Bestimmung der Richtung der Analyse ist keine Inhaltsanalyse denkbar“ (Mayring 2003, S.50) und die Fragestellung war: „Welche physischen, psychischen und sozialen Belastungen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wurden bisher in der Literatur und im Internet erhoben?“ um die Hypothese zu belegen, dass pflegende Angehörige physisch, psychisch und sozial stark belastet sind.

Der Ablauf gestaltet sich in sieben Schritten, welche zu einem Kategoriensystem und damit dem Ergebnis der Analyse führen:

1. Analyseeinheiten (Ausgangsmaterial) bestimmen
 2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen
 3. Generalisierung der Paraphrasen
 4. Reduktion durch Selektion (Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen)
 5. Reduktion durch Bündelung und Integration von Paraphrasen
 6. Zusammenstellung zu einem Kategoriensystem
 7. Rücküberprüfung des Kategoriensystems am Ausgangsmaterial (ebd. S.60)
- Schritt 1: Das Material wurde anhand von Schlagworten eingegrenzt. Hierzu zählten vor allem Demenz (in allen Abwandlungen), pflegende Angehörige oder Familie, Belastungen, Entlastung und Auswirkungen.
 - Schritte 2: Die Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen erfolgte durch Zitierung der jeweiligen Passagen und Übertragung in eine Tabelle, wie Mayring sie vorgibt (Mayring 1997, S.64ff.). Auch Auszüge aus den zusätzlich durchgeführten Interviews finden sich hier wieder.
 - Schritt 3: Die Generalisierung beinhaltet eine Verkürzung der jeweiligen Paraphrase/n auf das Wesentliche und damit eine erste Zusammenfassung von identischen Paraphrasen.
 - Schritte 4 und 5: Die Schritte Reduktion durch Selektion, Bündelung und Integration von Paraphrasen erfolgten durch das Zusammenfassen und gegebenenfalls Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen.
 - Schritt 6: Bei der Zusammenstellung zu einem Kategoriensystem geht es letztendlich um die Bezeichnung der jeweiligen Belastungserscheinungen, die sich durch die Reduktion abgebildet haben (Kapitel 8). Sie ergeben das Kategoriensystem.

tem, also die Kurzfassung der in der Literatur dargestellten Belastungserscheinungen.

- Schritt 7: Der letzte Schritt erfolgte auf die Weise, dass sich die bisher gebildeten Kategorien in den folgenden Texten wiederholten bzw. bestätigten, bis keine neuen Kategorien mehr gebildet werden konnten.

Die *Kategorienbildung* erfolgte, wie schon erwähnt, *induktiv*, das heißt die Kategorien leiteten sich direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess (Paraphrasierung, Generalisierung, Reduktion) ab (Mayring 1997, S.75). Im Anschluss kann das Kategoriensystem bezüglich der Fragestellung oder Theorie interpretiert werden (Mayring 2002, S.114-117). Anhand einer *inhaltlichen Strukturierung* (Mayring 2003, S.85) wurde die vorliegende Literatur zusammengefasst, indem bestimmte Themen oder Inhalte (zu den Schwerpunkten Demenz, pflegende Angehörige und Belastungen) aus dem Material extrahiert wurden, wobei die anhand der vorhergegangenen Literatur gebildeten Kategorien, insbesondere auf Grundlage der Werke von Grond (2005) und Keck (1995), die Richtung vorgaben (ebd. S.89), nämlich die Belastungen der Angehörigen. Ein erstes Raster an Kategorien wurde somit anhand der Arbeiten von Keck und Grond erstellt und im Folgenden durch weitere Arbeiten ergänzt bzw. ausgebaut.

Als weitere Methode führte ich zwei Interviews durch: Je ein Interview mit einer Pflegekraft einer Tagespflege für Menschen mit Demenz und mit einer pflegenden Angehörigen einer demenzerkrankten Person.

Es handelte sich um *problemzentrierte Interviews*, was bedeutet, dass das Problem, sprich die Belastungen von pflegenden Angehörigen, bereits vorher analysiert wurde (Literatur- und Internetrecherche) und die Befragung gestaltete sich dadurch möglichst frei anhand halbstrukturierter Interviewleitfäden (Mayring 2002, S.67), wie sie im Anhang zu finden sind.

Die Aufzeichnung erfolgte mit einem Diktiergerät. Die Interviews wurden in der literarischen Umschrift, die den Dialekt mit unserem gebräuchlichen Alphabet wiedergibt (ebd. S.89), transkribiert (im Anhang). Die Transkriptionsregeln stammen aus dem Seminar zur qualitativen Forschung an der Hochschule Neubrandenburg mit Frau Dr. D. Hahn, welches im Laufe des Studiums absolviert wurde.

Die Kontextprotokolle geben die Umstände, unter denen die Interviews durchgeführt wurden, wieder und befinden sich ebenfalls im Anhang. Die Einwilligungserklärungen zur Nutzung und Veröffentlichung der Aussagen sowie Namen und private Adressen bleiben zur Wahrung der Anonymität im Besitz der Autorin. Die Interviews werden dabei nur als Praxisbeispiele dienen und in Form von kurzen Zitaten eingebaut. Auf eine Analyse wird hier also verzichtet.

3. Begriffsdefinitionen

Dieses Kapitel befasst sich mit der Festlegung von Begrifflichkeiten, die ausschlaggebend für die weitere Bearbeitung sind.

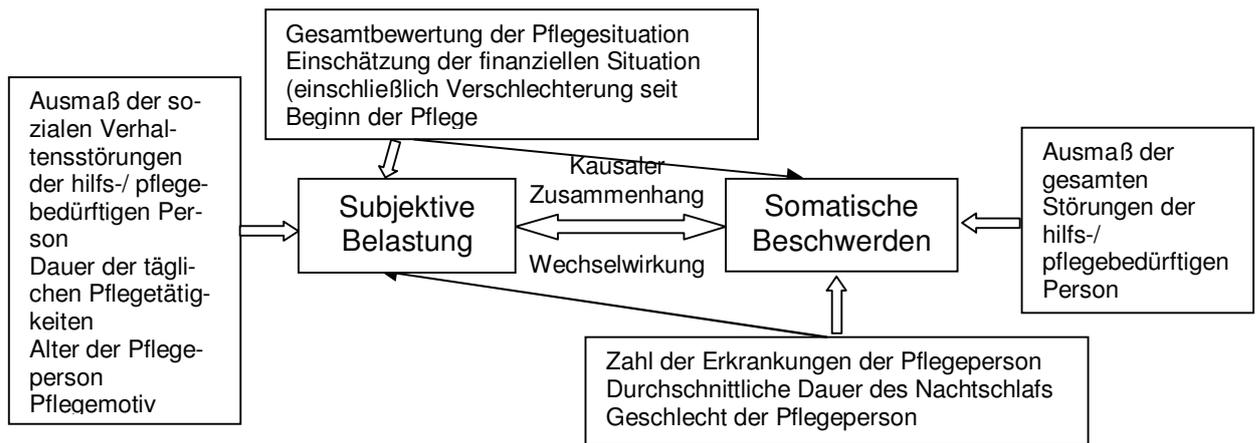
Das Thema der Bachelorarbeit lautet: „Die Belastungen der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz – Eine zusammenfassende Literatur- und Internetrecherche zu Belastungserscheinungen mit Berichten aus der Praxis“.

Es handelt sich dabei um eine komplexe Thematik, schließlich sind Belastungen, Informationen zu pflegenden Angehörigen und über die Krankheit Demenz sehr vielseitig. Sie reichen über medizinische, psychologische, pflegerische, soziologische und weitere wissenschaftliche Ansätze. Um ein einheitliches Verständnis für die Thematik zu schaffen, ist es somit notwendig, die grundlegenden Begrifflichkeiten zu definieren. Im Folgenden werden hierzu die Begriffe „Belastung“, „Angehörige“ und „Demenz“ erläutert.

3.1 Was ist „Belastung“?

Gräbel (1998, S.112) spricht von subjektiven Belastungen und somatischen (also objektiven) Beschwerden. Zu den subjektiven Belastungen zählen seiner Meinung die Gesamtbewertung der Pflegesituation, die Einschätzung der finanziellen Situation – diese wirken sich auch auf die somatischen Beschwerden aus, sowie das Ausmaß der sozialen Verhaltensstörungen der hilfs- und pflegebedürftigen Person, die Dauer der täglichen Pflegebedürftigkeit, das Alter der pflegenden Person und das Pflegemotiv, d.h. der Grund, die Pflege zu übernehmen. Die somatischen bzw. körperlichen Beschwerden werden deutlich durch die Zahl der Erkrankungen der pflegenden Person, durch die durchschnittliche Dauer des Nachtschlafs, das Geschlecht der pflegenden Person – welche wiederum einen Einfluss auf die subjektive Belastung haben, sowie durch das Ausmaß der gesamten Störungen der hilfs- und pflegebedürftigen Person.

Kreuzvalidierte Prädiktoren der subjektiven Belastung und der körperlichen Beschwerden der Pflegepersonen



➔ Größere Vorhersagekraft als für die mit dem dünneren Pfeil markierte Kriteriumsvariable

Quelle: Gräbel 1998, S.112

Blom und Dujnstee (1999, S.19ff.) meinen, man dürfe nicht nur die Krankheitserscheinungen und die sich daraus ergebende Hilfsbedürftigkeit des zu Pflegenden betrachten, sondern auch die mit dem pflegenden Angehörigen und seiner Umgebung zusammenhängenden Merkmale. Sie sprechen daher von einer „Formenvielfalt der Belastungen“. Bei der Bestimmung der Belastungen ist es also notwendig, die Pflegenden, den Patienten und die Umgebung einzubeziehen. Des Weiteren sprechen sie von Last und Belastbarkeit, welche erst die Belastung ausmachen (ebd., S.24). Kurzfassend ist die Last ein objektives Kriterium (z.B. die Krankheit oder die Anzahl an Pflegestunden) und die Belastbarkeit das subjektive Empfinden der pflegenden Person. So können die Pflegenden die Last, die durch die Pflege eines an Demenz erkrankten Angehörigen entsteht, unterschiedlich stark als Belastung empfinden.

Um eine weitere Perspektive anzubringen, beziehe ich mich noch auf eine Definition aus dem Lexikon. Im Lexikon „Brockhaus“ (1987) spricht man unter anderem von Belastung in medizinischer und psychischer Hinsicht als starke körperliche und seelische Beanspruchung durch anhaltende äußere oder innere Aktivität oder Reizeinwirkung (z.B. Muskelarbeit, Frustration, Krankheit). Hierbei kann es zu einer allmählichen Schwächung der psychophysischen Struktur des Individuums (z.B. Ermüdung) und einer Verschlechterung seiner Leistungen kommen. Die Fähigkeit, Belastungen zu ertragen (Belastbarkeit), ist von individuellen/ typbedingten und situativen Momenten abhängig. Somit wird die Belastung in mehreren Dimensionen betrachtet: Die körperliche und seelische Belastung des pflegenden Angehörigen, Einflüsse aus der Umgebung, objektive (messbare) Einflussfaktoren durch den Pflegebedürftigen und die Pflege, sowie die subjektive Wahrnehmung der Belastungen.

3.2 Wer sind die Angehörigen?

„Angehörige sind die mit Abstand größte und wichtigste Gruppe, die praktische Hilfe, Pflege und emotionale Unterstützung leistet und langfristig und kontinuierlich zur Verfügung steht“, so Schönberger und Kardoff (ohne Jahr, S.7). Dieser Definition ist nur zum Teil zuzustimmen, schließlich stehen Angehörige nicht mit Sicherheit langfristig und kontinuierlich zur Verfügung. Ein Umzug, eine Erkrankung, eine Scheidung, ein Streit, die Berufstätigkeit und weitere Ereignisse können die Unterstützung einschränken oder ganz beenden. Die Angehörigen sind jedoch das primäre Hilfsnetz (Grond 1992, S.16), auf das als erstes zurückgegriffen wird, stellt sich eine Situation ein, in der Hilfe, insbesondere Pflege, nötig wird – so ja auch die gesetzliche Forderung „ambulant vor stationär“, d.h. die Pflege zuhause (unter Umständen auch durch einen Pflegedienst) hat Vorrang. Angehörige sind für diese Forderung unabdingbar. Zu ihnen zählen die Partner, Kinder, Enkelkinder, Schwiegertöchter/-söhne, also im Allgemeinen die gesamte Familie.

Als Angehörige wird im Lexikon Brockhaus (Band 1, 1987) der zu einer Familie gehörende Personenkreis bezeichnet. Abgeleitet vom jeweiligen Recht (Strafrecht, bürgerliches Recht) gehören hierzu Verwandte und Verschwägte gerader Linie, Adoptiv- und Pflegeeltern, Adoptiv- und Pflegekinder, Ehegatten, Geschwister und deren Ehegatten und Verlobte. In Österreich gehören auch Partner außerehelicher Lebensgemeinschaften dazu. Dieser Aufzählung schließe ich mich an.

Kofahl und weitere Autoren (In: Klie et al. 2005) verstehen unter pflegenden Angehörigen „(...) alle Personen, die – aus welchen Gründen auch immer – ältere, von Hilfe abhängige Familienmitglieder unterstützen und/ oder pflegen“. Nachbarn und andere Bekannte sind also durchaus in der Definition eingeschlossen. Von dieser Definition soll auch in dieser Arbeit ausgegangen werden: Pflegende Angehörige sind somit alle Menschen, die den Pflege- bzw. Hilfsbedürftigen kennen und ihm helfen, insbesondere pflegen.

3.3 Was ist „Demenz“?

Demenz ist die Unfähigkeit den eigenen Geist zu nutzen, d.h. es liegen Einbußen und Verluste von Hirnfunktionen vor, was zum Scheitern in der Bewältigung des Alltags und Störungen des Denkens und Erkennens führt. Die Einsicht, Entscheidungsfähigkeit, Merken und Erinnern sind beeinträchtigt.

Der Abbauprozess vollzieht sich in Stadien, wobei die Krankheit mit einer schlechteren Merkfähigkeit beginnt. Daraufhin treten Sprachstörungen, ein gestörtes Sozialverhalten und unkontrollierbares Gefühlsleben sowie ein umgekehrter Schlaf-Wach-Rhythmus

auf. Im letzten Stadium kommt es zu Inkontinenz, Bettlägerigkeit und Infektionsanfälligkeit, was dann zum Tod führt. Der Fortschritt der Krankheit ist unaufhaltsam und der Abbauprozess nicht behandelbar.

Demenzkriterien nach der ICD-10 und dem DSM-IV

Übergeordnete Demenzkriterien ICD-10-Forschungskriterien	Übergeordnete Demenzkriterien DSM-IV
<p>G1.1 Nachlassen der Gedächtnisleistung plus G1.2 Abnahme der kognitiven Fähigkeiten G2 Fehlen einer Bewusstseinsstörung G3 Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens G4 Die Symptome sollten mindestens 6 Monate vorhanden sein</p> <p>Quelle: Dilling, Mombour & Schmidt 1994, S.45f. In: Franke 2000, S.8</p>	<p>Entwicklung multipler kognitiver Defizite, die sich zeigen in: A1 einer Gedächtnisbeeinträchtigung und A2 in mind. einer der folgenden kognitiven Störungen: (a) Aphasie, (b) Apraxie, (c) Agnosie, (d) Störung der Exekutivfunktionen B Jedes der kognitiven Defizite aus den Kriterien A1 und A2 verursacht in bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in soz. oder berufl. Funktionsbereichen und stellt eine deutl. Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar</p> <p>Quelle: Saß, Wittchen & Zaudig 1996, S.184f. In: Franke 2000, S.8</p>

Die Ursachen sind sehr unterschiedlich (z.B. Schlaganfälle, Alkoholmissbrauch, Verkalkung der Hirngefäße). So gibt es auch unterschiedliche Demenzformen – die Häufigste ist mit 60% die Demenz vom Alzheimer Typ – und Mischformen. Die Diagnose ist damit besonders erschwert. Unumstritten ist, dass ein hohes Alter mit einem erhöhten Risiko gekoppelt ist (95% der Fälle beginnen jenseits des 50. Lebensjahres). Trotz der unterschiedlichen Ursachen und Bezeichnungen sind die Folgen vergleichbar (Stiller-Harms, Weipert & Grundei 2001, S.155): Es zeigen sich zeitliche, räumliche, personelle, situative Verwirrtheit, Planungsstörungen, Erinnerungslücken, Vergesslichkeit, auffällige Verhaltensweisen (Stimmungsschwankungen, Persönlichkeitswandel, Aggressionen, Depressionen), Apathie und Antriebslosigkeit, verlangsamtes Denken, Entscheidungsunfähigkeit bzw. –schwierigkeiten und daher oft eine Selbstgefährdung, Wortfindungsstörungen, ein abnehmendes Sprachverständnis, Spracharmut und sogar Sprachverlust, Unruhe bei Tag und Nacht, stundenlange Schlaflosigkeit etc. (ebd., S.147ff.). Die Empfindsamkeit und die Leidensfähigkeit bleiben jedoch bis zum Tod erhalten (Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.32).

Sie brauchen damit ständige Beaufsichtigung und Kontrolle, Anleitung und Motivation, Pflege- und Hilfeleistungen. In 46,7% der Fälle von Pflegebedürftigkeit werden Demenzerkrankungen als Hauptgrund genannt, wodurch sie einen Spitzenplatz einnehmen (Bickel 1996, S.61 zitiert bei Freter 1997, S.65 In: Franke 2000, S.36).

4. Die Pflege- und Versorgungssituation in Zahlen

Die Versorgung Hilfs- und Pflegebedürftiger lässt sich nach Grond (1992, S.216) in drei Versorgungsmöglichkeiten für „psychisch Alterskranke“ gliedern: Primär ist die Familie zuständig, sekundär sind es ambulante Dienste und tertiär die Pflegeheime. Man kann sie auch nach der Formalität der Hilfe unterscheiden: Dem formellen Hilffsystem gehören z.B. alle ambulant tätigen Personen und Dienste und die teilstationäre und stationäre Altenhilfe an. Das informelle Netzwerk besteht aus Familienangehörigen, Freunden, Bekannten und Nachbarn (vgl. Breidert 2001, S.63 In: Schrön 2005, S.50f.). Nach einem Forschungsbericht des Berliner Zentrums Public Health (1999 In: Grond 2005, S.142) pflegen zu 20% Frauen ihre Mutter, 14% ihren Ehemann, 12% ihre Schwiegermutter, 8% ihre Schwester oder Tante, 5% ihren Sohn und in jeweils 4% ihren Vater oder Schwiegervater. Männer pflegen zu 8% ihre Frau, zu ebenfalls 8% ihre Mutter und in 3% ihren Vater.

75% der pflegenden Frauen, die ja die Mehrheit ausmachen, sind über 50 Jahre alt und 1/10 sind sogar schon über 75 Jahre (ebd. S.143)! Die Autoren Kofahl und Mnich (2005, S.490) stellen eine deutsche Teilstudie vor, die ergeben hat, dass betreuende Angehörige im Durchschnitt 54 Jahre alt sind, dabei reicht das Altersspektrum von 18 bis 89 Jahre. Die zu Betreuenden sind durchschnittlich 80 Jahre alt und 69% von ihnen sind Frauen.

Menschen mit Demenz haben bekanntlich eine größere Unterstützungsbedürftigkeit als andere, was aber vom MDK nicht berücksichtigt wird (ebd. S.492). Daher kann man bedauerlicherweise nicht abschätzen wie viele pflegende Angehörige Demenzkranker es gibt. Franke (2000, S.38) bedauert „Auch sonst sind mir derart differenzierte Daten nicht zugänglich, so daß über die Situation der HelferInnen Demenzkranker keine eigenen Aussagen gemacht werden können.“

Die folgenden Tabellen geben einen Eindruck über die Verteilung der Pflege und Betreuung.

Pflege und/oder Betreuung vor einem Heimeinzug [N=56]

Pflege/ Betreuung durch	%
den Angehörigen	86
ein anderes Familienmitglied	30
Einen ambulanten Pflegedienst	68
Einen ehrenamtlichen Helfer	7
Freunde/ Bekannte/ Nachbarn	20
sonstige Personen	2

Quelle: Schumacher & Kofahl (2005, S.12)

Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen verschiedener Altersgruppen in Privathaushalten

Hauptpflegepersonen verschiedener Altersgruppen		
	65-79 Jahre	80 und älter
Lebens-/ Ehepartner (w.)	39%	12%
Lebens-/ Ehepartner (m.)	22%	5%
Tochter	24%	44%
Sohn	2%	6%
Schwiegertochter	6%	17%
Andere Verwandte	6%	9%
Freunde, Nachbarn	2%	7%

Quelle: Schneekloth et al. 1996, S.135 In: Franke 2000, S.40

Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt nach Gräbel (1998, S.46) etwa drei Jahre, sie kann sich aber durchaus bedeutend länger hinziehen.

5. Einflussfaktoren auf das Belastungsempfinden

An dieser Stelle soll dargestellt werden, wie das am Anfang beschriebene subjektive Belastungsempfinden bzw. unterschiedliche Belastetsein der Angehörigen zu erklären ist: Die *Persönlichkeitsfaktoren* der Hauptpflegeperson (also der Charakter), die körperliche und psychische *Gesundheit*, die *finanzielle Situation*, *Bewältigungsstrategien/ -fähigkeit* haben einen moderierenden Einfluss auf das Belastungsempfinden (Grond 2005, S.151f.). Allerchen (1996, S.72f.) nennt sogar das *Geschlecht* – so seien Frauen subjektiv stärker belastet. Blom und Dujnstee (1999) haben erkannt, dass das Ausmaß der individuellen Belastung davon abhängt, wie die *Motivation* zur Pflegeübernahme war bzw. ist, wie gut die *Situation akzeptiert* wird und wie gut die *praktische Handhabung* der anfallenden Probleme funktioniert.

Die Qualität der emotionalen Beziehung nimmt ebenso Einfluss auf das Belastungserleben (vgl. Wilz, Alder & Gunzelmann 2001, S.31; Grond 2005, S.151f.) Allerchen (1996, S.75-79) nennt die Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem und auch zu den Eltern und dem Partner. Die *Beziehungsqualität* und der Grad der *emotionalen Abhängigkeit* stehen dabei stärker mit dem Belastungserleben im Zusammenhang als die *objektiven Faktoren* (z.B. Pflegebedarf, Zeitaufwand, Wohnsituation). Unterschiede finden sich zwischen „emotional abhängigen“ und „emotional autonomen“ Angehörigen: Eine hohe emotionale Abhängigkeit zeigt sich z.B. anhand von Schuldgefühlen bei Unternehmungen ohne den Kranken, dem Zurückstellen eigener Bedürfnisse, der Unfähigkeit Hilfe anzunehmen und Verleugnung oder unrealistischen Interpretationen von Krankheitssymptomen.

Emotional abhängige Angehörige waren somit

„stärker in ihren sozialen Kontakten eingeschränkt, fühlten sich stärker überfordert, erlebten mehr Ärger in der Pflege, schätzten ihre gesundheitlichen Probleme höher ein und gaben ein höheres Ausmaß an Erschöpfung und an depressiven Symptomen an. Damit zeigt sich, dass die Beziehungsqualität und die individuellen Besonderheiten der biographischen Erfahrungen, die hierauf Einfluss nehmen, zentrale Faktoren des Belastungserlebens darstellen. Belastungen werden demnach nicht nur durch die aktuelle Pflegesituation geprägt, sondern ebenso durch die emotionale Bindung (...)“

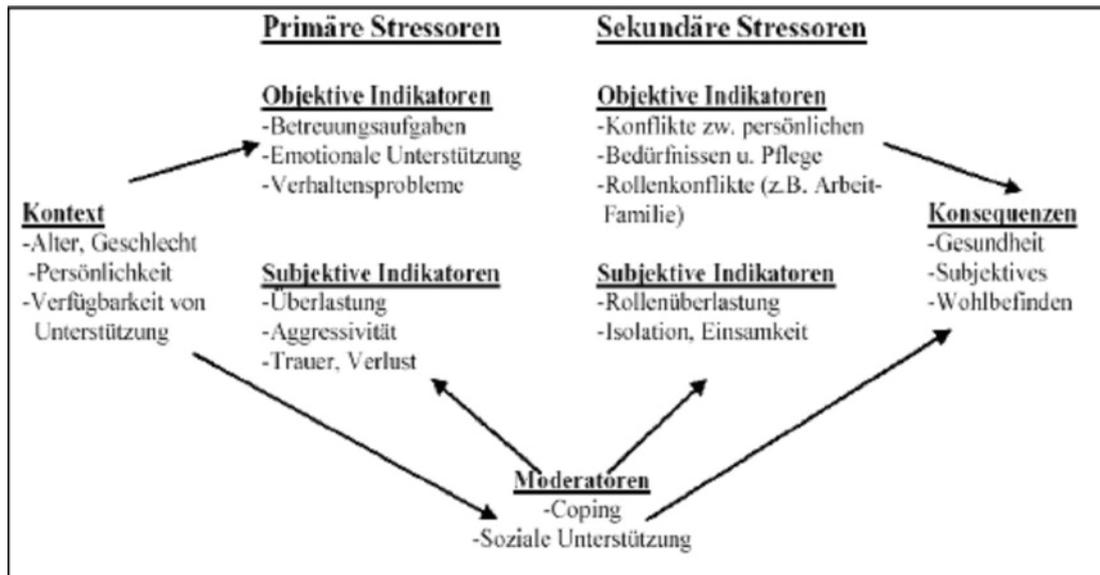
(vgl. Wilz, Alder & Gunzelmann 2001, S.31).

Als **belastungsreduzierend** können Problemanalyse, Informationssuche, eine positive Umstrukturierung (gedankliche Neubewertung, z.B. von Situationen oder Verhaltensauffälligkeiten) sowie eine realistische Sicht und ein Akzeptieren der Pflegesituation wirken, was als Bewältigungsverhalten zusammenzufassen ist. Auch die soziale Unterstützung bzw. ihre subjektiv wahrgenommene Qualität wirkt entlastend. Allein die bestehende Möglichkeit kann als entlastend empfunden werden (ebd., S.32). Grond (2005, S.151f.) ergänzt, dass die Freiwilligkeit, eine gute Beziehung, ein starkes Selbstwertgefühl, eine gute Anpassungsfähigkeit und die Einsicht, sich auch einmal eine Freude zu gönnen, die Belastungsverarbeitung verbessern (siehe auch Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.105). Sogar die Berufstätigkeit wirkt sich nach Reggentin (2006, S.28) positiv aus, denn Glieder- und Herzschmerzen seien dann geringer. Gräbel (1998, S.50f.) wies nach, dass die **Belastungen und Beschwerden umso größer** sind, je länger die Pflegedauer, je schlechter die finanzielle Situation und je kürzer der durchschnittliche Nachtschlaf ist, je weniger Hilfen man erhält, je ausgeprägter die kognitiven und affektiven Störungen, die Antriebsarmut, die Störungen des sozialen Verhaltens, die Kommunikationsstörungen und Ruhelosigkeit, je häufiger die Pflegeleistungen am Tag zu erbringen sind, je mehr Zeit für Hilfsleistungen am Tag aufgewendet werden muss und je belastender, negativer, bedrohlicher bzw. verlustreicher die gesamte Pflegesituation bewertet wird. Nach Reggentin (2006, S.28) ergab die Ehe mit dem Gepflegten eine stärkere Belastung. Im Verlauf der Erkrankung steigt die subjektive Belastung (Vetter et al. 1997, S.177 in: Franke 2000, S.76). Man kann nun also festhalten, dass die Pflegebelastung von den Angehörigen unterschiedlich eingestuft wird und von ebenso unterschiedlichen Faktoren abhängt. Ein Versuch, ist die Darstellung des Zusammenhangs der Einflussfaktoren mit den Belastungen anhand von Belastungsmodellen.

6. Belastungsmodelle

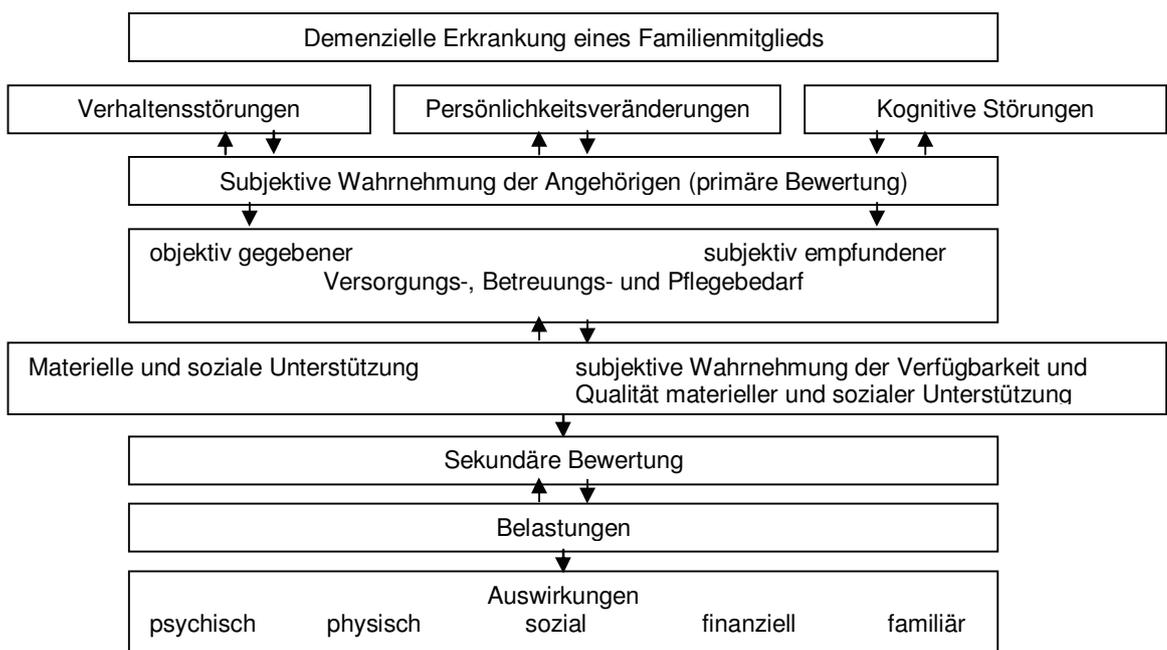
Die Belastungen werden subjektiv unterschiedlich erlebt, was von einer Vielzahl äußerer Einflüsse und von der Persönlichkeit abhängt. Zur Darstellung der Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren und den Belastungen gibt es verschiedene Belastungsmodelle. Exemplarisch sollen auf der folgenden Seite zwei kurz vorgestellt werden: Das Belastungsmodell von Pearlin et al. (1990) und Zarit (1992) und das Modell von Gunzelmann (1991).

Belastungsmodell nach Pearlin et al. (1990) und Zarit (1992)



Durch Zarit (1992) modifiziertes Modell zur pflegebedingten Belastung nach Pearlin et al. (1990)
Quelle: Zank & Schacke (ohne Jahr, S.16)

Belastungsmodell nach Gunzelmann



Quelle: Gunzelmann (1991, S.242 In: Franke 2000, S.82)

Beide Modelle berücksichtigen objektive (z.B. Alter, Verhaltensstörungen) und subjektive Faktoren (z.B. Gefühle, wie Einsamkeit oder die empfundene Intensität des Pflegebedarfs) und damit den Rahmen, in dem die Pflege und Betreuung erfolgt sowie die verschiedenen Auswirkungen. Jedoch beschränkt sich das erste Modell dabei nur auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden, während Gunzelmann im zweiten Modell auch die soziale, finanzielle und familiäre Seite einschließt. Das letzte Modell ist damit eher für diese Arbeit relevant, wie sich letztendlich auch in der Beschreibung der Belastungserscheinungen (Kapitel 8) zeigen wird.

7. Instrumente zur Erfassung der Belastung

Die Komplexität der Belastungserscheinungen (wie in den vorhergegangenen Modellen ersichtlich) wird auch durch Instrumente belegt, die die Belastungen der Angehörigen messen bzw. darlegen.

Zur Bestimmung des Belastungserlebens werden häufig psychometrische Verfahren zur Diagnostik von psychischen und körperlichen Beschwerden eingesetzt, die zwar nicht unbedingt für den Bereich der Pflege entwickelt wurden, wie etwa der *Gießener Beschwerdebogen*. Es gibt aber auch spezielle Instrumente zur Erfassung der Beschwerden, die mit Pflege verbunden sind um daraufhin entlastende Interventionen planen und evaluieren zu können. Hierzu zählt die *Häusliche Pflegeskala HPS* von Gräbel, einem Selbstbeurteilungsverfahren, das subjektive Belastungen standardisiert anhand von 28 Items mit einer vierstufigen Skala („stimmt genau“ bis „stimmt nicht“) wiedergibt (Gunzelmann & Oswald 2005, S.236f.). Ein weiteres Instrument ist der *Pflegekompass* von Blom und Duijnstee. Er ist speziell für Angehörige von Demenzkranken entwickelt worden. Es handelt sich hier um einen Interviewleitfaden, der auch für Beratungsgespräche geeignet ist (ebd. S.238).

8. Belastungen

„Die plötzliche Erkrankung eines Familienmitgliedes gehört zu den untypischen Belastungen für eine Familie (im Gegensatz zu typischen Belastungen wie z.B. die Geburt eines Kindes, Tod eines älteren Familienmitgliedes). Dies trifft (trotz der zunehmenden Häufigkeit) auch für den Fall der Erkrankung eines Familienmitgliedes an einer Demenz zu.“ (Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.105)

Sie sprechen daher auch von der „Demenz als Familienkrankheit“. Grond (2005, S.142) sagt: „Demenzkrankheit hat zwei Opfer: den Kranken und die pflegende Angehörige, die oft mehr leidet als der Mensch mit Demenz.“

Seit den 70er Jahren gibt es zahlreiche Untersuchungen zu diesem Thema, jedoch mit verschiedenen Herangehensweisen, was die Vergleichbarkeit erschwert (Franke 2000, S.67). Daher soll in dieser Arbeit versucht werden, die Belastungserscheinungen, die in einigen Werken (unter anderem Gräbel, Grond, Blom & Dujnstee und Keck) festgestellt wurden, zusammenzutragen und zusammenzufassen.

Gräbel (1998, S.37) hat z.B. in Verbindung mit der Häuslichen Pflegeskala herausgefunden, dass 24,3% der Pflegenden als nicht oder gering belastet, 60,9% als mittelgradig belastet und 14,8% als stark oder sehr stark belastet einzustufen sind. Anhand verschiedener Quellen (s.o.) wurden die beschriebenen Belastungserscheinungen als Kategorien zusammengefasst (Schritt „Reduktion“ nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring). Dies erfolgte anhand von Auszügen aus diesen Quellen (die Schritte „Paraphrasierung“ und „Generalisierung“), also aus der Literatur, dem Internet und der Praxis, d.h. in Form von Ausschnitten aus den Interviews – die Abfolge hat dabei keine Bedeutung. Die Werke von Grond (2005) und Keck (1995) dienten als Grundlage für die Bildung der Kategorien. Mit ihnen wurde ein erstes Raster von Kategorien erstellt, denen im Folgenden weitere Belastungserscheinungen als Paraphrasen aus anderen Werken zugeordnet wurden. In mehreren Durchläufen wurde diese Zuordnung überarbeitet. Es ist anzumerken, dass die Auflistung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, da nicht jede bisher bestehende Quelle für die Arbeit herangezogen wurde. Paraphrasen, die sich mehrere Kategorien zuordnen lassen, werden im Anschluss der jeweiligen Tabelle kommentiert und die Zuordnung begründet. Für die Interviewausschnitte wurden die Formulierungen „Angehörige“ oder „Pflegekraft“ verwendet. Im Anhang befinden sich ergänzend einige Tabellen zu den Belastungen und zu Wünschen der Angehörigen.

8.1 Kategorie „Krankheitsbedingte Veränderungen“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Tönnies 2004, S.16	Sich wiederholende Fragen	Kognitive Einbußen	Krankheitsbedingte Veränderungen
Reggentin 2006, S.27	Schwindende kognitive Fähigkeiten		
Schumacher & Kofahl 2005, S.14	Geistiger Abbau		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30	Desorientiertheit		
Schnepf 2002, S.210f.	Angehörige nicht wiedererkennen		
Keck 1995, S.78-113	Repetitive Stereotypen durch die Störungen des Kurzzeitgedächtnisses		
Schnepf 2002, S.210f.	Vertuschen oder Verleugnen von Anzeichen	Uneinsichtigkeit	
Schnepf 2002, S.210f.	Verstehen Probleme nicht		
Schnepf 2002, S.210f.	Überspielen von Problemen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30	Fehlende Einsichtsfähigkeit		
Bruder 1987, S.49ff.	Fehler im Umgang mit haushaltstechnischen Geräten		
Angehörige, Z.334ff.	Konnte bestimmte Dinge nicht mehr alleine	Kommunikationsstörungen	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30	Verlust der Kommunikationsfähigkeit		
Gräbel 1998, S.37	Beeinträchtigter Kontakt zum Gepflegten	Auffälliges Verhalten	
Schnepf 2002, S.210	Herausforderndes, störendes oder auffälliges Verhalten		
Allerchen 1996, S.65	Stark verwirrtes Verhalten bei guter Mobilität		
Krauß 2006, S.33	Peinlich, wenn der Gepflegte sich in der Öffentlichkeit mit Verhaltensauffälligkeiten präsentiert		
Maudrey 2005, S.4	das ständige Fragen, das Suchen von Gegenständen, der Zwang zum Einkaufen, der Wandertrieb und die Reaktionslosigkeit des Kranken als problematisches Verhalten wahrgenommen		
Schreiber et al. 1999, S.134 In: Schrön 2005, S.57	affektiven Verhaltensauffälligkeiten besonders belastend		
Keck 1995, S.78-113	Persönlichkeitsveränderung	Persönlichkeitsveränderungen	
Schnepf 2002, S.210	Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen		
Schumacher & Kofahl 2005, S.16	Inkontinenz	Probleme bei der Körperpflege	
Bruder 1987, S.49ff.	Fehler im Toiletten- oder Hygienebereich		
Keck 1995, S.78-113	Grundpflegerische Handlungen sind peinlich		
Angehörige, Z.334ff.	Sagt, dass sie sich wäscht, hat es aber nicht mehr getan		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30	Aggressivität		Aggressionen
Schnepf 2002, S.210f.	Angehörige beschimpfen		
Keck 1995, S.78-113	Kontrollverlust		
Maudrey 2005, S.4	gesteigerte Aggressivität		
Angehörige, Z.428	Aggressivität		
Angehörige, Z.613-618	Ruft und Theater macht		
Tönnies 2004, S.16	Ständige Unruhe	Unruhe	
Keck 1995, S.78-113	Motorische Unruhe		

Schreiber et al. 1999, S.134 In: Schrön 2005, S.57	Unruhe		
Angehörige, Z.613-618	Umherwandert und alle zusammenruft		

Die Fehler im Umgang mit haushaltstechnischen Geräten sind die Folge der kognitiven Einbußen. Bei der Paraphrase, dass es peinlich ist, wenn sich der Erkrankte in der Öffentlichkeit mit Verhaltensauffälligkeiten zeigt, liegt der Schwerpunkt des Zitats auf eben diesen Verhaltensauffälligkeiten. Die Peinlichkeit wäre sonst der Kategorie „Psychische Belastungen“ zuzuordnen.

8.2 Kategorie „Anpassung des Alltags“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.10	Pflegeaufgaben	Unterstützung im Alltag	Anpassung des Alltags
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.10	Hilfe im Haushaltsbereich und bei alltäglichen Verrichtungen		
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.10	Organisation ärztlicher Betreuung und anderer Dienste		
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.10	Hilfe im ökonomischen Bereich (z.B. Bankgeschäfte)		
Schnepp 2002, S.203	Voraussicht möglicher Gefahren	Voraussicht	
Hammer 2004, S.2-6	Unvorhergesehene Zwischenfälle	Planänderung	
Keck 1995, S.78-113	Umstellung häuslicher Routine		
Keck 1995, S.78-113	Veränderung der Lebensplanung		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr S. 27ff.	Veränderter Tag-/ Nachtrhythmus		
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.10	Tagesstrukturierung vorgeben	Ablauf planen	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr S. 27ff.	Vernachlässigung der Alltagspflichten	Vernachlässigung des Haushalts	
Keck 1995, S.78-113	Vernachlässigung des Haushalts		
Hammer 2004, S.2-6	Berufsaufgabe	Auswirkungen auf das Berufsleben	
Hammer 2004, S.2-6	Verspätung auf Arbeit		
Hammer 2004, S.2-6	Frühes Verlassen der Arbeit		
Hammer 2004, S.2-6	Überziehen der Arbeitszeit		
Hammer 2004, S.2-6	Arbeitszeitunterbrechungen		
Hammer 2004, S.2-6	Verminderte Chancen für Weiterbildungen und Karriere		
Hammer 2004, S.2-6	Arbeitsreduzierung		
Keck 1995, S.78-113	Probleme am Arbeitsplatz (wegen Verspätung oder Müdigkeit)		
Angehörige, Z.172-180	Pendeln zwischen Praxis und Haus		

Die Voraussicht von Gefahren stellt in dem Sinne eine Form der Anpassung des Alltags dar, dass die Umgebung des an Demenz Erkrankten gesichert werden muss (z.B. Steckdosen sichern, Stecker ziehen, Türen verschließen).

8.3 Kategorie „Zeitliche Beanspruchung“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.30f.	Ständige zeitliche Verfügbarkeit	Ständige Verfügbarkeit	Zeitliche Beanspruchung
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.28	Ständige Einsatzbereitschaft		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr S. 27ff.	Ständige Verfügbarkeit		
Schnepp 2002, S.204	Rund-um-die-Uhr-Versorgung		
Grond 2005, S.14	24-Stunden-Bereitschaftsdienst		
Keck 1995, S.78-113	Gesamte Zeit für Pflege und Betreuung	Zeit nur für Betreuung und Pflege	
Angehörige, Z.172-180	Wenn ich nicht gearbeitet hab, hab ich sie in Empfang genommen	Zeitdruck	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.29ff.	Ständige Hetze		
Pflegekraft, Z.566-571	Möchten ja selber Arztbesuche in Ruhe erledigen können, zum Friseur gehen		
Hammer 2004, S.2-6	Zeitdruck		
Franke 2000, S.70	Gestörte Nachtruhe	Nächtliche Störungen	
Keck 1995, S.78-113	Gestörter Nachtschlaf		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.29ff.	gestörte Nachtruhe		
Schumacher & Kofahl 2005, S.12ff.	Störungen in der Nacht		
Keck 1995, S.78-113	Verfügbarkeit in der Nacht		
Angehörige, Z.172-180	Ging ja bis spät in die Nacht	Keine Zeit für Entspannung	
Keck 1995, S.78-113	Selten oder nie Zeit für Entspannung		
Schumacher & Kofahl 2005, S.12ff.	Keine oder selten Möglichkeiten regelmäßige Auszeit für Erholung zu nehmen		
Schumacher & Kofahl 2005, S.12ff.	Wenig Zeit für Interessen oder Hobbys	Keine Zeit für Interessen	
Blom & Dujnstee 1999, S.22	Wenig Zeit für eigene Interessen		
Keck 1995, S.78-113	Keine Zeit für eigene Hobbys		
Hammer 2004, S.2-6	Fehlende Freizeit	Keine Freizeit	
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.7	Zeitliche Einschränkungen	Zeitliche Einschränkungen	

8.4 Kategorie „Fehlende Distanz“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Wilz, Alder & Gunzelmann 2001, S.30	Einschränkungen eigener Freiräume	Kaum Privatsphäre	Fehlende Distanz
Drenhaus-Wagner 2002, S.76	Pflegende verliert jeden persönlichen Freiraum		
Allerchen 1996, S.59	Keine Privatsphäre, weil der Demenzkranke umherirrt		
Knauf 2002, S.29	Ich würde mich gern einmal rasieren, ohne ständiges Klopfen und Rufen an der Türe auf die Toilette gehen, zwischendurch mal einen Kaffee trinken können		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.27ff.	Vor allem bei Frauen Einschränkungen persönlicher Freiräume		
Allerchen 1996, S.64	Pflegender muss zuhause bleiben	Angebundensein	
Wilz, Alder & Gunzelmann 2001, S.30	Ich bin festgenagelt, gefesselt		

Wilz, Alder & Gunzelmann 2001, S.30	Frei fühle ich mich nie		
Bähr 1999, S.59	Angebundensein		
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.28	Gefühl des Angebundenseins		
Schnepp 2002, S.216	Angebundensein		
Tönnies 2004, S.210ff.	Gefühl des Angekettetseins		
Keck 1995, S.78-113	Gefühl des Gefangenseins		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.31f.	Enge Wohnverhältnisse	Beengter Wohnraum	
Allerchen 1996, S.64	Pflegender kann Erledigungen nur gehetzt und mit ständiger Angst machen, der Demenzkranke könnte etwas angestellt haben	Gedanken stets beim Erkrankten	
Knauf 2002, S.29	Pflegende Angehörige müssen rund um die Uhr aufmerksam sein und stets mit einem Ohr auf die Bedürfnisse des Gepflegten achten		
Wullers & Reuschenbach 2005, S.246f.	denken an den Demenzkranken		
Knauf 2002, S.29	Kann nicht abschalten		
Allerchen 1996, S.59	Demenzkranke dem Pflegenden hinterherläuft	Klammern	
Schreiber et al. 1999, S.134 In: Schrön 2005, S.57	Angstliches Anklammern		
Angehörige, Z.85ff.	Fing das dann auch an ein bisschen belastend zu sein, weil sie einfach zu doll klammerte		

Die fehlende Privatsphäre wäre auch der Kategorie „Zurücknahme eigener Bedürfnisse“ zuzuordnen, geschieht hingegen vorwiegend unfreiwillig.

8.5 Kategorie „Belastung der Familie“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Büscher 2003, S.13	Angespannte Beziehung	Spannungen und Krisen	Belastung der Familie
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	Ehepartner leiden unter Trauer, Pessimismus, Unzufriedenheit und Reizbarkeit		
Krauß 2006, S.33	Wut über einen Lebensabend, den sie sich gemeinsam anders vorgestellt haben		
Keck 1995, S.78-113	Belastung der eigenen Ehe (z.B. durch Meinungsverschiedenheiten)		
Grond 2005, S.147	Beziehungskrisen durch alte familiäre Konflikte		
Grond 2005, S.150	Loyalitätskonflikte durch widersprüchliche Verpflichtungen der Person mit Demenz und anderen Familienmitgliedern gegenüber		
Krauß 2006, S.33	Erhöhte Stress- und Krisensituationen innerhalb der Familie (z.B. durch Auseinandersetzungen über den richtigen Umgang, den empfundenen Mangel an Unterstützung für die Hauptpflegeperson oder Rivalität zwischen den Familienmitgliedern)		
Allerchen 1996, S.60-65	Beziehungsprobleme		
Tönnies 2004, S.226f.	Meinungsverschiedenheiten bei der Klärung der Verantwortungen		
Grond 2005, S.147	Beziehungskrisen durch die Vernachlässigung von Partner und Kindern	Vernachlässigung	
Keck 1995, S.78-113	Vernachlässigung der Kinder		

Angehörige, Z.217-220	Ich konnte ja nicht nur bei meiner Mutter sein. Ich habe ja auch Familie.		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Demenzkranker stört durch sein Verhalten (z.B. Depressionen, Aggressionen, Unruhe)	Störung durch auffälliges Verhalten	
Grond 1993, S.219f.	Demente tyrannisieren die Pflegende		
Blom & Dujnstee 1999, S.25	Gegenseitigkeit nicht mehr gewährleistet: einem wird mehr abverlangt, während der andere weniger zurückgeben kann	Ungleichgewicht	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Gleichgewicht einer jahrzehntelangen Beziehung gestört		
Blom & Dujnstee 1999, S.25	Bisherige Beziehung, die man vorher kannte, ändert sich	Verunsicherung	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Sicherheit gebende Kontinuität im Leben geht verloren		
Grond 1993, S.218	Identitätsgewissheit der Familie verunsichert, weil psychisch krank zu sein als Schande für die Familie gilt		
Krauß 2006, S.33	Verlust an Zuneigung zum Gepflegten	Geringere Zuneigung	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.22	Abnehmende Attraktivität und Anziehungskraft		
Keck 1995, S.78-113	Intime zwischenmenschliche Beziehungen leiden		
Schreiber et al. 1999, S.134 In: Schrön 2005, S.57	negativen Emotionen gegenüber ihrem erkrankten Angehörigen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.27	Phantasien der Loslösung vom Partner oder der Wunsch, er möge bald sterben		
Grond 1993, S.221	Kinder sind enttäuscht, dass der geschätzte Elternteil an einem gesellschaftlich diffamierten Leiden erkrankt ist	Schändung	
Krauß 2006, S.33	Gefühl, einen Schandfleck in der Familie zu haben		
Blom & Dujnstee 1999, S.25	Gesprächspartner fehlt	Kein Gesprächspartner	
Bruder 1987, S.49ff.	Man kann nicht mehr mit dem Demenzkranken über seine Gefühle sprechen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Gepflegter als fremd erlebt	Verfremdung	
Blom & Duijnstee 1999, S.25	Verfremdung		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Persönlichkeitsveränderungen als Verlust der Ehebeziehung erlebt		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Spannungsverhältnis zwischen Fremdheit und Vertrautheit		
Allerchen 1996, S.63	Belastet die Familie, wenn er seine Angehörigen nicht mehr erkennt		
Drenhaus-Wagner 2002, S.76	aus der gemeinsamen Vertrautheit in die gegenseitige Fremdheit		
Keck 1995, S.78-113	Ehe durch den Zeitaufwand belastet	Keine Zeit für Familie	
Blom & Dujnstee 1999, S.22	Wenig Zeit für Familie und Beruf		

Die Störung durch das Verhalten und die Tyrannisierung der Pflegenden zählen zu dieser Kategorie, da der Fokus hier auf die Störung bzw. das Quälen gelegt wurde. Der zeitliche Aspekt wäre der Kategorie „Zeitliche Beanspruchung“ zuzuordnen, hier wird jedoch die Familie bzw. Ehe betont.

8.6 Kategorie „Rollenwechsel“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Grond 2005, S.147	Rollenwechsel	Veränderung der Rollen	Rollenwechsel
Grond 1993, S.219f.	Rollenwechsel und -verunsicherung		
Maudrey 2005, S.2	Veränderung der familiären Rollen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Rollenwechsel in Bezug auf berufliche und häusliche Verpflichtungen		
Keck 1995, S.78-113	Rollenwechsel		
Keck 1995, S.78-113	Neue Rollenverteilung		
Grond 2005, S.147	Machtumkehr	Machtumkehr	
Grond 1993, S.219f.	Kanker wird zum Sündenbock, weil schlechte Gefühle auf ihn projiziert werden		
Grond 1993, S.219f.	Kranker wird von Schuld, Verantwortung und Rollenverpflichtung befreit, hilflos wie ein Kind, während die Pflegenden von der Kind- in die Elternrolle wechselt		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Umkehr der alten Machtverhältnisse		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25ff.	Parentifizierung der Kinder		
Grond 1993, S.219f.	Sie erhält Macht über den Demenzen		
Piepert 2001, S.482	Rollen- und Verantwortungsumkehr, wenn das Kind die Pflege eines Elternteils übernehmen oder der pflegende Partner neue Fähigkeiten und Verantwortlichkeiten bei der Pflege erlernen muss	Neue Verantwortung und Verpflichtungen	
Tönnies 2004, S.6	Man ist allumfassend für alle Lebensbereiche des Kranken verantwortlich		
Büscher 2003, S.13	Übernahme von neuen Aufgaben		
Keck 1995, S.78-113	Neue Aufgaben übernehmen (z.B. Verwaltung der häuslichen Finanzen, Treffen von Entscheidungen, Haushaltsführung)		
Blom & Dujnstee 1999, S.21f.	Pflegende und Gepflegte geraten in eine zunehmende Abhängigkeit		
Blom & Dujnstee 1999, S.21f.	Pflegender muss zwischen dem Respekt der Individualität und dem Eingriff in diese abwägen	Zwiespalt der Rollen	
Mamerow 2005, S.26	stetige Gratwanderung zwischen der Sorge für das bestmögliche Wohlergehen und Gewährung größtmöglicher Freiheit für den Gepflegten		
Bruder 1987, S.54	Grenzen setzen zu müssen, was der Eltern-Kind-Beziehung zuwider läuft		
Grond 2005, S.144	Ambivalenz: Auf der einen Seite steht die Verpflichtung zur Pflege und auf der anderen Seite stehen ungelöste Kindheitsprobleme		
Gräbel 1998, S.45	stärkere subjektive Belastung der Pflegepersonen eines Demenzpatienten drückt sich besonders in häufigeren interpersonellen Konflikten sowie Reibungspunkten zwischen der Pflege und sonstigen Aufgaben aus		

Die zunehmende Abhängigkeit besteht, indem der/ die Pflegenden sich für den Erkrankten zuständig fühlt und sich nach ihm richtet, während der Gepflegte sich ganz auf den Pflegenden fixiert. Der Zwiespalt der Rollen zählt zu dieser Kategorie, da stets zwei Ansichten und damit Persönlichkeiten berücksichtigt werden müssen.

8.7 Kategorie „Finanzielle Probleme“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Blom & Dujnstee 1999, S.23	Finanzielle Probleme z.B. durch bauliche Maßnahmen, Kosten für Inkontinenzmaterial	Zusätzliche Kosten	Finanzielle Probleme
Stuhlmann 1997, S.70	zusätzliche Ausgaben		
Grond 2005, S.147	Finanzielle Belastung	Finanzielle Auswirkungen	
Stuhlmann 1997, S.70	Auswirkungen auf Finanzen	Unterstützungsbedarf	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.29f.	Pflegende sind auf soziale Unterstützung angewiesen		
Stuhlmann 1997, S.70	Verdienstaustausch	Finanzielle Einbußen	
Stuhlmann 1997, S.70	Einschränkungen im Rentenanspruch		
Hammer 2004, S.2-6	Geringeres Einkommen		
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.7	finanziellen Einschränkungen		

8.8 Kategorie „Einsamkeit bzw. Isolation“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Tönnies 2004, S.213	Gefühl des Alleinseins	Alleinsein	Einsamkeit bzw. Isolation
Drenhaus-Wagner 2002, s.76	Vereinsamung		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.22f.	Zurückgezogenheit	Rückzug	
Keck 1995, S.78-113	Einschränkung sozialer Kontakte		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Vernachlässigung sozialer Kontakte innerhalb und außerhalb der Familie		
Allerchen 1996, S.56	Demenzkranke könnte durch Besuch verwirrt oder aggressiver werden	Schonung	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	Angehörige meinen, den Kranken schonen zu müssen		
Keck 1995, S.78-113	Isolation durch eine ständige Inanspruchnahme	Isolation	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.22f.	Starke soziale Isolation		
Schumacher & Kofahl 2005, S.16	Verlust der Teilnahme am sozialen Leben		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.22f.	Eingeschränkte Sozialkontakte		
Schumacher & Kofahl 2005, S.16	Gefühl, von niemandem hinsichtlich der erlebten Belastungen verstanden zu werden	Unverständnis	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.30	Fehlende Aussprachemöglichkeiten		
Blom & Dujnstee 1999, S.22f.	Unverständnis der Öffentlichkeit		
Maudrey 2005, S.2	Schmerzliche Diskriminierung	Ausschluss	
Maudrey 2005, S.2	Freunde und Bekannte kommen immer seltener zu Besuch		
Maudrey 2005, S.2	Bei öffentlichen Veranstaltungen legt man ihnen Nahe, fern zu bleiben		
Schumacher & Kofahl 2005, S.12ff.	Wenig Möglichkeiten Freunde, Bekannte oder Verwandte zu treffen		
Pflegekraft, Z.606-611	Die anderen den Demenzkranken akzeptieren. Wenn das nicht funktioniert, dann sehen die ganz schön alt aus.		

8.9 Kategorie „Zurücknahme eigener Bedürfnisse“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Tönnies 2004, S.209	Zurücknahme eigener Gefühle, Bedürfnisse und Interessen	Verzicht	Zurücknahme eigener Bedürfnisse
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.27ff.	Verzicht auf materielle Wünsche		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.21	Wünsche müssen unterdrückt werden		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.27ff.	Vernachlässigung persönlicher Dinge		
Keck 1995, S.78-113	Verzichten dauernd auf Wünsche und Bedürfnisse		
Stuhlmann 1997, S.70	Verzichten auf Freizeit und eigene Interessen		
Allerchen 1996, S.64	Interessen verkümmern		
Stuhlmann 1997, S.70	Verzichten auf Urlaub	Keine Erholung	
Schumacher & Kofahl 2005, S.12ff.	Keinen oder zu wenig Urlaub		
Hammer 2004, S.2-6	Urlaub und Wochenenden können nicht zu Erholung genutzt werden		
Wullers & Reuschenbach 2005, S.246f.	Fehlende Erholungsbereitschaft oder -fähigkeit		
Keck 1995, S.78-113	Wunsch nach dem Ausbruch		
Bruder 1987, S.53	Pflege behindert Identitätsbildung und Lebenserfahrung in anderen Bereichen zu sammeln	Einschränkung in der Entfaltung	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Begrenzungen in persönlichen Handlungsspielräumen und Zukunftsperspektiven		
Allerchen 1996, S.58-64	Lebensstandard ist verringert (z.B. durch den Verzicht auf eine berufliche Karriere und Einschränkungen in der Entfaltung und Selbstverwirklichung)		
Allerchen 1996, S.58-64	Zukunftspläne müssen aufgegeben werden		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.23	Verschwinden der eigenen Person		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Leben wird für den Kranken aufgeben	Selbstaufgabe	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Sind bereit, sich und ihre Bedürfnisse völlig aufzugeben um die Versorgung leisten zu können und einen Umzug in Heim zu vermeiden		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Die Sorge um den Erkrankten steht ganz im Mittelpunkt ihres Erlebens		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Alles richtet sich nach dem Leben des Kranken		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Eigenes Befinden ist mit dem des Kranken verknüpft		
Grond 2005, S.145	Selbstaufopferung		
Grond 1993, S.224f.	Familie opfert sich für den Gepflegten auf		
Drenhaus-Wagner 2002, S.76	Pflegt häufig bis zur völligen Selbstaufgabe		

Wilz, Alder & Gunzelmann 2001, S.30	Ich bin mitgestorben		
Wullers & Reuschenbach 2005, S.246f.	stellen die Pflege an oberste Stelle		
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.28	Geduld und Nachsicht bei alltäglichen Verrichtungen	Rücksichtnahme	
Keck 1995, S.78-113	Zwang zur Rücksichtnahme		
Keck 1995, S.78-113	Zwang zur Zurückhaltung		
Blom & Dujnstee 1999, S.20f.	Anpassungs- und Einfühlungsvermögen	Anpassungsleistungen	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.25	Psychische Anpassungsleistungen um Veränderungen realistisch wahrzunehmen, zu akzeptieren und damit umzugehen		

Die Anpassungsleistungen stellen sich so dar, dass die eigenen Ansichten, Wünsche und Gefühle in den Hintergrund gestellt werden müssen, um sich auf den Erkrankten einzustellen. Dem Wunsch nach einem Ausbruch aus der Situation wird dem Erkrankten zuliebe nicht entsprochen. Die Paraphrase könnte jedoch auch der Kategorie „Schuldgefühle“ zugeordnet werden, weil dieser Wunsch überhaupt empfunden wird.

8.10 Kategorie „Mangelnde Unterstützung“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.34	Angehörige mit geringerer Unterstützung weisen die höchsten Depressionswerte auf	Geringe Unterstützung	Mangelnde Unterstützung
Wullers & Reuschenbach 2005, S.248	Enttäuschungen, wenn es darum geht, andere Personen zu finden, die bei der Pflege helfen	Fehlende Hilfsbereitschaft	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27f.	Im Stich gelassen fühlen	Versorgung allein bewältigen	
Piepert 2001, S.483	Hauptpflegepersonen haben vielfach das Gefühl, dass die Bürde der Versorgung ganz auf ihren Schultern liegt		
Gräbel 1998, S.42	Wunsch nach Erholung und Entlastung am Dringlichsten	Wunsch nach Entlastung	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.23	Müssen zwei Haushalte geführt werden	Mehrfachbelastung	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27f.	Besonders pflegende Töchter sind Doppel- und Mehrfachbelastungen ausgesetzt		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.26	Fehlen Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs	Keine Entlastungsangebote	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.31f.	Fehlen Entlastungsangebote		
Wullers & Reuschenbach 2005, S.248	Fehlende Entlastung		
Schnepf 2002, S.209	Stationären Einrichtungen fehlt häufig ein Konzept für die Betreuung	Einrichtungen nicht vorbereitet	
Mamerow 2005, S.26	Nur wenige Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste sind zu einer fundierten Beratung in der Lage		
Mamerow 2005, S.26	Unkenntnis über entlastende Hilfen	Unkenntnis	

Keck 1995, S.78-113	90% haben ihren Gepflegten noch nie in Kurzzeitpflege gegeben (wegen Unkenntnis oder unzureichender Information)		
Mamerow 2005, S.26	Beratende Fachpublikationen und Empfehlungen für die häusliche Pflege kaum bekannt		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.105	Suchen therapeutische Hilfe (z.B. in einer Angehörigenberatung) häufig erst, wenn die eigenen Ressourcen und die der Familie erschöpft sind	Hilfe nicht wahrgenommen	
Schnepf 2002, S.215	Möglichkeiten der Entlastung werden oft nicht wahrgenommen		
Mamerow 2005, S.26	Beratungen werden selten in Anspruch genommen		
Wullers & Reuschenbach 2005, S.248	Pflegedienst wird eventuell nicht in Anspruch genommen		
Maudrey 2005, S.4	Kranke weigert sich, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen		
Kofahl & Mnich 2005, S.491	Gegensatz zwischen verbaler Bekundung und tatsächlicher Inanspruchnahme von Entlastungsmaßnahmen		
Tönnies 2004, S.226f.	Wenig Vertrauen in die Kurzzeitpflege	Misstrauen	
Grond 2005, S.147ff.	Alte Frauen fürchten jüngere Altenpflegerinnen aus Eifersucht		
Wullers & Reuschenbach 2005, S.248	Unvermögen, Hilfe von anderen anzunehmen (aus mangelndem Vertrauen oder weil sie das Gefühl haben, dabei sein zu müssen)		
Tönnies 2004, S.226f.	Schwierige Frage nach der richtigen Vertretung	Keine Vertretung	
Grond In: Tackenberg & Abt-Zegelin 2001, S.48	Schämen sich, um Hilfe bitten zu müssen	Bedrohung sozialer Anerkennung	
ebd. S.48	Schämen sich, Fremde in ihre Intimräume zu lassen		
ebd. S.48	Fürchten von professionell Pflegenden getadelt zu werden		
ebd. S.48	Fürchten, dass Gewalt bekannt werden könnte		
ebd. S.48	Fürchten die Rivalität der professionell Pflegenden	Organisatorische Probleme	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27f.	Auseinandersetzungen mit dem MDK		
Grond In: Tackenberg & Abt-Zegelin 2001, S.48	Pflegende Angehörige brauchen Pflege zur Selbstbestätigung	Bestätigung durch Pflege	
Grond 2005, S.147	Pflegende fühlen sich unersetzlich		
Grond In: Tackenberg & Abt-Zegelin 2001, S.48	Fürchten die Kosten der Pflege	Kosten	
Maudrey 2005, S.4	finanzielle Beanspruchung zu groß		
Maudrey 2005, S.4	Professionelle Hilfe wird nicht immer als Entlastung erlebt, vor allem dann nicht, wenn die Angehörigen mit den erbrachten Leistungen unzufrieden sind	Unzufriedenheit	
Wullers & Reuschenbach 2005, S.248	Enttäuschung über beruflich Pflegenden		

Die Mehrfachbelastung besteht in dem Sinne, dass keine Hilfe verfügbar ist oder angenommen wird. Bei der Bedrohung der sozialen Anerkennung zeigt sich eine Tendenz zu der Kategorie „Ängste“, es geht jedoch um die möglichen Folgen, wenn Hilfe angenommen werden würde – weshalb sie versagt wird.

8.11 Kategorie „Fehlende Anerkennung“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Schnepf 2002, S.212	Ausbleiben von Anerkennung	Keine Anerkennung	Fehlende Anerkennung
Grond 2005, S.147	Nicht anerkannt		
Grond 2005, S.147	Fehlender Dank		
Allerchen 1998, S.61	Pflege als selbstverständlich angesehen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.28	Ausbleiben erwarteter Dankbarkeit		
Grond 1993, S.221	Wunsch nach Anerkennung aus Stolz, eine so schwere Pflege zu leisten	Wunsch nach Anerkennung	
Tönnies 2004, S.228	Kämpfen mit Vorwürfen der Außenstehenden	Kritik	
Tönnies 2004, S.228	Kritik oder Unglauben		
Keck 1995, S.78-113	Kritik der Verwandten bezüglich der Qualität und des Ausmaßes der Pflege		
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27f.	Werden kritisiert		
Maudrey 2005, S.2	Handlungen, die Ekel hervorrufen können, werden im alltäglichen Leben kaum kommuniziert	Tabu	
Hammer 2004, S.2-6	Wenig Verständnis und Einfühlungsvermögen vom Vorgesetzten	Kein Verständnis	
Hammer 2004, S.2-6	Unterstellungen der Kollegen		

8.12 Kategorie „Verfügbarkeit von Informationen“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Grond 2005, S.147	Mangelnde Information über die Schwere von Demenz und Pflege	Mangelnde Information	Verfügbarkeit von Informationen
Bähr 1999, S.59	Unzureichende Information über die genauen Belastungen		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.28	Fehlende Informations- und Entscheidungshilfen		
Schnepf 2002, S.208	Hausärzte klären Angehörige nicht ausreichend auf und verweisen erst mit Nachdruck auf Fachärzte	Schlechte Beratung der Ärzte	
Keck 1995, S.78-113	Information und Beratung durch Ärzte erfolgt unzureichend oder gar nicht		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.27	Unkenntnis über Krankheitsbilder	Unwissen	
Blom & Dujnstee 1999, S.20f.	Angehörige zu wenig über die Krankheit wissen		
Graef et al. 2003, S.924-929	Müssen sich im Supermarkt der Informationsangebote zurechtfinden	Informationsflut	
Graef et al. 2003, S.924-929	Große Wahlfreiheit		
Graef et al. 2003, S.924-929	Viele Angebote existieren unvernetzt nebeneinander		
Graef et al. 2003, S.924-929	Informationsbeschaffung erfolgt zufällig und unsystematisch		
Grond 2005, S.145	Ungewissheit über den Verlauf und die Zukunft	Unvorhersehbarkeit	
Grond 2005, S.147	Unvorhersehbarkeit der Dauer der Pflege und Auffälligkeiten (z.B. Verwirrung)		
Bruder 1987, S.47	Schleichender, oftmals unbemerkter Beginn		
Blom & Dujnstee 1999, S.20f.	Verunsicherung durch Unvorhersehbarkeit		

Bei der Unvorhersehbarkeit spielt die Unkenntnis über das Krankheitsbild eine große Rolle, wenn mit den Informationen auch nur eine grobe Prognose möglich wäre. Dieser Punkt ließe sich somit mehreren Kategorien zuordnen (z.B. „Psychische Belastungen“ oder „Machtlosigkeit und Hilflosigkeit“). Es ist jedoch heute noch nicht möglich, den Verlauf vorherzusagen, was einen Informationsmangel von Seiten der Wissenschaft und Forschung darstellt.

8.13 Kategorie „Probleme im Umgang“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.26	Familiensystem kann sich nicht adäquat auf die Veränderungen einstellen	Umstellungsprobleme	Probleme im Umgang
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.27	Unverständnis bezüglich des Verhaltens	Unverständnis	
Tönnies 2004, S.214	Fehlende Information erschwert den richtigen Umgang	Erschwerter richtiger Umgang	
Bruder 1987, S.49f.	Gestörtes Verhalten wird falsch gedeutet	Fehldeutung	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.23	Fehleinschätzung		
Keck 1995, S.78-113	Falsche Reaktion auf Anschuldigungen, unrichtige Überzeugungen oder Erregtheit		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.27	Übervorsicht im Alltag	Übertreibung	
Grond 1993, S.224f.	Gepflegte wird gedrillt oder vernachlässigt, unterschätzt und aufgegeben		
Mamerow 2005, S.26f.	Falsche Betreuung	Betreuungsfehler	
Schnepp 2002, S.211f.	Vorwurf der Böswilligkeit	Vorwürfe	
Grond 1993, S.224f.	Gepflegte sei böseartig		
Keck 1995, S.78-113	Auffälliges Verhalten wird als Provokation erlebt		
Grond 1993, S.224f.	Eigene Versagensgefühle werden dem Kranken zugeschrieben		
Blom & Dujnstee 1999, S.25	Bevormundung	Bevormundung	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.23	Selbstschädigende Pflegeroutinen	Schädigende Pflege	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.30f.	Mögliche Schädigungen durch falsche Pflorgetechniken		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.23	Gewalt	Gewalt	
Franke 2000, S.70	Gewalt		
Schrön 2005, S.S.59	Konflikte mit den zu hohen Erwartungen an die Möglichkeiten des Erkrankten und an die eigene Belastbarkeit	unrealistische Erwartungen	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.26	Angehörige stellen unmögliche Erwartungen, welche in Enttäuschungen und Konflikten enden (z.B. Aggressionen gegen sich selbst, gegen die Familie und gegen den Gepflegten)		
Grond 2005, S.149	Unrealistische Erwartungen		
Keck 1995, S.78-113	Gesamtsituation unrealistisch eingeschätzt		

Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.28	Nicht demenzspezifisch eingerichtete Wohnungen	Unpassende Wohnung	
Keck 1995, S.78-113	Probleme bei der Beschäftigung des Demenzen	Unsicherheiten im Umgang	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.26f.	Unsicherheiten, mit Weglauftendenzen, depressiven Phasen, sich wiederholenden Fragen, Hinterherlaufen, Unruhe und psychosomatischen Beschwerdeäußerungen adäquat umzugehen		
Schnepp 2001, S.210	Probleme mit dem Umgang und der Pflege		
Schumacher & Kofahl 2005, S.16	Schwierigkeiten, mit den krankheitsbedingten Persönlichkeitsveränderungen, besonders dem veränderten Verhalten und der veränderten Beziehung zum Erkrankten umzugehen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.26	Demenzielle Symptomatik verleugnet oder in ihrem Schweregrad verkannt	Verleugnung	
Grond 2005, S.145	Abwehrhaltung		
Grond 1993, S.224f.	Gepflegter wird versteckt		
Keck 1995, S.78-113	Fragen sich, ob sie das Richtige für den zu Pflegenden tun	Gefühl, nicht das Richtige zu tun	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.26f.	Unsicherheit, auch wirklich genug für den Angehörigen zu tun		

Das Gefühl, nicht das Richtige zu tun, ist dieser Kategorie zuzuordnen, weil die Pflegenden nicht wissen, wie sie den zu Pflegenden richtig behandeln sollen. Die Verleugnung zeigt, dass der richtige Umgang, nämlich sich auf den Erkrankten einzustellen und sich in seine Welt einzufühlen, nicht möglich ist.

8.14 Kategorie „Belastung der Gesundheit“

Eine strikte Trennung zwischen psychischen und physischen Erkrankungen ist kaum möglich (selbst in der Literatur nicht), weshalb die Unterscheidung tendenziell erfolgte.

8.14.1 Belastungen psychisch-psychosomatischer Natur

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Tönnies 2004, S.209	Ständige Anspannung	Anspannung	Psychisch-psychosomatische Belastung
Tönnies 2004, S.209	Druck		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.22	Aufgeriebenheit		
Keck 1995, S.78-113	Übermäßige Nervosität		
Keck 1995, S.78-113	Innere Unruhe		
Tönnies 2004, S.228	Aufzehrung	Erschöpfung	
Bruder 1987, S.49	Erschöpfung		
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.13	Erschöpfung		
Gräbel 1998, S.40	Erschöpfung		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Erschöpfungszustände		
Grond 2005, S.147	Pflegenden emotional erschöpft		
Wullers & Reuschenbach 2005, S.246f.	Die wenigen Stunden, die der Pflegende für sich hat, reichen nicht aus um sich von den Belastungen des Alltags zu erholen (glauben z.B. dass ihnen Erholung nicht zusteht)		
Schrön 2005, S.59	Grenzen der eigenen Belastbarkeit überschritten	Überforderung	

Allerchen 1996, S.60-65	Überforderung		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.23	Selbstüberforderung		
Tönnies 2004, S.228	Überforderung		
Schumacher & Kofahl 2005, S.15	Überforderung		
Keck 1995, S.78-113	Überforderung		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.30f.	Burnout		
Tönnies 2004, S.228	Überforderung		
Keck 1995, S.78-113	Belastung geht über das erträgliche Maß und die verfügbare Kraft hinaus		
Pflegekraft, Z.422ff.	Ehegatten und Kinder sind überfordert		
Schnepf 2002, S.215	Niedergeschlagenheit	Niedergeschlagenheit	
Keck 1995, S.78-113	Depressive Verstimmungen		
Keck 1995, S.78-113	Niedergeschlagenheit		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Pessimismus		
Franke 2000, S.69f.	Pessimismus		
Blom & Duijnste 1999, S.22	Müdigkeit	Schlafstörungen	
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.13	Schlaf- und Appetitstörungen		
Blom & Duijnste 1999, S.22f.	Chronische Müdigkeit		
Franke 2000, S.69f.	Schlafstörungen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Schlafstörungen		
Keck 1995, S.78-113	Schlaflosigkeit		
Maudrey 2005, S.2	Verminderte geistige Fitness	Konzentrations-schwierigkeiten	
Hammer 2004, S.2-6	Konzentrationschwäche		
Keck 1995, S.78-113	Reizbarkeit	Reizbarkeit	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Reizbarkeit		
Franke 2000, S.69f.	Reizbarkeit		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Feindseligkeit		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Geringeres Ausmaß an Lebenszufriedenheit	Weniger Lebens-zufriedenheit	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Eigener Gesundheitszustand wird schlechter als der des Demenzkranken bewertet		
Keck 1995, S.78-113	Nicht zufrieden mit dem gegenwärtigen Leben		
Piepert 2001, S.482	Traurigkeit	Trauer	
Piepert 2001, S.482	Kummer		
Allerchen 1996, S.60-65	Trauer		
Keck 1995, S.78-113	Trauer		
Franke 2000, S.69f.	Entschlussunfähigkeit	Antriebslosigkeit	
Keck 1995, S.78-113	Antriebslosigkeit		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Zeigen sich im Vergleich der altersentsprechenden Allgemeinbevölkerung mehr psychosomatische Beschwerden	Mehr psychosomatische Beschwerden	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Appetitlosigkeit	Appetitlosigkeit	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Erhöhter Konsum an Beruhigungs- und Schlafmitteln	Sucht	

Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.31f.	Suchtverhalten erhöht		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.31f.	Suizidgefahr erhöht	Suizidgefahr	
Keck 1995, S.78-113	Suizidgedanken		
Allerchen 1996, S.60-65	Scham	Scham	
Allerchen 1996, S.60-65	Ekel		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.32f.	Scham		
Allerchen 1996, S.56	Verlegenheit		
Allerchen 1996, S.56	Peinlichkeit, weil andere sich bedroht oder verlegen fühlen könnten		
Krauß 2006, S.33	Scham über vermeintliche Defizite		
Keck 1995, S.78-113	Scham über den Zustand		
Hammer 2004, S.2-6	Geringe Belastbarkeit		Geringe Belastbarkeit
Keck 1995, S.78-113	Verzweiflung		Verzweiflung
Blom & Dujnstee 1999, S.20f.	Unsicherheit, Verzweiflung und Irritation vor der Diagnose		
Bruder 1987, S.49f.	Man fühlt sich verletzt	Kränkung	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.30	Fühlt sich gekränkt		
Grond 1993, S.222	Versagensgefühle	Versagensgefühle	
Keck 1995, S.78-113	Versagen		
Grond 2005, S.147	Enttäuscht über eigene Grenzen		
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	Hoffnung auf Verbesserung werden immer wieder zerstört	Zerstörte Hoffnung	
Keck 1995, S.78-113	Wut	Aggressionen	
Keck 1995, S.78-113	Aggressionen		
Keck 1995, S.78-113	Arger		
Pflegekraft, Z.513-517	Hat mich schon wieder so weit gebracht, am liebsten hätte ich ihr eine runtergehauen		
Franke 2000, S.70	Aggressive Gefühle		
Grond 2005, S.145	Wut gegen das anklammernde oder unvorhersehbare Verhalten		
Grond 1993, S.30	Pflegenden sind enttäuscht und wütend über die Abhängigkeit des demenzkranken Angehörigen		
Keck 1995, S.78-113	Können neue Lebenssituation nicht akzeptieren	Akzeptanzprobleme	
Bähr 1999, S.59ff.	Frustration	Frustration	

8.14.2 Belastungen physisch-psychosomatischer Natur

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.30f.	Gliederschmerzen	Schmerzen	Physisch-psychosomatische Belastungen
Mück 2002	Gliederschmerzen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Chronische Schmerzen		
Gräbel 1998, S.40	Gliederschmerzen		
Maudrey 2005, S.2	Rückgang körperlicher Vitalität	Vitalitätseinbußen	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.23	Verschlimmerung eigener Erkrankung	Verschlimmerung von Erkrankungen	

Büscher 2003, S.13	Verschlechterung der eigenen Gesundheit		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Beeinträchtigungen des Herzens und der Gefäße	Herz-/ Kreislaufprobleme	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Erhöhung der Herzfrequenz		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Erhöhung des Blutdrucks		
Keck 1995, S.78-113	Herzbeschwerden		
Allerchen 1996, S.55	Herz-/ Kreislauferkrankungen		
Gräbel 1998, S.40	Herz- und Magenbeschwerden bei den Pflegepersonen eines Demenzpatienten ausgeprägter als bei denjenigen, die einen älteren Menschen mit weitgehend unbeeinträchtigter kognitiver Leistungsfähigkeit pflegen		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Schwächung des Immunsystems		Schwächere Abwehr
Mück 2002	Allergieanfälligkeit	Magenprobleme	
Mück 2002	Magenbeschwerden		
Keck 1995, S.78-113	Magen-/ Darmbeschwerden		
Allerchen 1996, S.55	Magenulcera		
Mück 2002	Schlechtere Wundheilung	Wundheilungsprobleme	
Franke 2000, S.70f.	Angehörige Demenzkranker bei Körperbeschwerden in allen Beschwerdekomplexen am stärksten belastet	Körperbeschwerden	
Gräbel 1998, S.68	Je größer die subjektive Gesamtbelastung, umso ausgeprägter auch die körperlichen Beschwerden		
Keck 1995, S.78-113	Rückenbeschwerden	Rückenprobleme	
Allerchen 1996, S.55	Migräne	Migräne	
Keck 1995, S.78-113	Atmungsbeschwerden	Atmungsprobleme	

8.15 Kategorie „Hilflosigkeit und Machtlosigkeit“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Tönnies 2004, S.208	Gefühl der Ausweglosigkeit	Ausweglosigkeit	Hilflosigkeit und Machtlosigkeit
Schumacher & Kofahl 2005, S.14	Aussichtslosigkeit der Situation		
Tönnies 2004, S.6	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	
Drenhaus-Wagner 2002, S.76	Hilflosigkeit		
Grond 1993, S.222	Hilflosigkeit, weil eine Besserung auf sich warten lässt		
Keck 1995, S.78-113	ohnmächtige Hilflosigkeit		
Keck 1995, S.78-113	empfinden sich als hilflose Zuschauer		
Allerchen 1996, S.60-65	Hilflosigkeit		

Schumacher & Kofahl 2005, S.16	Hilflosigkeit, mit der Situation richtig umzugehen		
Keck 1995, S.78-113	Hilflosigkeit		
Schnepp 2002, S.212	Machtlosigkeit	Ohnmacht	
Bähr 1999, S.59ff.	Ohnmacht		
Grond 2005, S.147	Ohnmächtiges Gefühl		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.31	Gefühl, die Situation nicht mehr kontrollieren zu können	Unkontrollierbarkeit	
Blom & Duijnste 1999, S.20f.	Gefühl, wenig Kontrolle über dieses Verhalten zu haben		
Schnepp 2002, S.212	Resignation	Ergebung	
Schnepp 2002, S.212	Entmutigung		
Drenhaus-Wagner 2002, S.76	Mutlosigkeit		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Resignation		
Keck 1995, S.78-113	Resignation		

Die Ergebung wurde dieser Kategorie und nicht der Kategorie „Psychische Belastungen“ zugeordnet, da das Aufgeben die Machtlosigkeit verdeutlicht. Ein ähnlicher Begriff, die Frustration, die der Kategorie „Psychische Belastungen“ untergeordnet wurde, ist hingegen mit Enttäuschung gleichzusetzen.

8.16 Kategorie „Schuldgefühle“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	
Grond 2005, S.147	Schuld- und Versagensgefühle	Schuld- und Versagensgefühle	Schuldgefühle	
Grond 2005, S.145	Schuldgefühle und Gram als vorwegnehmende Trauer			
Keck 1995, S.78-113	Schuldgefühle			
Stuhlmann 1997, S.70	Schuld- und Versagensgefühle, die besonders heftig beim Anklingen von aggressiven Gefühlsimpulsen oder eigenen Interessen auftreten			
Stuhlmann 1997, S.70	denken, sie hätten früher im Umgang mit dem Patienten versagt			
Stuhlmann 1997, S.70	glauben, dem Patienten nicht gerecht zu werden			
Grond 1993, S.222f.	Schuldgefühle, wenn sie selbst aggressiv werden, denn der Kranke kann ja nichts dafür			
Allerchen 1996, S.64	Der wenige Freiraum, den man sich gönnt, kann nicht genutzt werden, weil man Schuldgefühle hat oder nicht abschalten kann			
Angehörige, Z.253-257	Sie ist gerne im Grünen, das tat mir auch Leid irgendwo, sie jetzt so hinzugeben			
Angehörige, Z.253-257	rastet man auch schon mal aus und sagt auch schon mal was, was da hinterher leid tut. Ich meine, man sagt sich ja: „Mensch, vielleicht kann sie ja nichts dafür!“			
Stuhlmann 1997, S.70	werfen sich selbst vor, sie hätten zu wenig Geduld			Vorwürfe
Stuhlmann 1997, S.70	Werfen sich vor, sie hätten mangelndes Einfühlungsvermögen			
Stuhlmann 1997, S.70	Werfen sich vor, sie könnten sich ihnen nicht liebevoll genug zuwenden			
Stuhlmann 1997, S.70	Glauben, sie hätten vielleicht mit zum Ausbruch der Krankheit beigetragen oder seien verantwortlich für eine Verschlechterung			

Keck 1995, S.78-113	Bedauern früherer Versäumnisse, unzureichender Betreuung oder des unaufhaltsamen Verlaufs		
Stuhlmann 1997, S.70	Versprechen, den Patienten niemals in ein Heim zu geben	Versprechen	
Tönnies 2004, S.211	Rechtfertigungszwang vor sich selbst	Rechtfertigungszwang	
Bähr 1999, S.58	Gefühl, dem Erwartungsdruck standhalten bzw. gerecht werden zu müssen		
Grond 1993, S.222f.	fühlen sich zu Dank verpflichtet	Verpflichtungsgefühl	
Grond 1993, S.222f.	Hilfe von außen abgelehnt um die Schuldgefühle zu beruhigen		
Allerchen 1996, S.60-65	Schlechtes Gewissen		
Stuhlmann 1997, S.70	Auch wenn die Kräfte nicht mehr ausreichen das Versprechen zu halten, fühlen sie sich weiter verpflichtet und verantwortlich – bis zum körperlichen oder seelischen Zusammenbruch		
Blom & Duijnste 1999, S.25	Pflicht- und Verantwortungsgefühle		

Die Paraphrase „Der wenige Freiraum, den man sich gönnt, kann nicht genutzt werden, weil man Schuldgefühle hat oder nicht abschalten kann“ wurde hier zugeordnet, da der Schwerpunkt auf die Aussage, man habe Schuldgefühle, gelegt wurde.

8.17 Kategorie „Leid ansehen müssen“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.30	Trauer über den körperlichen und seelischen Abbau	Verfall	Leid ansehen müssen
Blom & Duijnste 1999, S.25	muss den Verfall miterleben		
Franke 2000, S.69f.	Traurigkeit über das Schicksal	Schicksal	
Gräbel 1998, S.47	Trauer über das Schicksal der gepflegten Person		
Grond 2005, S.147	Trauer über das langsame Sterben des Pflegebedürftigen	Langsames Sterben	
Krauß 2006, S.33	Angehörigen leiden am Sterben der gemeinsamen Biographie		
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	Pflegenden sind mit einem beständigen Abschiednehmen von Fähigkeiten und vertrauten Persönlichkeitsmerkmalen konfrontiert	Abschiednehmen	
Drenhaus-Wagner 2002, S.76	Prozess des Abschiednehmens		
Bruder 1987, S.52	anstrengende Wartestellung der Seele aufgrund dieses kontinuierlichen Abschieds		
Zank & Schacke, ohne Jahr, S.7	Durch die Konfrontation mit Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Einbußen bedeutet das Zusammensein mit einem Demenzkranken ein langsames, mit Gefühlen der Trauer verbundenes, Abschiednehmen von dem geliebten Menschen		
Blom & Duijnste 1999, S.25	Man verliert zusehends mehr von der Person, die man liebt		
Grond 1993, S.223	Täglich z.B. eine bisher tatkräftige Mutter verworren zu erleben, kann einen größeren Verlust als der Tod selbst bedeuten, weil der Körper noch funktioniert, die Persönlichkeit aber nicht wiederzuerkennen ist	Änderungen verkraften	

Tönnies 2004, S.6	Wesensänderungen verkraften		
Angehörige, Z.375-382	Und jetzt auf einmal so ein Frack, möchte man bald sagen. Das ist schon irgendwo, irgendwo kann man das als Tochter nicht richtig verarbeiten.		
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.32f.	Erleben von Hinfälligkeit, Krankheit und Hilfebedürftigkeit	Hinfälligkeit	
Allerchen 1996, S.60-65	Konfrontation mit der Hinfälligkeit		
Blom & Duijnste 1999, S.25	Betroffenheit	Mitleid	
Blom & Duijnste 1999, S.25	Mitleid		
Blom & Duijnste 1999, S.25	Fortschreiten der Krankheit berührt		

Die Trauer über das Schicksal wurde dieser Kategorie zugeteilt, da das Schicksal unaufhaltsam ist. Der Schwerpunkt liegt hier also nicht auf der Trauer, sondern auf dem Schicksal. Das Mitleid zählt zu dieser Kategorie, weil die Pflegenden mit dem Betroffenen mitfühlen bzw. –leiden, aber nicht helfen können.

8.18 Kategorie „Ängste“

Quelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Schumacher & Kofahl 2005, S.14	Ängste, sein Vermögen zu verlieren	Verarmungsängste	Ängste
Schumacher & Kofahl 2005, S.14	Sorgen um den Gepflegten	Sorgen	
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.27-30	Angst vor der eigenen Hinfälligkeit bzw. vor dem eigenen Tod	Angst vor eigenem Tod	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	müssen sich mit der Endlichkeit des Lebens auseinandersetzen		
Schönberger & Kardoff, ohne Jahr, S.27-30	Angst vor Verschlechterung oder Tod	Angst vor Verschlechterung oder Tod	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	Angst vor der Verschlimmerung der Krankheit		
Grond 2005, S.144	Angst, zu versagen	Versagensängste	
Grond 1993, S.222f.	fürchten, etwas verkehrt zu machen oder Vorwürfe zu hören		
Grond 2005, S.144	Angst, sich selbst zu erschöpfen	Angst zu erkranken	
Grond 2005, S.144	Angst, krank zu werden		
Grond 2005, S.144	Angst, im Alter selbst demenzkrank zu werden		
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	Angst vor der eigenen Erschöpfung		
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	Angst vor der eigenen Erkrankung		
Grond 2005, S.144	Angst, abgelehnt oder verlassen zu werden	Verlassensängste	
Grond 2005, S.144	Alte Trennungsängste leben auf		
Grond 2005, S.144	Angst vor ungewisser Zukunft, was noch alles auftreten kann und wie lange es noch dauern wird	Zukunftsängste	
Bruder 1987, S.47	Angst vor der Unbeeinflussbarkeit und Unausweichlichkeit		
Keck 1995, S.78-113	Zukunftsangst		
Allerchen 1996, S.60-65	Ängste vor der Zukunft		

Grond 2005, S.147	Angst vor Entscheidungen	Angst vor Entscheidungen
Bruder 1987, S.53	Ängste und Widerstände auf dem Weg zu mehr Autonomie	
Dirksen, Matip & Schulz 1999, S.27	Angst vor Inkontinenz, dem damit verbundenen Ekel	Angst vor Inkontinenz
Blom & Duijnstee 1999, S.20f.	Angst vor unvorhersehbarem und sicherheitsgefährdendem Verhalten	Angst vor dem Verhalten
Büscher 2003, S.13	Angst vor unvorhersehbarem Verhalten	
Blom & Duijnstee 1999, S.28f.	Angst vor der Reaktion der Umgebung	
Angehörige, Z.476ff.	mussten den Herd abdrehen, weil wir Angst hatten, dass sie irgendwas mal brennen lässt	
Angehörige, Z.448	Angst, dass was passieren kann mit ihr	
Angehörige, Z.450	bin zwar insofern noch nicht ganz ruhig, weil ich eben weiß, dass sie immer Theater macht, sie nachts nicht schläft	
Keck 1995, S.78-113	Angst vor Aggressionsdurchbrüchen	
Keck 1995, S.78-113	fürchten fremd- und eigengefährdende Verhaltensweisen	
Blom & Duijnstee 1999, S.22f.	Unsicherheit und Furcht, sich falsch zu verhalten oder die Situation erklären zu müssen	
Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.30f.	Verstärkte Ängstlichkeit	

9. Positive Effekte durch die Pflege

Um die Versorgungssituation nicht in einem zu schlechten Licht dastehen zu lassen, geht die Autorin anschließend auf die positiven Effekte ein.

Zank, Schacke und Leipold (2006) geben an: „Eine längere Pflegedauer sagte persönliches Wachstum besonders während der ersten fünf Jahre vorher.“

Pinquart und Sörensen (2004, S. 17f. In: Schrön 2005, S.67) haben herausgefunden, dass bis zu 90% der Pflegenden berichten sich nützlich zu fühlen, dass durch Anerkennung ihr Selbstwertgefühl gesteigert wird und die emotionale Nähe zum Gepflegten zunimmt.

Jugendliche gaben nach Zank und Schacke (ohne Jahr, S.12) an, dass sie zwangsläufig mehr Zeit mit ihren Geschwistern verbrachten und dies die Beziehungen verbessert hatte, dass das Verhältnis zur Hauptpflegeperson (in der Regel die Mutter) inniger geworden sei und sie nun größeres Verständnis für alte Menschen haben.

Die Zunahme der körperlichen Pflegebedürftigkeit und damit die damit verbundene geringere Unruhe kann auch eine Belastungsreduzierung zur Folge haben. Ein Zitat verdeutlicht dies: „Also, er ist sehr hilflos, aber mich stört das nicht...ich erlebe das jetzt als eine Erleichterung, und dass ich ihn mehr pflegen muss, das macht mir nicht viel aus.“ (Wilz, Adler & Gunzelmann 2001, S.35).

Einen persönlichen Gewinn stellt nach Grond (2005, S.151) die Freude der Tochter dar, wieder mit ihrer Mutter zusammensein zu können und anerkannt zu werden.

Männliche Pflegende bewerten die Partnerpflege positiver als Frauen, als weniger belastend und sogar mehr als Gewinn (Gräbel 1998, S.44). Immerhin 85% der Pflegenden geben ein gutes Gefühl durch die Pflege und Betreuung an (Kofahl & Mnich 2005, S.492).

10. Fazit und Ausblick

Mit dieser Arbeit konnten nun die vielfältigen physischen, psychischen und sozialen Belastungen der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz aufgezeigt werden, die bisher anhand von verschiedenen und eingangs beschriebenen Instrumenten in der Literatur und im Internet erhoben wurden – wenn bei der vorliegenden Fülle an Daten auch nicht alle berücksichtigt werden konnten. Einige Aussagen aus den selbst durchgeführten Interviews sollten als Ergänzung dienen. Es zeigt sich aber auch, dass es nur wenige Werke gibt, die das Belastungsspektrum umfassend wiedergeben können.

Das negative Bild von der Pflege- bzw. Versorgungssituation, welches im Voraus durch Gespräche mit den pflegenden Angehörigen sowie durch eine kurze Literaturrecherche dargestellt wurde, wurde im Großen und Ganzen bestätigt. Es fanden sich aber auch widersprüchliche Ergebnisse, wie z.B. in der Kategorie „Mangelnde Unterstützung“, in der deutlich wurde, dass dieser Mangel unverschuldet, aber auch gewollt sein kann. Sogar positive Effekte wurden im Rahmen der Pflege eines Menschen mit Demenz in der Literatur vertreten.

Die Hypothese lautete: „Pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen sind physisch, psychisch und sozial stark belastet.“ Diese Hypothese ist also bestätigt. Vielfältige Belastungserscheinungen wurden zusammengetragen. Insgesamt konnte ich 18 Belastungskategorien – in Anlehnung an Mayrings qualitative Inhaltsanalyse – ableiten, deren Beziehung zueinander auf einem Schaubild im Anhang zu ersehen ist. Es zeigt sich, dass einige Kategorien wiederum anderen Kategorien zuzuordnen sind: Die Kategorien „Schuldgefühle“, „Ängste“, „Leid ansehen müssen“, „Hilflosigkeit und Machtlosigkeit“ sowie „Einsamkeit bzw. Isolation“ und weitere lassen sich der Kategorie „Psychisch-psychosomatische Belastungen“ zuordnen, doch deren Paraphrasen wurden häufig genannt, weshalb sie als gesonderte Kategorien formuliert wurden. Die Kategorie „Psychisch-psychosomatische Belastungen“ setzt sich hingegen aus vereinzelt bzw. seltener beschriebenen Paraphrasen zusammen, die daher keiner eigenen Kategorie bedürfen.

Die anfangs beschriebene Versorgungssituation hat verdeutlicht, dass insbesondere Frauen die Pflege erbringen und damit den Belastungen ausgesetzt sind. Regentin

(2006, S.27f.) wies nach, dass Frauen stärker an gesundheitlichen Beschwerden leiden, jedoch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Frauen wie Männer mehr Beschwerden aufweisen. Gräbel (1998, Tab.19 im Anhang) wies nach, dass Frauen in vielen Bereichen subjektiv stärker belastet sind. Gräbel (1998, S.61) zeigt auch, dass „die Pflegepersonen ausgeprägtere Gesamtbeschwerden (...) als die vergleichbare „Normalbevölkerung“ aufweisen“ (im Anhang befindet sich ein Vergleich zwischen Pflegenden von Menschen mit Demenz und der Gesamtstichprobe). Er hat des Weiteren herausgestellt, dass selbstbeurteilte körperliche Beschwerden aus den Bereichen Erschöpfung, Gliederschmerzen sowie Herz- und Magenbeschwerden bei den Pflegepersonen eines Demenzpatienten ausgeprägter sind als bei denjenigen, die einen älteren Menschen mit weitgehend unbeeinträchtigter kognitiver Leistungsfähigkeit pflegen. Die „(...) stärkere subjektive Belastung der Pflegepersonen eines Demenzpatienten drückt sich besonders in häufigeren interpersonellen Konflikten sowie Reibungspunkten zwischen der Pflege und sonstigen Aufgaben aus.“ (ebd. S.45). Zusammenfassend formulieren Zank und Schacke (ohne Jahr, S.7): „(...) zeigen Studien zur häuslichen Pflege Demenzkranker im Vergleich zur Pflege Nichtdemenzkranker den höheren Belastungsgrad der pflegenden Angehörigen Demenzkranker.“ Schreiber und weitere (1999, S.134 In: Schrön 2005, S.57) führen diese stärkere Belastung auf das Krankheitsbild und besonders auf die Verhaltensauffälligkeiten des an Demenz Erkrankten zurück. Diese Ergebnisse machen letztendlich den Unterschied zu den Belastungen anderer pflegender Angehörigen aus.

Es wurden Belastungsmodelle und in diesem Zusammenhang auch Einflussfaktoren auf das Belastungsempfinden vorgestellt. Viel Wert wurde in diesen Modellen auf objektive und subjektive Faktoren gelegt. Das ist in dem Sinne relevant, da viele Autoren, unter anderem Schrön (2005, S.57), feststellten, dass sich das Belastungsempfinden bei gleicher objektiver Belastung bei den Pflegenden unterscheidet. Auch Gunzelmann und Oswald (2005, S.236f.) meinen, die subjektive Belastung sei nicht unmittelbare Folge der objektiven Bedingungen der Pflege: Die individuelle Bewertung der Bedingungen, das Ausmaß an wahrgenommener Unterstützung, die Bewältigungsstrategien oder die Beziehungsqualität führen demnach bei gleichen objektiven Bedingungen zu unterschiedlichen Belastungsempfindungen. Also ist das Belastungsempfinden subjektiv gefärbt und unabhängig von den Pflege- und Betreuungsaufgaben. Es gibt zum Beispiel Angehörige, die stark belastet sein müssten, aber eine hohe Lebensqualität angeben und umgekehrt (Kofahl & Mnich 2005, S.492).

Diese Arbeit soll nun aber nicht mit dem Fazit abschließen, dass alle pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz durch die gesamten Belastungserscheinungen/ -kategorien, wie sie herausgestellt wurden, betroffen sind. Die Belastungen werden eben unterschiedlich wahrgenommen: Manche Belastungen werden gar nicht

empfunden, andere treten ganz besonders stark hervor und wieder andere sind hier unter Umständen gar nicht aufgezählt. Es gibt jedoch, wie schon angesprochen, auch Gewinne, die man aus der Pflege ziehen kann. Hierzu ein Zitat:

„Basis für eine optimistischere Haltung gegenüber der Demenz ist, sie vor allem als Behinderung zu sehen und nicht als Krankheit. Eine Krankheit muß geheilt werden und wenn dies nicht gelingt, stellt sich leicht Verzweiflung ein. Wenn man Demenz – nach angemessener Behandlung – als Schicksalhaft akzeptiert und als eine Form von Behinderung ansieht, ist man in der Lage, nach kleinen Freuden zu streben, die auch an Demenz erkrankte Menschen erleben und genießen können: Kränkungen und Streß vermeiden und relatives Wohlbefinden erreichen trotz der schrecklichen Krankheit und der damit verbundenen Leiden für die Betroffenen und vor allem auch für die ihnen nahe stehenden Menschen, die sie begleiten, pflegen und betreuen.“ (Rückert 2001, S.265).

Es geht also darum, eine andere Haltung gegenüber der Erkrankung einzunehmen, sie nämlich als Behinderung anzusehen, da sie ja nicht heilbar ist. Auch die Gesellschaft muss mehr auf die Situation der Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aufmerksam gemacht werden, was in letzter Zeit schon zunehmend gelang. So wurden Tagespflegeeinrichtungen und WGs für Menschen mit Demenz gegründet (wenn auch noch zu wenig), es gibt eigene Betreuungskonzepte und in den Heimen bemüht man sich immer mehr, sich auf diese Menschen einzustellen (z.B. anhand von Beschäftigungsangeboten oder durch die räumliche und bauliche Gestaltung). Erhebungsinstrumente für die Einschätzung, ob eine Demenz vorliegt und in welchem Stadium und sogar ein eigener Expertenstandard wurden entworfen.

Die Rolle der Angehörigen und ihre Leistungen, die sie bei der Pflege und Betreuung beinahe jeden Tag erbringen, sollte man sich jedoch immer wieder vor Augen führen.

Literaturverzeichnis

Bücher

- Allerchen, P.:** Demente ältere Menschen in der Familie. Eine explorative Studie zu den Möglichkeiten und Grenzen der Entlastung pflegender Angehöriger durch Tagespflege-Einrichtungen. Evangelische Heimstiftung e.V.: Stuttgart 1996
- Bähr, M.:** Pflegebedürftigkeit – was nun? Wenn die Eltern älter werden. 1.Auflage. Verlag Ullstein Medical: Wiesbaden 1999
- Blom, M., Duijnste, M.:** Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompaß die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen. Deutsche Ausgabe herausgegeben von W. Schnepf. Verlag Hans Huber: Bern et al. 1999
- Brockhaus Enzyklopädie** in vierundzwanzig Bänden. 19. Auflage. 1. Band. F.A. Brockhaus: Mannheim 1987
- Brockhaus Enzyklopädie** in vierundzwanzig Bänden. 19. Auflage. 3. Band. F.A. Brockhaus: Mannheim 1987
- Bruder, J.:** Wenn der Geist schwindet.: senil Demente in der Familie. In: Dörner, K., Egetmeyer, A., Koenning, K.: Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen. 3. Auflage. Psychiatrie-Verlag: Bonn 1987
- Dirksen, W., Matip, E.-M., Schulz, C.:** Wege aus dem Labyrinth der Demenz. Das Praxishandbuch für Profis. Alexianer-Krankenhaus GmbH: Münster 1999
- Drenhaus-Wagner, R.:** Personelle Unterstützung in der Wohnung. Themenblock B. Angehörige und informelle Helfer. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Demenzbewältigung in den eigenen vier Wänden. Workshop Dokumentation: Köln 2002
- Franke, L.:** Psychosoziale Beratung für Angehörige Demenzkranker. Erste Konturen der verschiedenen Nutzerprofile von Ehegatten und Kindern. Kasseler Gerontologische Schriften, Band 24. Universität Gesamthochschule Kassel 2000
- Gräbel, E.:** Belastungen und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. 2. Auflage. Verlag Hänssel-Hohenhausen: Egelsbach, Frankfurt a.M., Washington 1998
- Grond, E.:** Praxis der psychischen Altenpflege. Betreuung körperlich und seelisch Kranker. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –neurologie für Altenpfleger, Schwestern, Helfer, Sozialarbeiter, pflegende Angehörige und auszubildende Ärzte. 10. Auflage. Werk-Verlag Dr. E. Banaschewski: München-Gräfelfing 1993

- Grond, E.:** Pflege Demenzkranker. 3. Auflage. Brigitte Kunz Verlag: Hannover 2005
- Gunzelmann, T., Oswald W. D.:** Gerontologische Diagnostik und Assessment. Verlag Kohlhammer: Stuttgart 2005
- Keck, M.E.:** Die Auswirkungen dementieller Erkrankungen älterer Menschen auf pflegende Angehörige: Vergleich der senilen Demenz vom vaskulären Typ und der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ unter besonderer Berücksichtigung der Symptomatologie. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Friedrichshafen 1995
- Kofahl et al.:** Welche Unterstützung erfahren betreuende Angehörige älterer Menschen in Europa? In Klie, T. et al.: Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen: Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main 2005
- Mayring, P.:** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6. Aufl. Beltz Verlag: Weinheim und Basel 1997
- Mayring, P.:** Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Beltz Verlag: Weinheim und Basel 2002
- Mayring, P.:** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. Beltz Verlag: Weinheim und Basel 2003
- Rückert, W.:** Türöffnungskonzept des KDA zum „Erträglich-Machen“ der Demenz. In: Tackenberg, P., Abt-Zegelin, A.: Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. 2. Auflage. Mabuse-Verlag: Frankfurt a.M. 2001
- Scheele, N.:** RSS-Ratgeber. Pflegerecht. Profi-Tips für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegedienste. Verlag R.S. Schulz: Starnberg 1999
- Schnepp, W. (Hg):** Angehörige pflegen. 1. Auflage. Verlag Hans Huber: Bern et al. 2002
- Schönberger, C., v. Kardoff, E.:** Zu Hause pflegen – Unterstützung der Angehörigen. Analysen und Konzepte die Praxis – Ein Leitfaden. IGF (Institut für Gerontologische Forschung e.V.): Berlin (ohne Jahr)
- Stiller-Harms, C., Weipert, H., Grundei, M.:** Pflege zu Hause. Information, Begleitung, Unterstützung für pflegende Angehörige. 2. Auflage. Klett Verlag: Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig 2001
- Stuhlmann, W.:** Beratung der Angehörigen. In: Wächtler, C. (Hg.): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Thieme Verlag: Stuttgart, New York 1997
- Tönnies, I.:** Abschied zu Lebzeiten. Wie Angehörige mit Demenzkranken leben. 1. Auflage. Psychiatrie-Verlag: Bonn 2004

Wilz, G., Adler, C., Gunzelmann, T.: Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. Hogrefe Verlag für Psychologie: Göttingen et al. 2001

Fachzeitschriften

Büscher, A.: Familienorientierung in der Pflege von Demenzkranken. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin. 55. Jahrgang. Urban & Vogel Verlag – Medien und Medizin Verlagsgesellschaft: Berlin 03/2003, S.12ff.

Graef, L. et al.: Angehörigenbegleitung. Dement - was nun? Eine Auseinandersetzung mit der Beratungs- und Informationssituation pflegender Angehöriger. In: Die Schwester, Der Pfleger. Fachzeitschrift für Pflegeberufe. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH: 12/2003, S.924-929

Hammer, R.: Pflegende Angehörige – Frauen zwischen Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege. In: Pflege Zeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege. 57. Jahrgang. Kohlhammer Verlag: Stuttgart 11/2004, S.2-8

Hommel, T.: Pflegebereitschaft bei Angehörigen. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin. 58. Jahrgang. Urban & Vogel Verlag – Medien und Medizin Verlagsgesellschaft: Berlin 02/2001

Knauf, A.-F.: Geteiltes Leid. In: Altenpflege-Magazin für Fachkräfte in der Altenpflege. 27. Jahrgang. Vincentz-Verlag: Hannover 10/2002, S.29f.

Kofahl, C., Mnich, E.: Pflege von Familienmitgliedern. Entlastungsangebote werden zu wenig genutzt. In: Pflege Zeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege. 58. Jahrgang. Kohlhammer Verlag: Stuttgart 08/2005, S.489-494

Mamerow, R.: Beratung für Angehörige von Menschen mit Demenz. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin. 57. Jahrgang. Urban & Vogel Verlag – Medien und Medizin Verlagsgesellschaft: Berlin 12/2005, S.26f.

Piepert, M.: Demente Angehörige: Die Rollen in der Familie werden neu verteilt. In: Pflege Zeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege. 54. Jahrgang. Kohlhammer Verlag: Stuttgart 07/2001

Reggentin, H.: Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter. Die Versorgungsform spielt eine Rolle. In: Pflege Zeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege. 59. Jahrgang. Kohlhammer Verlag: Stuttgart 01/2006, S.25-28

Wullers, N., Reuschenbach, B.: Erholung pflegender Angehöriger: „Ich hab schon vor, das noch eine Weile zu machen“. In: Pflege Zeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege. 58. Jahrgang. Kohlhammer Verlag: Stuttgart 04/2005, S.246-249

Internet

- Gräbel, E.:** Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Online 09.01.2007.
<http://www.springerlink.com/content/c2g4n5nt6twxkux9/>
- Hasenöhrl, N.:** Demenzkranke: Angehörigen unter die Arme greifen. Online 05.02.2007.
<http://www.medizin-medien.info/dynasite.cfm?dssid=4169&dsmid=76497&dspaid=594799>
- Henke, Prof. Dr. U.:** Zum Kohärenzgefühl pflegender Angehöriger. Online 21.02.2007.
<http://www.efh-bochum.de/homepages/henke/pdf/Kohaerenzgefuehl.pdf>
- Kaiser, G. et al. :** Die Übereinstimmungsvalidität des „Carers' Needs Assessment for Dementia“ (CNA-D). In: Neuropsychiatrie, Band 19, Nr.4/2005, S.134-140. Online 04.02.2007. http://www.dustri.de/zd/ne/volltext/closed/05-04/ne04_134.pdf
- Knauf, A.-F.:** Demenz und pflegende Angehörige. Eine Intervention zur Steigerung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln. Online 09.01.2007.
<http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2004/1297/pdf/DissertationKnauf.pdf>
- Krauß, A.:** Ehrenamtliche Hilfen zur Unterstützung pflegender Angehöriger dementiell erkrankter Menschen. Engagementförderung und –qualifizierung. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer Diplom-Sozialarbeiterin/ Diplom-Sozialpädagogin. Online 09.01.2007. http://www.alzheimer-thueringen.de/inhalt/alzheimer_gesellschaft/DiplArb-Krauss.pdf
- Maudrey, S.:** Angehörigenpflege – Professionelle Pflege. Neue Wege für Demenzkranke und ihre BetreuerInnen. Online 09.01.2007. http://www.pflegewissenschaft.ac.at/ipg/maudrey_text.pdf
- Mück, H.:** Betreuungsstreß macht körperlich krank. Online 13.01.2007. <http://www.alzheimerforum.de/2/5/bmkk.html>
- Naegele, G., Reichert, M.:** Einführende Bemerkungen. Online 13.01.2007. <http://library.fes.de/fulltext/asfo/00982002.htm#E10E3>
- Schmidt, R.:** Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. Online 09.01.2007. <http://www.fh-erfurt.de/so/homepages/schmidt/skripte/DVGT-Netzwerkbuch.pdf>

Schrön, J.: Niedrigschwellige Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz nach § 45c SGB XI – Konzeptionelle Anforderungen und Umsetzungsoptionen. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer Diplom-Sozialarbeiterin/ Diplom-Sozialpädagogin. Online 05.02.2007. http://www.alzheimer-thueringen.de/inhalt/alzheimer_gesellschaft/DiplArb-Schroen.pdf

Schumacher, P., Kofahl, C.: Die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg aus der Perspektive der Angehörigen. Online 14.01.2007. http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizin-soziologie/downloads/institut-medizin-soziologie/bestdem_angehoerige_februar_2005.pdf

Stoppe, G., Geilfuss, P.: Entlastung der Angehörigen von Demenzkranken durch ehrenamtliche Helfer. Online 05.02.2007. <http://www.thieme-connect.com/ejournals/html/psychoneuro/doi/10.1055/s-2004-835164#fg>

Wadenpohl, S.: Für einen guten Abschluss sorgen. Resilienz alter Menschen mit demenziell erkrankten Partner/-innen. Dissertation. Online 10.01.2007. http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2006/894/pdf/Resilienz_alter_Partner.pdf

Zank, S.: Informationsschrift zum Forschungsprojekt LEANDER („Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten“). Online 07.01.2007. <http://ipg.psychologie.fu-berlin.de/projekte/Brosch%FCre.pdf>

Zank, S., Schacke, C.: Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 1: Entwicklung eines standardisierten Messinstruments zur Erstellung von Belastungsprofilen und zur Evaluation von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Patienten (BMFSFJUU-Nr. 68432). Online 15.02.2007. http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/wissenschaftsbereiche/arbeits-bereiche_psy/ipg/media/projekte/leander_1/abschlussbericht_leander_phase1.pdf

Zank, S., Schacke, C., Leipold, B.: Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. Online 05.02.2007. <http://www.springerlink.com/content/r47i07665206t410/>

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

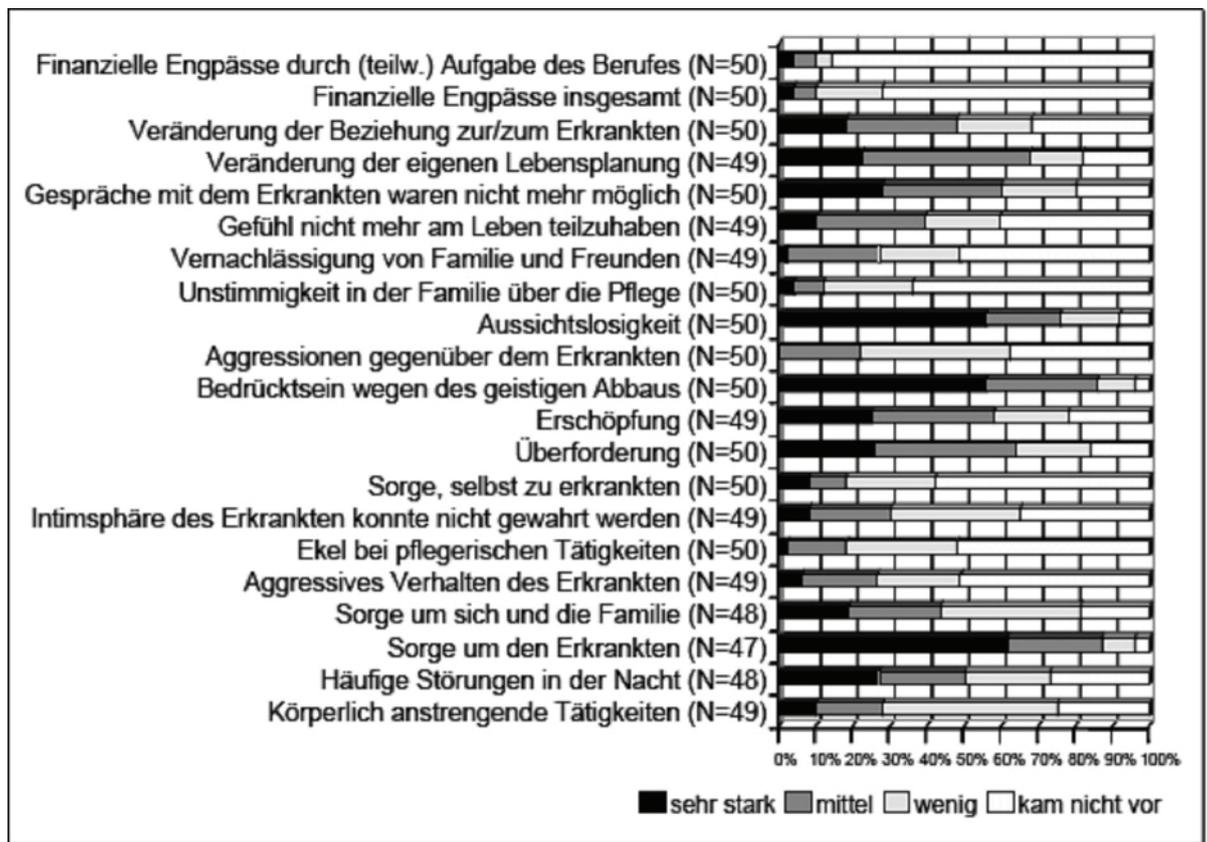
Neubrandenburg, den 31. Januar 2008

Anhangsverzeichnis und Anhang

Anhang 1	Belastung der pflegenden Angehörigen	I
Anhang 2	Belastetsein im Vergleich zwischen Angehörigen von Demenzkranken und Angehörigen von Nicht-Demenzkranken	II
Anhang 3	Wünsche der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz für sich selbst und den Gepflegten im Vergleich zur Gesamtstichprobe	III
Anhang 4	Belastetsein von männlichen und weiblichen pflegenden Angehörigen	IV
Anhang 5	Veranschaulichung von Problemen im Vergleich zwischen den Angehörigen und aus Sicht der Interviewer	V
Anhang 6	Hauptgrund für die häusliche Pflege	VI
Anhang 7	Nutzung von Diensten	VII
Anhang 8	Allgemeine Beurteilung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten	VIII
Anhang 9	Nutzerprofile in der Angehörigenberatung für Ehegatten und Kinder Demenzerkrankter	IX
Anhang 10	Zusammenfassendes Schaubild der Belastungen	X
Anhang 11	Interviewleitfaden „Pflegerische Angehörige“	XI
Anhang 12	Interviewtranskription „Pflegerische Angehörige“	XII
Anhang 13	Kontextprotokoll „Pflegerische Angehörige“	XIII
Anhang 14	Interviewleitfaden „Pflegerische Kraft“	XIV
Anhang 15	Interviewtranskription „Pflegerische Kraft“	XV
Anhang 16	Kontextprotokoll „Pflegerische Kraft“	XVI

Anhang 1: Belastung der pflegenden Angehörigen

Besonders häufig haben die Angehörigen Aussichtslosigkeit, Bedrücktsein wegen des geistigen Abbaus und Sorge um den Erkrankten als sehr stark belastend genannt. Dass keine Gespräche mehr mit dem Erkrankten möglich sind, Erschöpfung, Überforderung und häufige Störungen sind am zweithäufigsten als starke Belastungen angegeben worden. Finanzielle Engpässe, Unstimmigkeiten in der Familie wegen der Pflege, Vernachlässigung von Freunden und Familie, Aggressionen gegenüber dem Erkrankten sowie das aggressive Verhalten von Seiten des Erkrankten selbst und Ekel bei pflegerischen Tätigkeiten werden als wenig bis nicht belastend eingestuft.



(Beantwortung der Fragen: 57 Angehörige gaben, an familiäre Pflege durchgeführt zu haben, davon haben zwischen 47 und 50 Angehörige die Fragen nach Belastungsempfindungen beantwortet.)

Quelle: Schumacher & Kofahl 2005, S.15

Anhang 2: Belastetsein im Vergleich zwischen Angehörigen von Demenzkranken und Angehörigen von Nicht-Demenzkranken

Items, in denen sich bei mehr als der Hälfte der Pflegepersonen von Demenzkranken Belastetsein ausdrückt – nach abnehmenden Zustimmungsggrad geordnet. Man beachte, dass die Angehörigen der Demenzerkrankten fast ausschließlich höhere Werte aufzeigen.

Items	Gesamtstich- probe (n=1911)	Demenzgruppe (n=1272)
Zu wenig Zeit für eigene Interessen	81,1	84,6
Pflege kostet viel Kraft	79,4	84,1
Traurigkeit über das Schicksal der gepflegten Person	75,6	79,3
Wunsch nach Ausspannung	74,4	76,4
Körperliche Erschöpfung	62,1	65,3
Außerhalb der Pflegesituation nicht „abschalten können“	61,9	65,8
Morgendliche Unausgeschlafenheit	60,1	63,2
Erschwerte Bewältigung pflegeunabhängiger Aufgaben	58,5	63,2
Aufgabe von eigenen Zukunftsplänen aufgrund der Pflege	55,0	58,3
Wunsch, aus der Pflegesituation „auszubrechen“	54,4	57,2
Konflikt zwischen Pflege und sonstigen Anforderungen	52,0	54,9
Pflegebedingte Abnahme der Zufriedenheit mit dem Leben	50,6	53,9
Beziehung zu anderen leidet wegen der Pflege	46,7	52,2
Verringerung des Lebensstandards durch die Pflege	46,7	51,1
Angegriffene Gesundheit wegen der Pflege	45,3	50,0
Sich nicht mehr von Herzen freuen können	42,0	44,1
Depersonalisation: sich nicht mehr als sich selbst fühlen	41,1	43,9
Aufgrund der Pflege Angst um die eigene Zukunft	36,8	39,2
Mangelnde Anerkennung der Pfllegetätigkeit	35,8	36,9
Pflegehilfen fallen schwer	32,4	33,8
Mangel an Aussprache über die Pflege	26,4	28,2
Probleme mit der Familie wegen der Pflege	23,7	26,0
Unangemessene Ansprüche der gepflegten Person	21,5	22,7
Gefühl des Ausgenütztwerdens durch die gepflegte Person	20,1	20,5
Pflege nicht „im Griff“ haben	16,2	16,7
Aufgedrängte Pflege	12,7	11,9
Scheu vor Bekanntwerden der Pflegesituation	12,2	11,6
Beeinträchtigtger Kontakt zur gepflegten Person	11,7	12,4

Quelle: Gräbel 1998, Tab. 17f. im Anhang

Anhang 3: Wünsche der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz für sich selbst und den Gepflegten im Vergleich zur Gesamtstichprobe

Bei der Betrachtung der Daten fällt auf, dass sich die Angaben nur geringfügig unterscheiden. So wünschen sich pflegende Angehörige von Demenzerkrankten nur geringfügig mehr Erholung, Entlastung und emotionale Zuwendung. Bei dem Wunsch nach Gesundheit überwiegt jedoch die Gesamtstichprobe.

Interessant ist, dass sich weniger Angehörige von Demenzerkrankten Besserung oder Genesung des Erkrankten wünschen (vielleicht, weil sie die Krankheit realistisch einschätzen), jedoch stimmen sie vermehrt beim Wunsch nach Erlösung zu.

	Gesamtstichprobe (%)	Angehörige von Menschen mit Demenz (%)
Für sich selbst:		
Erholung	38,6	41,6
Gesundheit	7,0	6,5
Entlastung	13,3	14,3
Emotionale Zuwendung	3,4	4,1
Beendigung der Pflege	3,4	3,4
Finanzielle Unterstützung	3,7	3,4
Sonstige	10,4	9,6
Kein Wunsch	20,2	17,2
Für den Gepflegten:		
Besserung/ Genesung	34,1	33,5
„Erlösung“	7,9	9,4
emotionale Zuwendung	7,0	7,2
Pflegehilfsmittel	1,8	1,5
Häusliche Pflege	1,5	1,8
Pflegeheim	2,1	2,5
Sonstige	16,8	16,3
Kein Wunsch	28,9	27,8

Quelle: Gräbel 1998, Tab. 30 im Anhang

Anhang 4: Belastetsein von männlichen und weiblichen pflegenden Angehörigen

Frauen sind in der Pflegesituation subjektiv stärker belastet, was sich an einer höheren Zustimmung bei den jeweiligen Items zeigt.

Item	Zustimmung w	Zustimmung m	Unterschied in %
Wunsch, aus der Pflegesituation „auszubrechen“	57,9	37,5	20
Konflikt zwischen Pflege und sonstigen Anforderungen	55,0	36,5	19
Körperliche Erschöpfung	65,2	46,8	18
Morgendliche Unausgeschlafenheit	62,1	49,4	13
Depersonalisation: sich nicht mehr als „sich selbst fühlen“	43,2	30,6	13
Pflege kostet viel Kraft	81,3	69,1	12
Mangelnde Anerkennung der Pflegetätigkeit	37,4	27,7	10
Gefühl des Ausgenütztwerdens durch die gepflegte Person	21,7	12,3	9
Wunsch nach Ausspannung	75,9	66,6	9
Zu wenig Zeit für eigene Interessen	82,5	73,9	9
Beeinträchtiger Kontakt zur gepflegten Person	13,0	6,1	7

Quelle: Gräbel 1998, Tab. 19 im Anhang

Anhang 5: Veranschaulichung von Problemen im Vergleich zwischen den Angehörigen und aus Sicht der Interviewer

Die Häufigkeit mittelschwerer und ausgeprägter Probleme bei den Angehörigen (Carers' Needs Assessment for Dementia, CNA-D) unterscheidet sich in dem Sinne, dass Angehörige ihre Probleme dabei häufig weniger stark einschätzen als ihre Interviewer. Die Differenz ist besonders deutlich bei der Einschätzung der Sorge bzw. Enttäuschung über die Krankheit, bei den Kommunikationsproblemen, den Belastungen durch das Verhalten des Erkrankten sowie durch Betreuungsaufgaben und durch die psychische und/ oder körperliche Erkrankung des Angehörigen.

	Sicht der Angehörigen (%)	Sicht der Interviewer (%)
1. Information über Krankheit	22,2	26,6
2. Information über Behandlung	40,0	44,4
3. Information über Dienste/ Einrichtungen	17,7	17,7
4. Finanzielle Belastungen	26,7	28,9
5. Rechtliche Probleme	17,8	17,8
6. Sorgen/ Enttäuschung bez. Krankheit	68,9	88,9
7. Kommunikationsprobleme mit dem Kranken	44,5	51,1
8. Belastungen durch das Verhalten des Kranken	46,6	55,6
9. Probleme durch Krisen	26,7	31,1
10. Zu wenig Zeit für sich selbst (incl. Versorgung des Kranken, wenn der Angehörige krank wird)	57,8	57,8
11. Zu wenig Kontakte, Spannungen in der Familie	46,7	48,9
12. Gefahren für den Kranken	40,0	42,3
13. Stigma: bedrohliches Bild von Psychiatrie/ Heimen	20,0	22,2
14. Schuldgefühle bzw. Vorwürfe von anderen	35,6	37,8
15. Fehlendes Wissen um den Kranken zu pflegen	33,3	35,6
16. Schwierigkeiten beim Haushalt	17,8	22,2
17. Belastung/ Überforderung durch die Betreuungsaufgaben	66,7	73,3
18. Psychische oder körperliche Krankheit des Angehörigen	55,5	66,7
19. Andere	8,9	8,9

Quelle: Kaiser et al. 2005, S.137

Anhang 6: Hauptgrund für die häusliche Pflege

Beim Vergleich der Pflegemotive der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz mit der Gesamtstichprobe fällt auf, dass die Motive ähnlich sind.

Pflegemotiv	Gesamtstichprobe (%)	Angehörige von Menschen mit Demenz (%)
Zuneigung	28,0	26,6
Verpflichtung	17,9	17,3
Ablehnung der Pflege im Heim	13,9	14,8
Wunsch des Pflegebedürftigen	5,6	4,9
Pflegeheim zu kostspielig	2,4	2,7
Keinen Heimplatz gefunden	0,2	0,2
Sonstige Motive	1,6	1,7
Mehrere Motive	30,4	31,7

Quelle: Gräbel 1998, Tab. 33 im Anhang

Anhang 7: Nutzung von Diensten

Entlastende Dienste werden von nicht einmal 9% der pflegenden Angehörigen genutzt und wenn, dann sind sie auch nicht 100%ig zufrieden mit diesen. Obwohl das Internet, Beratungsstellen und Telefonseelsorge fast ganz zufrieden stellend sind, werden sie nur von sehr wenigen genutzt.

Welche Dienste nutzen Angehörige?	Anteil der Nutzer in %	...% meinen, es deckt den Bedarf
Medizinische Beratung für die/den Betreuende/n (z.B. durch Hausarzt, Neurologe, Krankenhäuser)	8,9	89,8
Sozialrechtliche Beratung (z.B. durch Kranken- und Pflegekassen, Rentenversicherungsträger)	6,1	86,9
Pflegeberatungsstellen der Kommunen, Kassen, Anbieter (Sozialstationen)	4,5	84,1
Angehörigengruppe	3,7	91,9
Internet	3,2	96,8
Selbsthilfegruppe	2,8	92,6
Kurse für Laienpfleger	2,1	95,2
Betreuungsrechtliche Beratung (z.B. durch Betreuungsvereine, Landesbetreuungsstelle)	2,0	85,0
Sozialer Hausbesuch (z.B. über die Altenhilfe im Bezirk oder Sozialamt)	1,2	91,7
Besondere Betreuungsdienste (Übernahme der Betreuung durch Dritte)	1,0	80,0
Sozial-psychologische Beratung (z.B. durch Initiativen, Vereine, öffentliche und private Beratungsstellen)	0,9	100
Telefonseelsorge/Telefon-Hotline	0,4	100

Quelle: Kofahl & Mnich 2005, S.494

Anhang 8: Allgemeine Beurteilung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten

Man beachte, dass im Schnitt nur etwa 50% der benötigten bzw. geforderten Angebote verfügbar sind. Ganz wichtig sind den Angehörigen der Informationsbedarf zu der Krankheit und zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

Angebote	[N] beurteilen dies als „sehr wichtig“	...% wird dies meistens angeboten
Information über die Krankheit, die Ihr/e Angehörige/r hat	633	74,1
Information und Beratung über die Art der Hilfe und Unterstützung, die verfügbar ist, und wie man darauf zugreift	519	53,9
Möglichkeit, Urlaub zu machen oder eine Auszeit zu nehmen von der Betreuung	474	53,2
Möglichkeit, außerhalb der Betreuung Aktivitäten zu genießen	441	55,8
Möglichkeit, für Ihre/n Angehörige/n Aktivitäten zu unternehmen, die er/sie genießt	429	54,1
Gelegenheit, über meine Probleme als betreuende/r Angehörige/r zu reden	342	57,6
Hilfe bei der Planung für die zukünftige Betreuung	333	46,8
Möglichkeit, mehr Zeit mit meiner Familie zu verbringen	311	44,4
Möglichkeit, die Betreuung mit einem bezahlten Arbeitsverhältnis zu vereinbaren	280	50,7
Mehr Geld für Dinge, die ich brauche, um gute Betreuung zu leisten	266	16,2
Schulung, die mir hilft, Fähigkeiten zu entwickeln, die ich zu Betreuung benötige	261	40,2
Hilfe, um das Zuhause besser an die Betreuungssituation anzupassen	231	44,6
Möglichkeit, eine Angehörigengruppe zu besuchen	155	45,2
Hilfe im Umgang mit Familienstreitigkeiten	105	26,7

Quelle: Kofahl & Mnich 2005, S.492

Anhang 9: Nutzerprofile in der Angehörigenberatung für Ehegatten und Kinder Demenzerkrankter

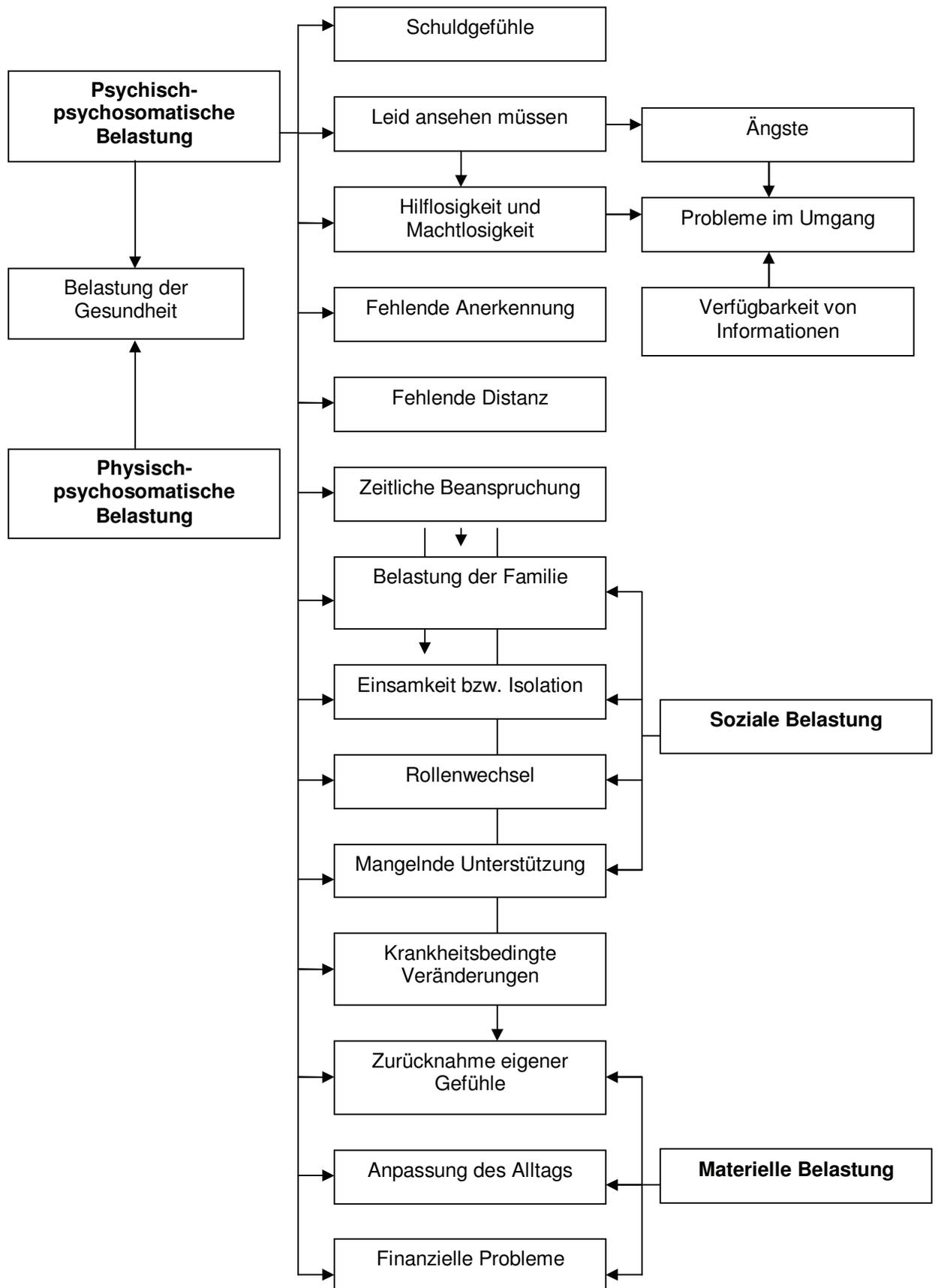
Pflegende Ehegatten und Kinder unterscheiden sich hinsichtlich ihres Beratungsbedarfs, indem sich die vorrangig männlichen Ehegatten für den Krankheitsverlauf und überwiegend weiblichen Kinder für Hilfsangebote interessieren. In den anderen Bereichen stimmen sie überein.

Die Kinder überlegen häufiger, die Pflege aufzugeben, während Ehegatten ihre Erwartungen an den Erkrankten ändern müssen.

	Ehegatten	Kinder
Merkmale der Erkrankten	Relativ hoher Anteil männlicher Patienten, jüngere Erkrankte, wohnen im Haushalt der Ratsuchenden	Überwiegend weibliche Patienten, ältere Erkrankte, unterschiedliche Wohnformen
Zugang zur Beratungsstelle	Zugang eher über ÄrztInnen	Zugang eher über Öffentlichkeitsarbeit
Art des Kontaktes	Vorwiegend Einzelberatung	Einzel- und Familienberatung
Inhalte der Beratung	<p>Hauptthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. psychosoziale Unterstützung 2. SGB XI 3. Umgang mit dem Kranken 4. Krankheitsverlauf 5. Facharzt <p>deutlich häufiger: psychosoziale Unterstützung und Beratung zu Gesprächskreisen/ Selbsthilfe</p>	<p>Hauptthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Umgang mit dem Kranken 2. SGB XI 3. psychosoziale Unterstützung 4. ambulante Hilfen/ Pflege 5. Facharzt <p>deutlich häufiger: Beratung über ambulante Hilfen/ Pflege und gesetzliche Beratung</p>
Themen in der psychosozialen Unterstützung	<p>Hauptthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexion von Gefühlen bzgl. Krankem/ Krankheit 2. Ermutigung, Hilfen zu nutzen 3. Modifizierung von Erwartungen an den Kranken 4. Einnahme neuer Rolle gegenüber dem Kranken 5. eigene Erkrankung <p>deutlich häufiger: Beratung zu eigenen Erkrankungen und zum Thema Modifizierung von Erwartungen an den Kranken</p>	<p>Hauptthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexion von Gefühlen bzgl. Krankem/ Krankheit 2. Entscheidungskonflikt: Fortsetzung der häuslichen Pflege 3. Einnahme neuer Rolle gegenüber dem Kranken 4. Ermutigung, Hilfen zu nutzen 5. emotionale Autonomie gegenüber dem Kranken <p>deutlich häufiger: Beratung zum Entscheidungskonflikt Fortsetzung der häuslichen Pflege, zum Thema Autonomie und zu Konflikten in der Familie</p>

Quelle: Franke 2000, S.140

Anhang 10: Zusammenfassendes Schaubild der Belastungen



Anhang 11
Interviewleitfaden „Pfleger Angehörige“

**Interviewleitfaden „Pfleger Angehörige“ zu
„Belastungen der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz“**

Ort: _____

Datum: _____

Anfang: _____ Uhr Ende: _____ Uhr

Interviewer: _____

Interviewte/r: _____

1.) Zur Person:

Name
Alter
Familienstand
Beruf
Dauer der Pflgeetätigkeit

2.) zur Angehörigen:

Verwandtschaftsgrad zur Gepflegten
Alter
Seit wann Demenz ?
Aktuelle Situation

3.) Belastungen (Äußerungen):

Anzeichen (Wann haben Sie damals bemerkt, dass etwas nicht stimmt, wie hat es sich gezeigt?)
Reaktion (Was haben Sie dann getan?)
Gefühle (Wie fühlten Sie sich da?)
Reaktion anderer (Wie reagierten Familie, Freunde, Kollegen usw.?)
Informiertheit (Wussten Sie, was auf Sie zukommt, konnten Sie mit der Diagnose etwas anfangen?)
Belastung (Worunter litten Sie besonders?)
Überlastung (Wann haben Sie bemerkt: „Ich kann nicht mehr!“?)
Reflexion (Meinen Sie rückblickend, Sie hätten irgendwas besser oder anders machen sollen?)

Hilfsfragen:

Kommt Ihnen etwas bekannt vor, was haben Sie erlebt, woran erinnern Sie sich bei den folgenden Stichworten?

- a) Schuldgefühle: fühlen sich schlecht, glauben, sie hätten Schuld, weil sie ihren zu Pflegenden zu spät zum Arzt geschickt/ gebracht haben,...
- b) Leid ansehen müssen: traurig über den Verfall,...
- c) Hilflosigkeit/ Machtlosigkeit: fühlen sich hilflos, können nichts machen, Scham,...
- d) Fehlende Anerkennung: wünschen sich mehr Anerkennung, beschwerten sich über das Nichtsverständnis der anderen,...
- e) Ängste: vor Verschlechterung, Handgreiflichkeiten, dem Tod, jedem Tag,...
- f) Inadäquater Umgang: Auseinandersetzungen, Vorstellung von Demenz, Handgreiflichkeiten,...
- g) Informationsmangel: beschwerten sich über fehlende Aufklärung durch Arzt,...
- h) Fehlende Distanz: fühlen sich eingeengt, können nie allein sein, müssen immer Rücksicht nehmen,...
- i) Zeitliche Beanspruchung: alles genau planen, keine Ruhe, können nicht weg,...
- j) Einsamkeit/ Isolation: ziehen sich zurück von Freunden/ Familie oder diese sich von ihnen, keine Feiern, keine Einladungen,...
- k) Rollenwechsel: Mann übernimmt Hausarbeit, Tochter bevormundet Mutter/ Vater, handelt für diese (kommen damit nicht zurecht),...
- l) Krankheitsbedingte Veränderungen: Symptome, die ihnen nahe gehen, wie Schreien, Vergessen, Inkontinenz, Gefahren, Hilfe bei alltäglichen Dingen,...

- m) Zurücknahme eigener Bedürfnisse/ Verzicht: keine Freizeit, kein Urlaub, kaum Anschaffungen,...
- n) Mangelnde Unterstützung: keine Hilfe von Familie, Freunden, Krankenkassen, Ärzten,...
- o) Anpassung: Wohnung, Sprache, Tagesablauf, Arbeit geändert, in welcher Form,...
- p) Finanzielle Probleme: Schulden, zu wenig Geld zur Verfügung,...
- q) Belastung der Familie/ Ehe: Streit, Vorwürfe,...
- r) Eigene Erkrankung: Depressionen, Schlafmangel, Unruhe, Magen-/ Darmbeschwerden, Herzerkrankungen,...

Vielen Dank für das Gespräch !

Gezeichnet: Interviewer

Interviewte/r

Anhang 12
Interviewtranskription „Pflegernde Angehörige“

1 Interview -Transkription „Pflegerische Angehörige“ zum Thema „Belastungen der
2 pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz“

3 Befragte: Frau E., 53 Jahre

4 Interviewerin: Frau Claudia Priebe

5 Ort des Interviews: Wohnung der Frau E., 17235 Neustrelitz

6 Datum und Zeit: Freitag, 27. April 2007, 14.35 Uhr bis 15.15 Uhr

7 Transkript: Claudia Priebe

8

9

10

11 P: Also, Frau Eixmann. Ich beginne mal mit den Personalien. Ihr Vorname ist?

12 E: Mein Name ist Sigrun.

13 P: Sigrun.

14 E: Mhm.

15 P: Äh, wie alt sind Sie?

16 E: Bin fünfundsechzig.

17 P: Mhm. Und der Familienstand?

18 E: Verheiratet.

19 P: Mhm. Äh, was für'n Beruf haben Sie gelernt?

20 E: (LAUTER) Also, ich habe zwei Berufe. Ich einmal Handelsökonomie
21 studiert und dann hab ich vor circa dreißig Jahr'n umgeschult als Fußpfleger
22 und habe mich selbstständig gemacht.

23 P: Mhm, vor dreißig Jahren schon.

24 E: Ja.

25 P: Und Sie hab'n dann ihre Mutter ..

26 E: Naja, wir hab'n ja immer zusamm' gelebt. Was heißt gelebt, Tür an Tür,
27 Haus an Haus. Drüben hat meine Mutti gewohnt, also Auffahrt an Auffahrt
28 parktisch.

29 P: Mhm.

30 E: (EINATMEN) Ähm .. Ja, eigentlich mein ganzes Leben (LACHT).

31 P: Also, Sie war'n immer in Reichweite.

32 E: Immer, immer, ja. Immer erreichbar, immer zugegeg'n, äh, in jungen Jahr'n
33 war's oft umgekehrt, dass meine Mutti dann zur Stelle war, wenn man
34 jemand'n für die Kinder brauchte oder man da (LAUTER) also, wir hab'n uns,
35 ich will mal so sag'n, wir hab'n uns immer gegenseitich geholfen und es hat
36 immer ganz gut funktioniert.

37 P: Und, äh, wie alt ist Ihre Mutter?

38 E: Meine Mutti ist sechunachzich.

39 P: Sechundachzich Jahre?

40 E: Mhm.

41 P: Und die Demenz, seit wann ist diese Krankheit bei ihr bekannt?

42 E: Na ja, also, äh, dass es Demenz ist oder, äh, dass es diagnostiziert wurde
43 als Demenz, ich denke mal zweitausendundzwei oder (LAUTER) na ja, also
44 ich muss sag'n, richtig BEWUSST hab ich das .. oder drüber nachgedacht
45 oder (LEISER) na ja so'n bisschen Angst bekomm' auch vielleicht .. oder
46 stutzich geworden bin ich, wo sie achzich wurd'. So in ihr'm achzichsten
47 Lebensjahr, da muss ich sagen, da hab ich mir erst mal so Gedanken über die
48 Demenz gemacht. Vorher hab ich immer gedacht: „Na ja, das is'
49 Vergesslichkeit.“ oder „Es vergessen ja alle mal was.“

50 P: Mhm. Ja, dass passiert ja auch jungen Leuten.

51 E: Nee, da is' was .. ich kam mal rein und da die ganzen Tabletten, äh,
52 Kollektion und sie wusste nich' mehr, wo was hingehört und war völllich
53 durcheinander uund da hab ich gedacht: „Halt stopp, hier ist irgendwas nich'
54 so ganz, so wie's eigentlich sein müsste.“ Na ja und denn hat man natürlich
55 mehr drauf geachtet, ne?

56 P: Mhm.

57 E: Na ja, dann iss' das so alles ineinander übergegangen .. Gut, ich sach ja:
58 „Wir vergess'n auch was.“ Aber da hat man das nicht so erst genomm'.
59 (LAUTER) Aber DA muss ich sag'n, hab ich mir schon'n bisschen mehr
60 Gedanken gemacht. Und dann muss ich sag'n, (LEISER) ja, dann hat es sich
61 auch zusehends verschlechtert.

62 P: Mhm.

63 E: Dass die, äh, gut, sie hat ja jetzt ganz verstärkte Angst in letzter Zeit, also,
64 deswegen hab ich sie j auch in die WG gegeben, weil sie hier nich' mehr leb'n
65 wollte oder KONNTE. Sie hat es zwar nie geäußert, dass sie nich' alleine,
66 aber sie wollte eben nich' alleine sein. Sie wollte immer MICH als Bezuchs-
67 person immer bei sich hab'n.

68 P: Mhm.

69 E: Sie, äh, wenn ich vom Hof fuhr, war sie nervös, aufgeregt, völlig
70 durcheinander .. gut, äh, (LAUTER) aber das war jetzt ja erst. Das hat aber so
71 im Laufe der Zeit entwickelt. Man muss auch dazu sagen, meine Mutti hat
72 immer gern Leute um sich gehabt. (EINATMEN) Irgendwo die Ansätze oder
73 die Charaktere war'n schon (LAUTER) vorhanden. Hat man vielleicht früher
74 immer'n bisschen überspielt oder unterdrückt, ne? Durch diese Krankheit kann
75 man das vielleicht nicht mehr korrigieren oder kriegt's nich' mehr in'n Griff.
76 (LEISER) Ja, da hat sich das so richtig dann raus gelassen, denk' ich mal.

77 P: Mhm.

78 E: Ähh, es war natürlich schon alles so, na ja, so, meine Mutti war ja immer
79 sehr AGIL. Sie hat ja eigentlich immer, wenn ich so will, bis fünfundsiebzig
80 GEARBEITET. (LAUTER) Na ja, also nebenbei. Sie hat jetzt bis zum
81 Rentenalter normal gearbeitet, wie jeder andere und hat dann aber nachher
82 so nebenbei noch so'n bisschen Versicherung kassiert. Sie war aber nich' der
83 Typ, der jetzt so hinterm Herd stehen konnte oder wollte. Sie war immer aktiv.

84 P: Mhm.

85 E: Sie war auch immer unter Menschen und das wollte sie auch und das
86 natürlich für, irgendwo fing das dann auch an'n bisschen belastend zu sein,
87 weil sie einfach zu doll klammerte, ne?

88 P: Mhm.

89 E: Überall dabei zu sein. Man HAT es ja immer gemacht, weil's halt am
90 Anfang so war. Also, es ging ja nich' so, wie bei mein' Eltern eigentlich, wenn
91 man so will. (AUSATMEN) Aber, hm, dann nachher .. (LEISER) war das
92 nachher doch schon'n bisschen .. na ja, eigentlich'n bisschen lästlich oder
93 aufregend. Na ja, n bisschen berührt mich das irgendwo.

94 P: Hat sie immer angerufen oder ist sie immer rüber gekomm'?

95 E: Ja! Sie hat angerufen. Äh, das war auch da die erste Zeit, da hab ich immer
96 gedacht: „Wer ruft denn hier an? Ruft dauernd jemand an, legt wieder auf.“
97 Aber, irgendwie, im Hintergrund war'n Geräusche zu hör'n und da bin ich auf
98 meine Mutter gekomm', dass DIE das is'. Dass, bis ich dann irgendwie mal
99 dahinter kam (LEISER): „Meine Güte, das kann doch deine Mutter sein!“ Weil
100 immer so Radio, äh, Fernseher nebenbei lief.

101 P: Ach so.

102 E: Und irgendwann kam mir dann so die Eingebung. (LAUTER) Da hab ich sie
103 eben dabei .. erwischt (LACHEN) am Hörer. (EINATMEN) Ja, das ging
104 aber'ne ganze Weile so. Ich denke, sie, das reim' ich mir mal zusamm', ich
105 denke mal, sie wollte hör'n, ob da jemand is', hatte vielleicht wieder diese
106 Angstzustände: „ach, woll'n mal horchen.“ Hat sich dann vielleicht auch
107 gesacht: „Nee, nee, kannst vielleicht nich'. Is' ja gut, wenn s'e denn dann
108 sind.“ (LAUTER) DENKE ich so.

109 P: Ja, hm.

110 E: Ähm, na ja, und das wurde denn so (LEISER) halt immer schlimmer.

111 P: Und vielleicht hat sie ja beim Wählen schon vergess'n gehabt, warum sie
112 anruft, was sie jetzt wollte.

113 E: Das weiß ich nicht.

114 P: Das kann man nicht sagen.

115 E: Jedenfalls war'n das so, da wurde eben massiv, dass sie da (LEISER)
116 angerufe'n hat. Sie hat ja nachts, so auch bei andern Leuten angerufen. Sie
117 hat ja, ja, wenn ich weg war, wenn keiner HIER war, dann hatte sie sich
118 sicherlich gelangweilt und dann hat sie versucht, mal anzurufen. Das ist
119 natürlich nervich, ne?

120 P: Mhm.

121 E: Das fing dann an schon .. gut ich hab dann mal mit ihr red'n könn', aber
122 nachher konnte man gar nicht mehr red'n mit ihr. (LEISER) Hat s'e alles
123 abgestritten. Dann war das nachher schon, das war schon manchma', na ja,
124 so'n biss'n psychischer Stress schon für uns (EINATMEN).

125 P: Also hatt'n Sie Streit mit ihr.

126 E: In der Nacht denn. (LAUTER) Na ja, Streeit, gut ja ..

127 P: Also Meinungsverschiedenheiten.

128 E: Guuut, jaaa. Ja, ich meine, es flogen keine Fetzen, aber ich hab dann
129 schon gesagt: „Mutti, das unterlass' bitte. Wir woll'n schlafen.“ Wenn sie vor
130 allem nachts angerufen hat. „Ach, ich wollt nur hör'n, ob ihr da seid und wie's
131 euch geht!“ Da musst' ich sag'n, also bisher ging's mit GUT und wenn das
132 dann so in der Nacht mehrmals passiert, ich mein' (AUSATMEN) äh, dann is'
133 das schon, dann is' das schon nervich (LEISER) muss ich mal so sag'n, also
134 denn, äh, rastet man auch schon ma' AUS und sacht auch schon mal was,
135 was da hinterher leid tut. Ich meine, man sacht sich ja: „Mensch, vielleicht
136 kann sie ja nichts dafür!“

137 P: Mhm.

138 E: Man versucht ja, es auch irgendwo zu entschuldigen, aber irgendwann
139 nachher zum Schluss ist man dann doch so GESPANNT, äh, (LEISER) dass
140 man das einfach mal raus haben muss. (UNDEUTLICH)

141 P: Mhm. Und sie wusste das nachher nicht mehr?

142 E: Nein, nein! (LAUTER) Also, na ja, in der ersten Zeit wusste sie das schon
143 noch, aber dann nachher, wo's massiver wurde, hm, erst hat sie mal gesagt
144 „Also, ich bin ja, ich wollte doch bloß mal deine Stimme hör'n.“ Oder so. Aber
145 dann nachher hat sie's schon nich' mehr gewusst, dass sie dann schon
146 überall angeruf'n hat, bei ALLEN Leuten. Ich hab ihr dann schon das
147 Telefonbuch weggenomm', sie hatte denn nur noch bestimmte Nummern.

148 P: Mhm.

149 E: Die Kinder und die (LEISER) Engsten, wo sie dann telefonieren ..

150 P: Hauptsache Ihre Nummer war noch dabei.

151 E: Ja, meine Nummer war immer dabei. Ganz zum Schluss war's dann
152 wirklich nur noch MEINE Nummer, ne, meine normale Festnetznummer.

153 P: Und wie oft hat sie dann so am Tag angeruf'n?

154 E: (EINATMEN) Na ja, sie war ja das letzte Jahr war sie ja nun gar nich' mehr,
155 da war sie ja in der Tagespflege, ähm, das war sie ja tagsüber nich' da, aber
156 dann ging es eben, sofern sie das war, (LEISER) dann rief sie und, äh .. Ich
157 war ja, gut, das Ganze war ja, ich hab ja auch meine Arbeitsstätte hier gehabt.
158 Sie hat ja mich hier IMMER in Reichweite, ich war ja immer da und sie is'
159 dann, wenn sie wach war und gefrühstückt hatte, wie sie noch nich' in der
160 Tagespflege war, is' sie dann immer gelauf'n zu MIR. (LEISER) „Soll ich
161 Kartoffeln schäl'n?“ Weiß ich, war dann immer so vier, fünf mal am Tag,
162 vormittags. Sie hat'n ganzen Sack Kartoffeln geschält (LACHEN). Ich sach
163 ma': „Mutti, du hast schon Kartoffeln geschält!“ (LAUTER) Sie wollte sich
164 immer beschäftigen, das war'n guter Zuch, aber sie hat das dann immer
165 vergessen, DASS sie's schon getan hat oder konnte die Zeit nich' mehr
166 einteil'n oder einschätzen, wie spät es war oder was für'ne Tageszeit. Das
167 kann man so .. gut, das nervte dann auch. Ich musste mich ja auf meine
168 Arbeit konzentrieren und sie rannte dann immer hin. Ich meine, sie blieb nicht
169 lange, wenn ich sagte:“ Mutti, jetzt ist gut. Geht mal wieder nachhause oder
170 rüber. Ich komm' dann, wenn ich fertich bin.“ (LAUTER) Dann ging sie auch
171 wieder, aber sie dann auch in kurzer Zeit wieder da. Äh, es war unter-
172 schiedlich. An manchen Tagen war es GANZ schlimm und an anderen Tagen
173 ging's auch, ne? Und nachher war sie dann ja auch in der Tagespflege, aber
174 in dem Moment, wo sie um vier gebracht wurde, ging dieses eben auch
175 wieder los, dieses Pendeln. Entweder, wenn ich in der Praxis wat, lief sie zur
176 Praxis oder, wenn ich hier war, lief sie .. MEISTENS bin ich dann, wenn ich
177 nich' gearbeitet hab, schon gleich und hab ich sie in Empfang genomm' und
178 hab dann mit ihr Kaffee getrunken und hab ich sie erst mal beruhigt und
179 gedacht, (LEISER) wie massiv das dann .. irgendwo ging's dann nich' mehr.
180 Das war ja dann, das ging ja bis spät in die Nacht dann.

181 P: Mhm.

182 E: Dass sie dann anrief und ja, weil sie (LAUTER) sie hatte ANGST und ich,
183 ich, sie hatte einfach nur immer Angst und das hat sich ja nachher, das hat
184 sich dann ja auch so VERSTÄRKT, dass sie dann nachts aus'm Fenster
185 gerufen hat. Also ganz verstärkt war das dann jetzt nachher Oktober würd' ich
186 sag'n, so in dem Dreh (UNDEUTLICH).

187 P: Also ging das jahrelang so.

188 E: Ja, also (AUSATMEN), es steigerte sich, es baute sich auf. Es war nicht
189 ganz so schlimm, es baute sich über die Jahre denn auf.

190 P: Mhm.

191 E: Bis es über die Jahre dann, ja (LEISER) zum Platzen kam. (LAUTER) Bis
192 ich dann gesagt hab, beziehungsweise meine Kinder haben dann eigentlich
193 mehr gesagt: „Mutti, du kannst nicht mehr!“ (AUSATMEN) Weil sie selbst
194 merkten, dass man gereizt war. Man hatte, ich hatte nirgends mehr RUHE, äh,
195 weil ich immer wieder schnell wieder nachhause, wenn ich irgendwo war, äh,

196 bloß immer: „Ach, wie spät iss'es?“ Um vier kommt sie dann, um vier muss ich
197 zuhause sein, weil sie dann wieder rechts und links frachte und die Leute
198 eben im Umkreis auch schon mitnervte.

199 P: Mhm.

200 E: Oder wenn, wir hab'n Bungalow (EINATMEN), die letzten zwei Jahre hab
201 ich da gar nich' mehr draußen geschlaf'n, weil ich abends immer denn
202 zuhause, nur immer mal'n paar Stunden hin und denn gleich wieder zurück,
203 damit sie ja nicht hier in Unruhe und Angst und Panik und alle ander'n
204 Sachen.

205 P: Und hat sie richtig starke Verlassensängste dann gehabt?

206 E: Ja, hatte sie. Dann hat sie sich ausgesperrt, weil sie wieder wuschich war
207 und hier rüber lief und guckte, ob wir da sind, obwohl ich ihr das immer auf'n
208 Zettel geschrieben hab: Wo ich mich aufhalte, wo ich bin. Aber denn war sie
209 so aufgeregt, sicherlich hat sie denn gar nich' den Zettel gelesen oder ich
210 weiß es nicht, was in ihrem Kopf vorgegangen ist.

211 P: Ja, Zettel bringen da oft auch nicht mehr viel.

212 E: Nee! Scheinbar nicht mehr, also, ich hatte ÜBERALL schon Zettel zu
213 liegen, weil sie sacht: „Keiner sacht mir was, wo sie sind!“ Ja, wie sollt' ich's
214 machen? Weil anders konnt ich's ja nicht. Ich hab's ihr ja gesacht und zur
215 Bestätigung eben noch mal aufgeschrieben.

216 P: Mhm, mhm.

217 E: (LAUTER) Bloß, ich konnte auch NICH', ähm, NUR bei meiner Mutter sein,
218 das, das, das GING gar nich'! Ich habe ja auch Familie, ne, Kinder und
219 Enkelkinder, hab ja auch, na mit meinem Beruf bin ich ja auch sehr einge-
220 spannt dann, ne?

221 P: Mhm.

222 E: Also, es war schon soweit (AUSATMEN) ja, ich hab, eigentlich wollt' ich
223 das NIE, dass meine Mutter irgendwie wegkommt, dass sie .. wollte, dass sie
224 hier zuhause alt wird, (LEISER) aber ..

225 P: Man kann sich damit ja nich' selbst kaputt machen!

226 E: Nee! Irgendwo hab ich ja selbst gemerkt, äh, es ging bei mir auch nicht
227 mehr.

228 P: Aber vorrangig haben's ihre Kinder mitgekricht, dass sie ..

229 E: Na ja, äh ..

230 P: Dass sie nicht mehr ..

231 E: Die haben gesacht: „Mutti, das geht so nich' mehr weiter! Das kannst du
232 nich' mehr so machen!“ Hm, ich hab's auch schon mitgekriegt, hab das auch

233 mitgekriegt, so iss'es nich'. Mein Mann war ja auch gestört in seiner Ruhe.
234 Aber er hat das immer sehr, eigentlich sehr gut weggesteckt gehabt eigentlich.

235 P: Also, Verständnis ..

236 E: Jaaa, äh, war eigentlich sehr ruhig, allerdings nachher zum Schluss, wie
237 die Nacht um zwei, um drei zu Ende war, sie denn im Viertelstundentakt halt
238 aus'm Fenster rief .. „Komm rüber!“ .. einfach nur gerufen: „Wie spät iss'es?“,
239 „Was hab'n wir für'ne Zeit?“, „Wann kommst du?“ und dann haben wir ihr
240 schon große Zettel an de Scheibe geklebt, drauf geschrieben: „Wir schlafen
241 noch, bitte nicht aus dem Fenster rufen!“, weil schon die Nachbarn dann auch
242 gesagt haben: „Die ruft!“ (LAUTER) na ja und alles so'ne Sachen. Das
243 natürlich, das war natürlich auch ganz schön nervig, ne?

244 P: Mhm.

245 E: Man war nich' mehr ruhig ... man konnte das einfach (LAUTER) nicht mehr
246 sooo wegstecken. Wie gesagt. Die erste Erleichterung war schon so mit der
247 Tagespflege. Da hatt' ich am Tage denn'n bisschen mehr Ruhe, ne? (LEISER)
248 Aber die Abende ... Stress war's schon. Es ist aber, so richtig zur Ruhe bin ich
249 immer noch nich' gekomm', muss ich ma' sag'n, weil ich immer noch denke:
250 „Hast vielleicht was verkehrt gemacht?“ oder „Hätt'ste vielleicht dies oder das
251 anders machen könn'?“ Aber ich weiß auch nich', was?

252 P: Es wäre ja so beigeblieben jetzt oder noch schlimmer geworden.

253 E: (AUSATMEN) Jaaa, und ich sach auch, Mutti, äh, erst ma' is' sie sechs-
254 unachzich geworden und heute bis da, zu dem Zeitpunkt in dem Häuschen
255 bleiben .. das liebte sie über alles! Sie liebt es auch heute noch. Sie ist gerne
256 im Grün', das tat mir auch Leid irgendwo, sie jetzt so hinzugeb'n! Aaaber es
257 geht ihr ja nicht schlechter ..

258 P: Sie wird dort ja optimal betreut.

259 E: Jaaa! Nun is' sie ja, nun is' sie im Krankenhaus.

260 P: Mhm?

261 E: Schon vier Wochen, weil, äh sie einfach diese .. ja, sie kam nich' zur Ruhe!
262 In der WG kam sie nich' zur Ruhe. Sie wachte auf, machte den Tach zur
263 Nacht, schlief schon wochenlang nich' richtig. Weiß nich', von zehn Nächten
264 schlief sie dann mal eine und dann hat sie wieder tagelang nich' geschlaf'n.
265 Ja, dadurch war sie natürlich sooo aufgeputscht irgendwo.

266 P: Mhm. Eigentlich gibt's och Therapiekonzepte dafür?

267 E: War sie so unruhich, ja, dass sie dann völich auf, ja wie soll man sagen
268 (LEISER) ausrastete. Dann hat sie auch die Leute belegt, da hat sie, na ja, mit
269 den Schwestern, mit den Mitbewohnern (LAUTER) nich' jeden Tach! Nur mal
270 so, wenn das Maß scheinbar voll war. Ja! Sie wurde denn umgestellt, wobei
271 der Hausarzt nie so richtig wollte, dass man sie so ruhich stellte. Das wollte
272 ich eigentlich auch nich'!

273 P: Mhm.

274 E: Ich wollte eigentlich, dass meine Mutter meine Mutter bleibt, nicht so ein
275 Häufchen Unglück, das in der Ecke sitzt und nur noch vor sich hinstarrt, aber
276 irgendwo wollt' ich schon, dass sie ihr'n Rhythmus kriegt (LEISER) uuund
277 dann hat der Arzt nachher vor vier Wochen eine Tablette verordnet und die
278 hat sie völlich aus der Bahn geworfen, dann musste, sie, jetzt ist sie in der
279 Psychiatrie in Neubrandenburg und wird wohl nächste Woche entlassen, weil
280 die vier Wochen jetzt um sind.

281 P: Mhm.

282 E: (LAUTER) Ich hatte jetzt eigentlich auch'n sehr guten Eindruck. (LEISER)
283 Sie ist ausgeglichener, sicherlich durch die Medikamente, aber man sachte
284 mir, das kann immer wieder auftreten.

285 P: Ja, das is' so parabelartig. Das ist kein ..

286 E: Ist kein Schema.

287 P: Ist kein kontinuierlicher Ablauf, is' immer mal so, mal so.

288 E: Mhm, ja, ja, ja.

289 P: Das is' ja so'ne überraschende Sache eigentlich, nich'? Eben kennt man
290 sie noch so.

291 E: Mhm!

292 P: Und im nächsten Moment ein ganz anderer Mensch und ..

293 E: Mhm. Das wird ja ihre Mutti auch bestimmt bestätigt hab'n, dass sie dann
294 auch bei den Schwestern manchmal ausgerastet is', sie dann mal richtig wild
295 war, ne? „Macht dass ihr weg kommt!“ und, und, äh, hinterher hat sie sich
296 wieder entschuldigt. Dann war denn alles wieder weg, ne?

297 P: Mhm. War sie denn auch so, wenn Sie dabei war'n?

298 E: (EINATMEN) Das war ihr egal, wer dabei war! Das war ihr egal. Sie
299 schmiss alle raus. Das war ihr völlich egal (LACHT), also, wenn Sie denn so
300 woll'n, aber denn, was so gegen ihr'n Will'n ging, ne?

301 P: Mhm.

302 E: (LAUTER) Na ja, meine Mutti war auch immer sehr, hm, wie gesagt, sie
303 war berufstätig, war Buchhalter jahrelang und hat immer, äh, Leute angeleitet,
304 war eigentlich immer Chef. IRGENDWO glaube ich, hat sich das auch ..
305 WOLLTE sie auch noch bestimm', wie's lang läuft, denk' ich ma'.

306 P: Mhm, mhm. Dass sie immer so die Kontrolle hab'n möchte.

307 E: Irgendwo is' das ja auch so, ähm, der Charakterzuch sicherlich und der
308 bleibt denn auch im Alter, ne?

309 P: Mhm.

310 E: Das bestätigte mir jetzt die Ärztin. Die frachte mich: „Hach, was macht Ihre
311 Mutti?“ und da erzählte ich das. „Ja, das merkt man!“ (LACHT) Also muss sie
312 sich da ja auch so .. haben, dass sie doch gerne sagt, wo's lang geht.

313 P: Mhm.

314 E: Mhm.

315 P: Ja diese Persönlichkeiten, diese ganz besonderen Persönlichkeitsmerk-
316 male, die bleiben denn auch.

317 E: Ja, ja.

318 P: Bis zum Schluss eigentlich.

319 E: Mhm.

320 P: Und das verstärkt sich manchmal.

321 E: Ja und das kann, das könn' sie nachher nich' mehr kontrollier'n, ne?

322 P: Mhm.

323 E: Als gesunder Mensch kann man das kontrollier'n (EINATMEN), ja,
324 (LEISER) aber dann nachher ..

325 P: Und, ähm, wann sind Sie dann nachher mit ihr zum Arzt? Wann war das,
326 als sie mit den Tabletten nich' mehr klar kam? Als Sie dann merkt'n: „Jetzt
327 müss'n wir mal fachlichen Rat einholen.“?

328 E: Na ja, äh, sie war ja eigentlich immer in Behandlung, ja, dann bin ich
329 nachher, dann hab ich verstärkt darauf hingewiesen, dass sie dieses und
330 jenes nich' mehr alleine kann. Dann hatte sie auch, zweitausendzwei hat die
331 Ärztin sie denn .. die Pflegestufe, weil sie denn (LEISER) ja, weil sie das denn
332 alleine nich' mehr konnte.

333 P: Mhm.

334 E: Sie hat zwar gesacht, dass sie sich wäscht, aber sie hat es nich' mehr
335 getan. Also, so bestimmte Dinge konnte sie nich' mehr alleine .. und dann ..
336 ging das so allmählich, immer mehr, immer mehr.

337 P: Und war'n Sie mal beim Neurologen mit ihr.

338 E: Nein, war'n wir nich'!

339 P: Nicht. Also hat der Hausarzt ..

340 E: Der Hausarzt wollte eigentlich auch immer .. er war immer nich' so sehr
341 dafür, der meinte: „Das krieg'n wir schon hin. Wir woll'n s'e mal nich' so
342 volldröhn' lassen.“

343 P: Mhm.

344 E: Wollt ich ja auch nich', wie gesacht. Ich wollte ja auch, man weiß es ja auch
345 so von hier und da, von älteren, die dann so völich ruhich gestellt werden.
346 Das wollte ich eigentlich auch nich' so unbedingt. Ich hab immer gedacht,
347 vielleicht geht das mit'ner Milieuthherapie, aber .. scheinbar ..

348 P: Konnte er Ihnen mal irgendwas dazu sag'n? Haben Sie gewusst, was auf
349 Sie zukommt? Also, wie sich, wie sich die Krankheit äußert und .. überhaupt
350 zum Krankheitsbild Demenz?

351 E: Hm, nee. Ich hab mich da belesen.

352 P: Sie haben sich selbst belesen?

353 E: Ja, ich hab mich selbst damit beschäftigt mit dieser Sache, ne?

354 P: Mhm.

355 E: Früher, äh, hab ich mich da gar nich' mit beschäftigt, weil's mich ja nich' so
356 betraf, so direkt. (EINATMEN) Aber, ich finde, es war ja auch jahrelang so'n
357 Tabuthema, dass niemand da drüber sprach, ne?

358 P: Mhm.

359 E: Ich finde, das ist eigentlich auch in den letzten JAHR'N, dass man da
360 drüber spricht. (LAUTER) Ich hab ja auch viel mit alt'n Leut'n zu tun. Äh jetzt
361 im Nachhinein, wo die Patienten merken, dass ich so ein' Fall bei mir hab,
362 sprechen sie dann auch mal über ihre Eltern oder was weiß ich. Früher hat da
363 niemand drüber gesproch'n, weil immer so'n .. keiner wollte das richtig. Aber
364 heute is' es offener geword'n, ne? Und sooo ... tja, hab ich mich eigentlich
365 selbst, ja (LEISER) 'n bisschen.

366 P: Und wie war das so für Sie, als Sie das dann so gelesen hab'n?

367 E: Na ja, das is' schon'n Schock, muss ich ganz ehrlich sagen, weil ich das
368 eigentlich nie von meiner Mutter erwartet hab, dass sie, weil sie immer AKTIV
369 war. „Mensch!“, hab ich gedacht: „Sie ist doch immer aktiv, sie will doch nich'
370 hinterm Ofen sitzen.“ Und es war irgendwo doch'n Schock, dass ich meine
371 Mutter, dass .. wenn ich sie heute so sehe, als Häufchen Unglück, wo sie
372 immer solche Frau war, die mitten im Leben gestanden hat, ihr ganzes Leben
373 lang.

374 P: Mhm.

375 E: Musste sie auch ihr Leben alleine meistern. Der Vater ist erst achtund-
376 vierzich aus der Gefangenschaft gekomm', das war'ne schlechte Zeit. Ich
377 meine, da hat sie ihr'n Mann gestand'n und jetzt auf einmal so'n FRACK,
378 möchte man bald sagen.

379 P: Mhm.

380 E: Das is' schon irgendwo .. irgendwooo kann man das (AUSATMEN) als
381 Tochter nicht so richtig verarbeiten, finde ICH jedenfalls. (LEISER) Ich HAB
382 da schon so'n bisschen Probleme mit...

383 P: Und die, die Reaktion so aus dem Umfeld, ich meine so aus Ihrer Familie,
384 aus Ihrem Freundeskreis? Ähm, haben Sie den' erzählt, was mit Ihrer Mutter
385 los ist?

386 E: Ja. Wir hab'n da drüber geschproch'n. Ich meine, es kriegt ja auch der eine
387 oder andere mit, was da los ist, ne?

388 P: Mhm.

389 E: Wir haben da auch offen drüber gesprochen. Ich hab da kein', kein' Hehl
390 draus gemacht, muss ich mal so sag'n (LAUTER) als ich WUSSTE, wo's
391 hingeht. Die ersten Jahre hat man's ja nich' so .. (LEISER) Da hat man ja
392 gedacht: „Ach, das is' das Alter!“

393 P: Mhm.

394 E: Aber dann nachher haben wir schon da drüber ..

395 P: Mhm. Und in den Beziehungen? Hat sich da irgendwas geändert in den
396 Beziehungen? Sind die vielleicht seltener gekomm' oder haben sich irgendwie
397 anders verhalten?

398 E: Ach, das kann ich eigentlich nich' sagen. Sie hat sehr, äh, sehr liebe
399 Kollegen oder auch Freunde, die noch heute komm' .. viele Freunde sind ja
400 verstorb'n, leider.

401 P: Mhm.

402 E: Sie hat das gar nich' mehr mitgekriecht. Und das is' AUCH, denk ich mal ein
403 Grund gewesen. (AUSATMEN) Ja, ich will jetzt nich' Vereinsamung sagen, ich
404 meine, wenn ich andere Leute sehe, die so GANZ EINSAM .. Meine Mutti
405 hatte ja auch immer noch uns und die Familie, meine Kinder. Wir sind ja, alle
406 hab'n sich gekümmert. Es verging eigentlich kein Tach, wo nich' irgendjemand
407 bei ihr drüben war und guten Tach sagte oder reinguckte oder (EINATMEN)
408 aber trotzdem, ich denke maaal, dieser ganze Freundeskreis, der dann
409 plötzlich. Und das hab ich auch .. das viel alles so in diese Zeit so, dass sooo
410 gute Freunde verstarben. Die war'n denn auch so um die achzich herum und
411 der eine starb, der and're starb, der eine krichte'n Schlachanfall und na ja, das
412 war sicherlich, das konnte sie sicherlich auch alles nich' so verkraften, denke
413 ich mal.

414 P: Hm, ja, wenn die alle plötzlich verschwinden.

415 E: Ja!

416 P: Die sie so viele Jahre kannte.

417 E: Wo sie, ja, und wo sie dann immer doch ..

418 P: Und deswegen hat sie bei Ihnen vielleicht auch immer so..

419 E: Ja!

420 P: Angst gehabt, dass sie auch plötzlich weg sind.

421 E: Ja, ja! Da hatte sie dann die Leute, die da praktisch noch war'n, äh, die hat
422 sie dann FESTGEHALTEN oder so, ne? Denk ich mal. Das viel alles so'n
423 bisschen in diese Zeit, muss ich sag'n. Man denkt ja nachher, in dem Moment
424 denkt man ja gar nich' dran, (LEISER) aber nachher denkt man doch drüber
425 nach, ne?

426 P: Mhm ... Und so wie .. welche Verhaltensweisen, irgendwas, was Ihnen
427 ganz besonders nah ging, wo Sie sehr drunter gelitten hab'n?

428 E: Na ja, auch ihre (LEISER) Aggressivität dann hin und wieder mal.

429 P: Auch gegen Sie.

430 E: Ja, ja! ... Und dieses, dieses extreme Klammern, das war für mich auch
431 irgendwann nich', (LEISER) das war irgendwie für mich ... ich konnte es dann
432 irgendwann nich' mehr verarbeiten.

433 P: Man brauch' ja auch mal'n bisschen Luft.

434 E: Ja, ja! Ich war, ich war nich' mehr ich selbst. Ich war, ich konnte nich' mehr
435 über meine Freizeit so .. Sie hat jetzt mir keine .. ja, doch, schon. Hat s'e denn
436 auch gesucht: „Wo kommst du jetzt wieder her? Wo hast du dich
437 rumgetrieb'n?“ (LACHEN) Ich war gerade einkauf'n, hatte gesucht: „Ich fahr'
438 mal schnell einkauf'n.“ Kam denn wieder. „Hier ist ja keiner! Die ganze Zeit bin
439 ich alleine!“ und so, das kam denn nachher auch, aber das .. ja, aber sie ..
440 dieses extreme Klammern. (LEISER) Ja, das konnt' ich nachher irgendwo
441 nich' mehr ... obwohl, wie sie gesund war, war sie, hatt' man sie auch überall
442 dabei. Dann WOLLTE sie auch überall dabei sein, aber .. das hat man nich' so
443 empfunden. Ich hab das hinterher, eigentlich jetzt .. mehr als unangenehm
444 empfunden.

445 P: Hm. Und zu viel Nähe ist ja dann auch nicht .. angenehm.

446 E: Ja, ja! Es war weil ich .. selbst hatt' ich auch keine .. (Handy klingelt)
447 (PAUSE)

448 P: Und so im Haushalt? Hat sie denn noch selbst gekocht?

449 E: Nein.

450 P: Sauber gemacht?

451 E: Wir hatten denn, sie hatte dann, ja, wann hatte sie denn? ... Na ja, warten
452 sie mal. Bis siebenundsiebzig hat sie noch Auto gefahr'n (EINATMEN),
453 sechsundsiebzig hatte sie mal so'ne Herzattacke und dann haben wir
454 versucht, ihr das Autofahr'n so'n bisschen .. na ja, dass sie's nicht mehr so
455 sollte, als ich merkte, das klappt auch schon nicht mehr so hundertprozentlich.
456 Ich hatte immer, ich war immer froh, wenn sie wieder auf dem Hof war. Ähm
457 ... jetzt weiß ich nicht mehr, was ich sagen wollte.

458 P: Na ja, so im Haushalt so, was sie da noch gemacht hat.

459 E: Ach ja! So und dann, äh, ja, ja, und dann, an den Wochenenden war sie ja
460 sowieso immer bei uns (LEISER) meistens, wenn wir hier war'n irgendwo,

461 aber (LAUTER) ja, das wurde auch immer weniger, bis ich merkte, es klappt
462 nicht mehr so. Ach so, denn, wie sie diese Herzattacke hatte, denn merkte ich
463 auch, dass es mit dem (LEISER) Saubermachen (LAUTER) und ich konnt's
464 nich' mehr, mir war das einfach zu viel.

465 P: Mhm.

466 E: Das beides hier, das Geschäft und so und dann hatt' ich jemand, äh, 'ne
467 Kollegin von meiner Mutti, (LEISER) die hat denn, na ja, in der Woche mal
468 sauber gemacht.

469 P: Mhm.

470 E: (LAUTER) Aber sie hat denn die erste Zeit immer noch Staub gewischt, das
471 hat sie immer noch so gemacht. Sie ist SEHR ordentlich gewesen, also das
472 muss man so .. es war immer aufgeräumt, sie hat nie, das wird ihre Mutti
473 sicherlich auch bestätigen könn', es war IMMER ordentlich. Also, sie WAR für
474 Ordnung auch an sich. Sie hat da auch Wert drauf gelegt, aber .. (LEISER) sie
475 konnte das nachher nich' mehr so einordnen. 's klappte nachher irgendwo
476 nich' mehr, mit dem Kochen .. na ja. Es ging auch nachher nich' mehr, bis sie
477 .. na ja, wir mussten den Herd abdrehen, weil wir Angst hatten, dass sie ..
478 irgendwas mal brennen lässt.

479 P: Mhm.

480 E: Das is' ja bei den Holzhäusern auch immer sehr .. man hat ja auch
481 Nachbarn. Das war mir dann alles nich' mehr .. das war'n ja alles die letzten
482 Jahre nachher so. (LEISER) Ich mein', die ersten Jahre hat sie das auch ..
483 aber mäßig, so richtig viel hat sie in der Hauswirtschaft nachher auch nich'
484 mehr gemacht.

485 P: Mhm. Und soo, Körperpflege?

486 E: Na ja, das wurde denn ja, wie gesacht, zweitausendzwei musste ich ja
487 denn'n Pflegedienst, also die Pflegestufe beantragen, weil sie das nich', ja,
488 weil ich merkte, dass sie das nich' mehr macht.

489 P: Mhm.

490 E: Weil das nich' mehr geht, weil sie das nich' mehr, ja, sie konnte das nich'
491 mehr einordnen.

492 P: Mhm ... Und haben Sie ihr da zur .. Hand gehen müssen?

493 E: Da hab ich dann selbst, hab ich's selbst dann gemacht.

494 P: Mhm.

495 E: 'n paar Jahre lang und, äh, also morgens und abends .. (LEISER) die
496 normale Körperpflege. Uuund (LAUTER) na jaaa, das hat sie manchmal
497 AUCH nich' machen woll'n, nich'? „Ich kann das alles alleine!“ und „Ich bin
498 nich' doof!“ und „Lass mich in Ruheee!“ und „Ich will diss nich' und ich will
499 das nich'!“ Meine, da gab's schon manchmal Reibereien.

500 P: Mhm.

501 E: Kann ich ja auch irgendwo versteh'n, wenn .. man lässt sich nich' gerne von
502 seinen Kindern da ..

503 P: Ja, wenn s'e sich dessen nich' bewusst sind ..

504 E. Weil, sie hat ja immer gedacht, sie macht es richtig.

505 P: Ja, ja.

506 E. Ne, und bis ich merkte: „Es klappt ja doch nich'.“ Und früher hat sie immer
507 gesacht: (LEISER) „Ich mach nich', wenn die Leute, äh, alte Leute stinken!
508 Waschen die sich nich'?!“ und hat sich immer FÜRCHTERLICH drüber
509 auferegt. „Neben den setz' ich mich nich', der stinkt!“ (LACHEN) und was weiß
510 ich. (EINATMEN) Und dann hab ich gesacht: „Na Mutti, hm, du willst doch
511 nich' stinken und willst doch sauber sein und .. na ja, dann musst du das auch
512 machen! Du musst dir helfen lassen, lass' dir doch helfen!“ Zuerst hat sie ja
513 auch dann nachher die fremde Hilfe abgelehnt, wollte ja auch niemand
514 Fremdes im Haus hab'n.

515 P: Mhm.

516 E: Na ja, ich merkte auch, dass ICH überfordert war, weil sie .. es war ja so,
517 ich musst' ja arbeit'n noch und, ähm, wenn ich morgens noch rüber ging ..
518 wenn das alles so gelaufen wäre, wäre man ja in zwanzich Minuten fertich
519 gewesen, aber ehe sie dann aus'm Bett war, denn wollte sie dis nich' und das
520 nich' und dann wurden aus diesen zwanzich Minuten mitunter'ne dreiviertel
521 Stunde, ne?

522 P: Mhm.

523 E: Und denn, das PACKTE ich morgens nich' mehr! Das, das ging einfach
524 nich' mehr, ne?

525 P: Ja, erst die unruhige Nacht und dann das.

526 E: Na ja, das war'n die Nächte, da ging' die Nächte noch halbwegs in der
527 ersten Zeit, ne? Es war ja jetzt eigentlich mehr so zum Schluss (LEISER) mit
528 den unruhigen Nächten. Gut, da hat sie auch angeruf'n, aber nich' so massiv,
529 (LAUTER) aber, äh, das schaffte ich einfach nicht mehr und dann versuchte
530 ich ja'n Pflegedienst zu bekomm' und den hat s'e zuerst auch abgelehnt.

531 P: Mhm.

532 E: Das war nich' so einfach. Sie war ganz schön .. „Ich will keine Leute hier
533 hab'n!“ Weil sie (LEISER) dachte, sie kann das alles alleine.

534 P: Mhm, mhm.

535 E: Weil sie das nich' wusste (PAUSE)

536 P: Und jetzte, wo sie in der Tages, äh in der WG is'? Wie ist die Beziehung
537 jetz' so zu ihr?

538 E: Also, ich muss sagen, äh, IRGENDWO .. ja, bin ich RUHIGER, weil ich
539 weiß, es ist immer jemand DA. Ich brauch' keine Angst zu haben, sie fällt die
540 Treppe runter, weil hier war'n doch die Treppen im Haus.

541 P: Oh jeh.

542 E. Sie musste doch immer die Trepp'n hoch und runter.

543 P: Mhm.

544 E: Es ging nich' anders und hier auf der ersten Etage is' keine Toilette. Sie
545 musste immer die Trepp'n nehmen, auch, und das war dann natürlich auch
546 so'n Unsicherheitsfaktor, weil ich auch immer so'n bisschen Angst hatte.

547 P: Mhm.

548 E: Also, diese Angst jetzt, dass was passier'n kann mit ihr oder so. (LEISER)
549 Ich mein gut, sie kann so ja auch stürz'n, aber so direkt jetzt was .. was man
550 hätte abwenden könn'. Da bin ich schon ein bisschen ruhiger geword'n, muss
551 ich sag'n. Ich weiß, sie is' da gut aufgehob'n .. ich bin zwar insofern noch nich'
552 ganz ruhich, weil ich eben weiß, dass sie immer Theater macht, sie nachts
553 nich' schläft und es is' mir peinlich auch dem Pflegepersonal gegenüber, aber
554 .. man möchte ja, dass es alles so läuft und, dass das alles .. hm, es könnte
555 so gut und so harmonisch alles ablauf'n, wenn sie .. (LEISER) ja, wenn sie
556 wüsste, was sie täte.

557 P: Und wir hat sie das so aufgenommen' mit der WG?

558 E: Na, als ich ihr das vorgestellt habe und ihr das gezeigt habe (EINATMEN),
559 da hat sie gesacht, äh: „Jaaa, das ist alles ganz schön, was man so für alte
560 Leute macht. Das ist ja'ne gute Sache.“ Und: „Na“, sach ich: „Mutti, was hältst
561 du davon, wenn DU da auch einziehst?“ - „Aber doch ICH nich'! Ich kann doch
562 noch alles alleine und ich mach' doch noch alles alleine! Mein schönes Haus.“
563 Und dies und das. (EINATMEN) (LAUTER) Aber irgendwann hatt' ich sie doch
564 soweit, immer wieder mal erzählt und gezeichnet und getan und gemacht und da
565 hat s'e gesacht: „Ja.“ Das macht sie.

566 P: Mhm.

567 E: Ja, aber als es dann so weit war, war ..

568 P: War's wieder nich' wahr.

569 E: Ja, und da war s'e denn ganz schön schwierig, ne? Aber den Tach, als sie
570 dann umzog, nahm meine Tochter sie mit zu sich und da hat sie dann .. da
571 hab'n s'e beide noch Kuchen geback'n, na ja, alles so drum herum und da
572 hatt'n wir ihr dann auch erzählt, dass wir jetzt einräum' und dann hatt'n wir uns
573 zum Kaffe dort verabredet, in ihrer neuen Umgebung, dann'n Tässchen Kaffe
574 getrunk'n (EINATMEN) uuund, äh, abends, die Schwestern sachten dann
575 noch, äh: „Verabschiede'n S'e sich ma' nich'.“ Und (LEISER) da hab ich
576 gedacht: „Nee, so kannst nich' .. das krich ich nich' fertich so ohne gute Nacht
577 und Aufwiedersehen.“ (LAUTER) Konnt' ich nich' einfach vom Hof geh'n.

578 P: Mhm.

579 E: Und dann hab' ich DOCH mich verabschiedet und hat sie ganz wunderbar
580 reagiert (EINATMEN): „Jaaa, ähm, denn schlaf' ma' gut und gute Nacht!“ und
581 ich sach denn: „Ja, ich komm' denn morgen wieder.“ - „Ja, bis morgen früh,
582 grüß alle schön.“ „Oh“, hab ich gedacht: „Is' das schööön!“ Da war mir
583 richtich'n Stein vom Herz'n gefall'n, weil ich immer Angst hatte, ich mach' das
584 verkehrt.

585 P: Mhm.

586 E: Aaber dann ging's ja nachher los, dass ich jeden Tach dann hörte: „Sie
587 schläft nich'.“ Und „Sie macht dies nich' und sie macht das nich'.“ (LAUTER)
588 Sie hat aber nich' so rumgejammert, dass sie jetzt mit nachhause wollte. Sie
589 war auch schon so'n bisschen an die Gemeinschaft durch die Tagespflege
590 gewöhnt.

591 P: Mhm.

592 E: Sie hat ja immer gedacht, dass sie abends wieder abgeholt wird, ne?

593 P: Ach so!

594 E: Weil den Rhythmus hatte sie ja schon ein Jahr lang, ne?

595 P: Mhm.

596 E: Und da hatte sie nun gedacht, dass es Tagespflege is', sie kommt wieder
597 nachhause. Warum sie dann da schlafen sollte, das wollte ihr nun gar nich' in'
598 Kopf.

599 P: Mhm.

600 E: Darum denk' ich mal, is' auch diese Unruhe ..

601 P: Vielleicht is' s'e deshalb so unruhich.

602 E: Jaaa, aber sie war ja hier schon unruhich, ne? Es war ja schon hier, seit ich
603 .. ganz massiv, also beobachtet hab ich's schon vorher. Wir könn' uns ja
604 gegenseitich in die Fenster gucken nachts und, ähm, irgendwo hatte sich das
605 bei mir schon eingeschlichen, wenn ich zur Toilette ging, der erste Blick war
606 zu meiner Mutter, kucken: „Is' da Licht?“ (AUSATMEN) Es war schon von MIR
607 so'ne Macke, ne, also irgendwo (LACHEN) hatt' ich auch schon gelitten.
608 (EINATMEN) Und da hatt' ich vorher auch schon .. bemerkt, dass sie nich' so
609 durchschläft, dass sie wach is' mal, aber dann hinterher war Licht wieder aus,
610 dann war sie wieder, äh, sicherlich, äh, zur Toilette gegang' oder nur, also
611 unsereins schläft ja auch nich' jede Nacht durch.

612 P: Mhm.

613 E: Aber das war ja eben nachher wurde das immer massiver, ne? Und wenn
614 sie dann ruft und Theater macht und .. schreit und tut und macht, das ist dann
615 natürlich unangenehm, wenn man nur wach wird und leise in sein' Bett liecht,
616 is' das ja keine Last, is' das ja nichts Schlimmes, aber wenn man dann
617 umherwandert und (LEISER) alle zusamm' ruft, dass sie alle denn Beifuss
618 sein müssen, das is' dann nachher schon'ne Last.

619 P: Ja.

620 E: (LEISE) Das nervt dann auch.

621 P: Und so rückblickend jetzte, meinen Sie, Sie hätt'n irgendwas anders,
622 irgendwas besser mach'n könn'?

623 E: Ja, das fragte ich mich, das sachte ich ja schon, das frag ich mich
624 eigentlich immer noch (EINATMEN): „Hättest du jetzt irgendwas anders
625 mach'n könn'?“ Aber ich hab da drauf keine Antwort. Ich weiß nich', was ich
626 hätte anders mach'n soll'n.

627 P: Na ja, man hätt' ja auch nich' gewusst, wie lange Sie das ausgehalt'n
628 hätt'n, wann sie zusamm'gebroch'n wär'n.

629 E: Nein, nein. Und, ähm, ich .. auch so im Verwandtenkreis, im Bekannten-
630 kreis, die sag'n ja: „Du warst ja eigentlich immer da!“ und .. ich .. das is' ja
631 nich' so, dass man nur alle vier Woch'n mal gekomm' is' irgendwo. Man war ja
632 immer da, ne?

633 P: Mhm.

634 E: Aber vielleicht war das AUCH, das Immerdasein nich' so gut, dadurch war
635 meine Mutti vielleicht nie so recht SELBSTständich. Na ja, selbstständich war
636 sie schon .. war einfach unsere Nähe immer so gewöhnt und wollte eben
637 nachher immer mehr Nähe hab'n, denk' ich mal, ne?

638 P: Mhm, mhm.

639 E: Weil, wie gesacht, alle andern drumherum schon weg war'n, wollte sie den
640 Rest noch erhalt'n, denk' ich mal. Ich weiß es nich'! Ich hab dafür .. ich weiß
641 da auch nich', was ich hätte anders mach'n soll'n. Dann hätt' ich rüberziehen
642 müss'n zu meiner Mutti ... das wär' auch nich' gegang'.

643 P: Dann wär' sie zu lhn' ins Bett gekomm' wahrscheinlich.

644 E: Ich HAB das ja auch gemacht, ich, ja, ja, hab's ja auch gemacht und
645 wenn's denn gar nich' ging mein Bett genomm' und hab denn drüben
646 geschlaf'n, da hab ich gar keine Ruhe gekricht. Da stand sie immer neben
647 mein' Bett und hat denn, hm, denn lief sie immer die Treppe runter, hab ich
648 auch keine Ruhe gehabt, weil sie ja immer dachte: „Nanu!“

649 P: Was hat sie dann gemacht, wenn sie .. hat sie was gesucht oder?

650 E: Nee, dann is' sie runtergekomm', hat geguckt, wer da unten is', nich'? Und:
651 „Ach, bist du immer noch da?“ Weil ich denn ja nich' oben im Schlafzimmer
652 geschlaf'n hab, sondern auf der Couch geschlaf'n, weil .. sie schnarcht ja
653 auch'n bisschen.

654 P: (LACHEN)

655 E: Und, ähm, ja dann lief sie auch durch die Gegend und denn hab ich auch
656 keine Ruhe gekriegt, hab'n wir BEIDE keine Ruhe gekriegt. Das war ja dann
657 auch keine Lösung.

658 P: Mhm.

659 E: (LAUTER) Also, ich weiß nich', was ich hätte mach'n soll'n!

660 P: Hm, es wird schon, es ist schon die beste Lösung, jetzt in der WG, ich
661 meine.

662 E: Ja, ich denke mal auch.

663 P: Da is' ja die Betreuung, professionelles Team da und sie is' ja auch nich'
664 allein, da kümmern s'e sich ..

665 E: Mhm

666 P: Ganz gezielt und wenn das jetzt nachts nicht besser wird .. vielleicht wird's
667 irgendwann mal besser.

668 E: Ja, äh, vierundzwanzichstunden Betreuung hat se ja.

669 P: Irgendwann muss ja mal'n Rhythmus drin sein.

670 E: Irgendwann is' der Körper ja auch mal so ausgepowert, denk' ich mal.

671 P: Mhm, mhm.

672 E: Dass er, äh, dass er das braucht. Man hat ja mal versucht, sie am Tage
673 wach zu halten, in der Hoffnung, dass die nächste Nacht dann besser wird,
674 ne? Aber dadurch war sie denn nachher sooo aufgekratzt dass es denn
675 überhaupt nich' mehr funktionierte. Ich denke mal, wenn sie jetzt diese, äh,
676 ganze Umstellung hinter sich hat, (EINATMEN) dass es .. dass sie
677 ausgeglichener wird. Also, ich hatte jetzt auch schon den Eindruck, dass sie
678 (LEISER) ausgeglichener war.

679 P: Mhm.

680 E: Wenn man so hinkam und war sie eigentlich ruhich. Bloß jetzt natürlich ist
681 sie da vier Wochen. Jede Ortsveränderung is' ja für sie Gift, muss ich mal so
682 sag'n. Denke mal, für jeden andern auch.

683 P: Mhm, ja.

684 E: (EINATMEN) Und wenn sie jetzt wieder zurückkommt, ich denk' mal in die
685 WG. Ich meine, ich hab schon viel davon erzählt und na ja und, aber ..
686 (LEISER) das wird denn natürlich auch wieder für sie .. sicherlich irgendwo'n
687 Rückfall oder'n Rückschlag. (LAUTER) Ich weiß es nich'! (LEISER) Ich weiß
688 es nich'. Ich kann da .. im Moment gar nichts ..

689 P: Vielleicht ist die Erinnerung noch'n bisschen drin, da, wer weiß.

690 E: Vielleicht nimmt sie das dann, wenn sie von da kommt jetzt mehr als ihr
691 zuhause an, ne?

692 P: Mhm. Ja'n Krankenhausaufenthalt, der kann ein' schon ziemlich aus'm
693 Konzept bringen.

694 E: Ne? Ja, ja, und dass sie dann nachher wieder, wenn sie ihr eigenes
695 Zimmer wieder sieht .. so, äh, sie hat ja ihre Wohnungseinrichtung und das
696 sind ja alles lieb gewonnene Gegenstände, ist ja alles heimisch, nichts
697 Fremdes, ne?

698 P: Mhm.

699 E: Dass sie dann da vielleicht .. ich weiß es nich'. Wir könn' eigentlich nur
700 laufend hinfahr'n, das hab'n wir nach wie vor getan. Immer irgendwann fährt
701 jemand mal vorbei und (LEISE9 so ist eigentlich jeden Tag jemand da.

702 P: Mhm.

703 E: Dass sie den Kontakt, dass sie nich' so, ja, sie weiß es aber am nächsten
704 Tach nich' mehr, wenn ich frach, wer da war, dann weiß sie's nich' mehr.

705 P: Mhm, ja.

706 E: Das is' dann wieder raus aus'm Kopf. Ich brauch mich nur umzudreh'n,
707 dann weiß sie's schon nich' mehr. Komischerweise sind aber die langen, die
708 längeren Sachen .. als ich das erste Mal .. dummerweise war dieser
709 Krankenhausaufenthalt, äh, die Krankenhauseinweisung war gerade in der
710 Woche, wo ich (LEISER) im Urlaub war. War jetzt'n bisschen dumm, is' dumm
711 gelauf'n, aber da kam, hm, besuchte sie dann und dann sacht sie: „Wo bin ich
712 denn hier?“ - „Ja“, sach ich: „Du bist in Neubrandenburg.“ - „Ach, das is' ja
713 dreizich Kilometer von Neustrelitz weg.“

714 P: Mhm?

715 E: Solche hellen Lichtblicke hat sie, ne?

716 P: Hm.

717 E: Sie, sie ist nicht VÖLLICH jetzt von der Welt, also ..

718 P: Mhm.

719 E: Auch wenn ich Kreuzworträtseln mit ihr mache, das macht ihr so'n Spaß,
720 ne? Und: „Nu lob mich doch mal, dass ich das alles kann!“ Ich sach: „Ich lob
721 dich doch schon immer zu.“

722 P: (LACHEN)

723 E: Und, also, sie WILL immer beschäftigt werden, aber sie will auch nur das
724 machen, was ihr Spaß macht.

725 P: Mhm. Ja, Zwang muss da ja auch nich' unbedingt ..

726 E: Ja, ja. Und sicherlich gibt's dann Reibereien vielleicht, wenn sie
727 Schwestern, äh: „Ich möchte das machen, ich mag das nich'!“ (LACHEN)

728 P: Kann sein! (LACHEN) Okay, denn machen wir hier mal .. (ENDE)

**Anhang 13: Kontextprotokoll „Pfleger Angehörige“
zum Interview mit Frau E. zum Thema „Belastungen der pflegenden
Angehörigen von Menschen mit Demenz“**

Frau E. hat ihre Mutter bis vor einiger Zeit noch zuhause gepflegt, bis ihr ihre Kinder angeraten haben, sie doch in eine spezielle Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz zu geben, wo sie seit einiger Zeit auch lebt.

Ich treffe mich mit ihr in ihrem Haus. Wir reden vorher noch ein bisschen über mein Studium und das Interview. Sie selbst hat keine weiteren Fragen mehr zum Interview, da ich sie bereits telefonisch darüber aufgeklärt habe. Sie bringt noch Getränke und dann beginnen wir. Wir sitzen uns schräg gegenüber an einem Tisch am Fenster. Sie hat eine Standuhr im Wohnzimmer, die Nebengeräusche verursacht. Im Interview werden wir einmal von ihrer Enkelin gestört. An dieser Stelle unterbreche ich die Aufzeichnung. Ein anderes Mal klingelt mein Mobiltelefon, was eine kurze Störung bei der Aufzeichnung verursacht.

Während des Interviews schaut sie viel aus dem Fenster, spielt mit ihren Händen und senkt die Stimme sehr oft, manchmal spricht sie auch sehr undeutlich und leise. Für mich sind dies Zeichen von Unsicherheit. Man merkt im Verlauf des Gesprächs, dass sie sehr an ihrer Mutter hängt („Meine Mutti...“) und, dass ihr die Krankheit sehr nahe gegangen ist. Sie kann sich auch nicht so richtig mit der WG abfinden, hat scheinbar Schuldgefühle und Zweifel, aber wie sie mir im Nachhinein noch erzählt, hätte sie ihre Mutter niemals in ein Heim gegeben. Sie hätte sie dann eher so lange gepflegt, bis es nicht mehr gegangen wäre.

Nach dem Gespräch reden wir noch ein wenig über die WG, in der ihre Mutter jetzt lebt. Sie unterschreibt den Interviewleitfaden und damit bedanke und verabschiede ich mich.

Anhang 14
Interviewleitfaden „Pflegekraft“

**Interviewleitfaden „Pflegekraft“ zu
„Belastungen von pflegenden Angehörigen Demenzkranker“**

Ort: _____

Datum: _____
Anfang: _____ Uhr Ende: _____ Uhr
Interviewer: _____
Interviewte/r: _____

1.) Zur Person:

Name
Alter
Beruf
Dauer der Tätigkeit in der Einrichtung

2.) Zur Einrichtung:

Gründungsjahr
Belegung/ Plätze in der Anfangszeit und heute
Personal (Anzahl und Beruf)
Finanzierung (privat, Pflegegeld, Sozialhilfe,...)
Besuchszeiten (mehr morgens oder nachmittags, Anfang/ Mitte/ Ende der Woche?)
Angebote und Leistungen (Beschäftigungen, Beratungen,...)
Bei Auskunftsberechtigung: Kosten (einheitlich, stundenweise,...?)

3.) Zur Angehörigengruppe:

Gründungsjahr, Dauer der Existenz, Auflösungsgrund

4.) Zu den Angehörigen:

Zusammensetzung: Familienstand (im Schnitt)
 Verwandtschaftsgrad zum Gepflegten
 Alter
 Geschlecht

Motive für die Nutzung der Tagespflege (Erholungsbedarf, Termine, Beruf, Wunsch des Erkrankten/ der Familie,...)

5.) Zu den Gästen:

Zusammensetzung: Familienstand (im Schnitt)
Alter
Geschlecht
Pflegestufe
Demenzstadium (falls Diagnose „Demenz“)
Diagnose „Demenz“ oder andere geistige Erkrankungen?
Aufenthaltsdauer (Jahre, Tage, Ø)

6.) Belastungen (Äußerungen und Beobachtungen):

Worüber beklagen sich die Angehörigen?
Was wird sehr häufig geäußert?
Was fällt besonders auf?

Hilfsfragen:

Kommt Ihnen etwas bekannt vor, was haben Sie erlebt, woran erinnern Sie sich bei den folgenden Stichworten?

- a) Schuldgefühle: fühlen sich schlecht, bedauern es, glauben, sie hätten Schuld, weil sie ihren zu Pflegenden zu spät zum Arzt geschickt/ gebracht haben,...
- b) Leid ansehen müssen: traurig über den Verfall,...
- c) Hilflosigkeit/ Machtlosigkeit: fühlen sich hilflos, können nichts machen, Scham,...
- d) Fehlende Anerkennung: wünschen sich mehr Anerkennung, beschwerten sich über das Nichtsverständnis der anderen,...
- e) Ängste: vor Verschlechterung, Handgreiflichkeiten, dem Tod, jedem Tag,...
- f) Inadäquater Umgang: machen dem Gepflegten Vorwürfe, glauben Diagnose nicht, erwarten Besserung oder gar Heilung, schimpfen, schütteln, zeren,...
- g) Informationsmangel: beschwerten sich über fehlende Aufklärung durch Arzt,...

h) Fehlende Distanz: fühlen sich eingeengt, können nie allein sein, müssen immer Rücksicht nehmen,...

i) Zeitliche Beanspruchung: alles genau planen, keine Ruhe, können nicht weg,...

j) Einsamkeit/ Isolation: ziehen sich zurück von Freunden/ Familie oder diese sich von ihnen, keine Feiern, keine Einladungen,...

k) Rollenwechsel: Mann übernimmt Hausarbeit, Tochter bevormundet Mutter/ Vater, handelt für diese (kommen damit nicht zurecht),...

l) Krankheitsbedingte Veränderungen: Symptome, die ihnen nahe gehen, wie Schreien, Vergessen, Inkontinenz, Gefahren, Hilfe bei alltäglichen Dingen,...

m) Zurücknahme eigener Bedürfnisse/ Verzicht: keine Freizeit, kein Urlaub, kaum Anschaffungen,...

n) Mangelnde Unterstützung: keine Hilfe von Familie, Freunden, Krankenkassen, Ärzten,...

o) Anpassung: Wohnung, Sprache, Tagesablauf, Arbeit geändert, in welcher Form,...

p) Finanzielle Probleme: mussten Gepflegten aus Tagespflege nehmen, Schulden, zu wenig Geld zur Verfügung,...

q) Belastung der Familie/ Ehe: Scheidungen, Streit,...

r) Eigene Erkrankung: Depressionen, Schlafmangel, Unruhe, Magen-/ Darmbeschwerden, Herzerkrankungen,...

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Gezeichnet: Interviewer

Interviewte/r

Notizen:

1.) Zur Person:

2.) Zur Einrichtung:

3.) Zur Angehörigengruppe:

4.) Zu den Angehörigen:

5.) Zu den Gästen:

6.) Zu den Belastungen:

Anhang 15
Interviewtranskription „Pflegerkraft“

1 Interview -Transkription „Pflegekraft“ zum Thema „Belastungen der pflegen-
2 den Angehörigen von Menschen mit Demenz“

3 Befragte: Frau W., 53 Jahre

4 Interviewerin: Frau Claudia Priebe

5 Ort des Interviews: Schlafsaal der Tagespflege der Volkssolidarität, Adler-
6 straße13, 17034 Neubrandenburg

7 Datum und Zeit: Freitag, 20. April 2007, 10.05 Uhr bis 10.35 Uhr

8 Transkript: Claudia Priebe

9

10

11

12 P: Also gut, Frau W., wie alt sind Sie, wenn ich fragen darf?

13 W: Ich bin dreiundfufzig.

14 P: Und von Beruf sind Sie?

15 W: Äh, (AUSATMEN) ja, ich bin Altenpflegerin.

16 P: Mhm.

17 W: Hab aber als Umschulung .. äh, gerlernt hab ich ma' als Facharbeiter für
18 Post und Vertrieb des Verkehrs, äh (LAUTER) Facharbeiter für Vertrieb und
19 Verkehr des Post- und Zeitungswesens. So war das (Lachen). Und danach
20 hab ich .. äh, im Kindergarten gearbeitet, hab dann Erziehungshelferin noch
21 nachgemacht und, ja, nach der Wende dann wurden s'e ja auch alle
22 entlassen, ne?

23 P: Mhm

24 W: Und dann hab ich gleich, äh.. zweitausend, nee, schon früher .. ange-
25 fangen gleich .. gleich nach der Wende praktisch mit der Umschulung
26 Altenpflegerin.

27 P: Mhm.

28 W: Zweieinhalb Jahre ging die Umschulung damals, jetzt ist sie ja drei Jahre.

29 P: Und was machen Sie jetzt hier? Sie .. leiten die ..?

30 W: Ich, äh, bin, ähm, Bereichsleiterin, wenn man so will hier, ne? Bei den
31 Demenzerkrankten.

32 P: Mhm.

33 W: (LAUTER) Wir haben zwei Gruppen hier bei uns in der Tagespflege. Die
34 eine Gruppe ist da, wo wohl noch die geistig Fitteren drin sind, sag ich mal ..

35 P: Mhm.

36 W: Die dann aber körperlich ein bisschen mehr gehandicapt sind. Bei uns die
37 Demenzerkrankten sind, äh, ja, wie gesagt, die, ja, die kognitive Einbußen
38 haben ..

39 P: Tja.

40 W: Und sind aber meistens, äh, in der Beweglichkeit eigentlich ganz gut. Bis
41 auf, sagen wir mal, zwei drei, die dann eben, hm, 'ne fortgeschrittene Demenz
42 haben.

43 P: Ja.

44 W: Hm.

45 P: Wie lange arbeiten Sie jetzt hier schon?

46 W: Ich bin seit zweitausendeins hier, seit August zweitausendeins.

47 P: Mhm, ist ja schon 'ne recht lange Zeit (LACHEN).

48 W: Na ja (LAUTER), damals hatten wir ja am Anfang, äh, weiß ich gar nicht,
49 ob das jetzt schon .. (LEISER) Äh, damals am Anfang hatten wir ja so diesen
50 Bereich noch nich'. Da waren wir ja alle zusamm'?!

51 P: Mhm.

52 W: Da hatten wir nur die eine Seite gehabt?! Und da waren eben auch alle
53 zusamm', ne?

54 P: Aha.

55 W: Und das .. war (LAUTER) NICHT so schön! Äh, die geistig Fitteren, die
56 können das eben auch nich verstehen, ne? Was Demenzerkrankte, äh, oder
57 warum die dauernd umherlaufen und dasselbe sagen oder warum das und
58 jenes tun und so. Da haben die schon ganz schön Schwierigkeiten mit.

59 P: Ja.

60 W: gerade, wenn man (LAUTER) selber, sag ich mal, erkrankt ist, dann hm,
61 fällt das bei den anderen besonders auf, weil man ja auch 'n bisschen
62 überspielen will, was .. also, gerade die Demenzerkrankten regen sich ja auch
63 oft auch auf über die anderen: „Die sind doof!“ oder so, sagen s'e ja dann.

64 P: Ja.

65 W: Die können das ja irgendwie nicht verstehen. Die schätzen sich ja
66 (LAUTER) selber nicht so ein, sag ich mal. Die denken ja auch, sie sind
67 (LEISER) fitt.

- 68 P: Ja, gesund.
- 69 W: Fitt und gesund.
- 70 P: Na gut, dann kommen wir gleich mal zur Einrichtung. Das Gründungsjahr?
- 71 W: Ja, na ja, das (LAUTER) Gründungsjahr war eigentlich, äh, die Tages-
72 pflege, äh, November fünfundneunzig, (EINATMEN) aber in der Schwe-
73 denstraße. Das, da hatten s'e ungefähr acht Besucher, am Anfang?! Ja,
74 anfangs waren es acht. Aber ich denke mal, wir .. so günstig war das nicht,
75 weil die Treppen und .. ja. (EINATMEN) Ja, seit zweitausendeins sind wir
76 dann in die Adlerstraße?! ... Joa .. Uuund, ja, fünfundneunzig hatten wir acht
77 Besucher gehabt, siebenundneunzig dann schon zwölf und seit zweitau-
78 sendfünf haben wir zwanzig Besucher.
- 79 P: Aha.
- 80 W: Die sind also täglich hier. Also im Durchschnitt sind's, kommt drauf an,
81 achtz'n .. immer hier.
- 82 P: Mhm. Und gibt's irgendwie so Stoßzeiten, sag ich mal?
- 83 W: Äh, bei uns sind s'e eigentlich den ganzen Tach über hier. Es gibt wohl
84 welche Zeiten, wo die Besucher kommen .. hm, na, na, der Teil .. der
85 (LAUTER) größte Teil kommt täglich, sag ich mal so. Aber sonst kommen
86 eben auch welche nur (EINATMEN), äh, zweimal die Woche oder dreimal die
87 Woche. Und manche, hm, einige kommen auch bloß einmal die Woche .. aber
88 nicht allzu oft. Der größte Teil kommt täglich.
- 89 P: Und so im Wochenverlauf? Wo ist es da ..?
- 90 W: Äh, ja, die sind ja den ganzen Tach hier. Die werden ja morgens geholt
91 von uns. Also, ich denke mal, äh, sagen wir ab halb neun bis um halb vier ist
92 die größte, also, da sind die Meisten hier.
- 93 P: Ja, ich mein' jetz'e so am Anfang der Woche oder am Ende der Woche?
- 94 W: Äh, (AUSATMEN) eigentlich nimmt sich nicht viel. Ich sach ja, wie im
95 Durchschnitt ..
- 96 P: Es ist ausgewogen.
- 97 W: Ja. Weil dadurch, dass einige nur eins, zweimal die Woche kommen,
98 dreimal die Woche kommen (EINATMEN). Wir müssen ja die zwanzig Plätze
99 belegen. Wir können s'e ja nich' .. es können ja nich alle mitmal kommen,
100 dann haben wir ja hier vielleicht fünfundzwanzig oder sechundzwanzig
101 mitmal. Uuund andere Tage dann vielleicht bloß, also, das wird schon so mit
102 den Leuten: „Also, die und die Tage sind noch frei, dann könnten Sie .. Ihre
103 Mutti oder ihre Frau oder Ihren Mann oder was weiß ich was bringen.“, ne?
- 104 P: Also haben Sie mehr Tagespflegegäste als eigentlich hier immer vor Ort
105 sind.
- 106 W: Ja!

107 P: Mhm.

108 W: An Demenz sind mehr.

109 P: Also ist der Andrang schon ..

110 W: Ja!

111 P: Mhm. Und das Personal? Wie setzt sich das hier zusammen, wie viele sind
112 Sie?

113 W: Wir siiind .. dreiii, vier, fünf .. Vollzeit, also, ne nicht, aber fünf Fachkraft, na
114 ja, Fachkräfte. (LAUTER) DREI richtige Fachkräfte, eine Pflegekraft .. und
115 eine Hilfskraft sozusagen ..

116 P: Mhm.

117 W: Na, einen Zivi haben wir immer noch ..

118 P: Hm.

119 W: Mhm.

120 P: Zur Zeit haben wir immer noch einen Praktikanten, der ist noch bis Mai bei
121 uns .. (EINATMEN) ja, und .. na ja, die (LEISER) Ein-Euro-Kräfte, die zählen
122 ja nur zusätzlich, ne?

123 P: Und sie sind dann auf beide Wohnbereiche aufgeteilt?

124 W: Ja, also in jedem Bereich haben wir jetzt eine Fachkraft vorhanden
125 (EINATMEN) und eine, äh, ja äh, Pflegekraft .. und eine, äh .. (LEISER) ...
126 Kraft.

127 P: Mhm. Und wie werden die Plätze hier finanziert .. vorrangig?

128 W: Ja, also erst, äh .. über das Sozialgesetzbuch, hier, äh, elf, das, äh, die
129 Pflege, das Pflegegeld.

130 P: Mhm.

131 W: Dann, äh, Selbstzahler. Einen Teil zahlen s'e ja auch selber: Hotelkosten
132 und teilweise Investitionskosten und das Sozialministerium (EINATMEN) .. äh,
133 gibt ja auch noch Investitionskosten dazu. Aber nur für die Leute, die Pflege- ..
134 ja, Geld und Arbeitslosengeld bekommen.

135 P: Ja, mhm. Und ist schon mal jemand, musst' schon mal jemand die
136 Tagespflege verlassen, weil er mit der Finanzierung nicht mehr ..?

137 W: WENN das nicht, ne, wenn das, also, wenn das nicht REICHT, die können
138 sich ja dann auch an das Sozialamt wenden.

139 P: Mhm.

140 W: Und dann so ein' Antrag stellen, wenn s'e wirklich .. Ja, also das hab ich
141 noch nicht erlebt, dass deswegen einer nicht kommen konnte. (LAUTER)
142 Sicherlich, viele gucken auch auf's Geld und, äh, sagen „Aha, das ist mir zu
143 teuer!“, dann kommen s'e eben nur halb-, äh, also nicht den GANZEN Tag,
144 nicht den ganzen, äh, die ganze Woche, bloß ein, zwei Tage die Woche, ne?
145 Das spielt natürlich auch 'ne Rolle! Warum manche dann eben nur für zwei,
146 drei Tage kommen oder so, ne?

147 P: Ja, das liebe Geld!

148 W: Mhm. Ja, weil's wirklich so teuer ist denn, ne? Und wenn, viele haben ja
149 auch noch 'ne Sozialstation mit drinne .. uuund, die, hm, da muss das Geld ja
150 zuerst bezahlt werden und wir rechnen ja das ab, was von der Sozialstation
151 übrig geblieben ist, ne?

152 P: Achso?

153 W: Ja, und dann, hm, ja müssen s'e DANN auch noch was zuzahlen, wenn
154 das nun nicht reicht, wenn einer 'n ganzen Tach hier ist und hat noch zuhause
155 Sozialstation, dann müssen s'e da auch noch Pflegegeld zuzahlen und dann
156 wird das natürlich mächtig teuer.

157 P: Tja.

158 W: (LACHEN)

159 P: Was bieten S'e denn hier so an? Angebote und Leistungen, was ist das
160 hier so für Angehörige und die .. Gäste?

161 W: Na ja, für Angehörige haben wir im Moment gar nichts. Wir hatten mal
162 eine, eine Gruppe gehabt, also einen Kurs, das war'n Kurs über Pflegen und
163 der lief über die Pflegekasse. Die Angehörigenarbeit, das hatte Frau D.
164 damals (EINATMEN) die Räume von Neustrelitz da, geleitet.

165 P: Der Name sagt mir was.

166 W: Mhm, das ging glaub ich .. ging das zwei Jahre? Zweimal 'n Kurs? Aber
167 ansonsten haben wir im Moment nichts (LEISER) für Angehörige.

168 P: Mhm. Weil der Bedarf nicht so da ist?

169 W: Genau. Das waren, da haben auch nicht so viele dran teilgenomm'. Ja,
170 und ..

171 P: Hätt' ich eigentlich nicht gedacht! Ich hätt' gedacht, dass das so wichtig ist,
172 für Angehörige.

173 W: Ja, teilweise wollen s'e was wissen, aber denn wissen s'e auch nicht wie
174 s'e's vielleicht machen soll'n. Der eine lief abends, der Kurs.

175 P: Mhm.

176 W: Ja, was machen wir. Ne, Quatsch, abends? Ab fünfe, fünfe.

177 P: Wenn s'e Feierabend haben.

178 W: Ja. Uuund .. nee, allzu viel' war'ns nicht.

179 P: Hm. Eigenartig .. Äh, ja, eine Frage noch zu den Kosten.

180 W: Ja, wie gesagt, ich hab schon gesagt Pflegegeld, ne? Also, Hotelkosten
181 sind acht fünfz'n im Monat im Moment, also bei uns, Investitionskosten drei
182 achzich, aber davon bezahlt ja die Hälfte dann das Sozialministerium.

183 P: Mhm.

184 W: (LAUTER) DAS ist das, was der Selbstzahler selber zahlen muss. Und, äh,
185 Pflegekasse kommt ja je nachdem, hm, für die Pflegestufe eins, zwei und drei,
186 ne? Das sind ja unterschiedliche ..

187 P: Rechnen Sie das stundenweise ab oder geht das ..

188 W: Hm, ne.

189 P: Direkt nach Tagen. Weil, wenn manche nur'n halben Tag kommen ..

190 W: Äh, da können wir keine Rücksicht drauf nehmen. Also, die meisten sind
191 auch'n ganzen Tag da.

192 P: Hm.

193 W: Also, (LACHEN) bis zum Kaffee sind s'e immer alle da.

194 P: (LACHEN) Da ist ja dann auch bald schon Schluss.

195 W: Ja, danach, ja, halt um dreie, um fünfz'n Uhr trinken wir Kaffee uuund, wie
196 gesagt dann .. um halb vier fängt der Fahrdienst die, die ersten nachhause zu
197 fahren. Also ..

198 P: So die Angehörigen. Ja, sind das vorwiegend Frauen oder Männer?

199 W: Die Angehörigen sind vorw.. vorwiegend Frauen, ja. (EINATMEN)

200 P: Und in welchem Alter sind die so im Schnitt?

201 W: Die, na, sag'n wir mal ab dreizich bis fünfundachzich.

202 P: Oh, das ist aber ..

203 W: Ja, denn wir haben ja auch Enkelkinder, die schön, äh, auch ihre, äh ..

204 P: Pflege übernehmen.

205 W: Ja, äh, die ihre Omas und Opas doch betreuen.

206 P: So was gibt's noch.

207 W: (LACHEN) Ja, (AUSATMEN) und auch noch die Ehegatten oder so
208 Ehefrauen und so, ne oder je nachdem, die sind ja dann auch schon in dem
209 Alter, sind über achzich.

210 P: Also direkte Familienmitglieder, also?

211 W: Ja!

212 P: Töchter und Schwiegertöchter ..

213 W: Ja!

214 P: Und Enkel.

215 W: Ja!

216 P: Das sind ja eigenartiger Weise häufig Frauen.

217 W: Ja, die Söhne bringen sich teilweise auch ein, aber, äh, nicht in diesem
218 Maß, in diesem Maße wie (LEISER) die Frauen, ne?

219 P: Ja.

220 W: Der eine oder andere holt mal seine Mutti ab oder so.

221 P: Aber die Pflege jetzt?

222 W: Die Pflege nicht, das ist mehr Frauen, sag ich, überwiegend die Frauen,
223 mhm .. Ja, einen Mann hatten wir auch mal, ja. Der hat seine Frau ja auch ..
224 da ist die Sozialstation gekommen, er hat denn hier abends oder so, ne?
225 (LEISER) Halt weiter ..

226 P: Mhm .. Und diiiiie, die Angehörigen, was geben die sooo, so für Gründe an,
227 wenn die, also ihre Leute hierher bringen?

228 W: (LAUTER) Der Hauptgrund ist, der Hauptgrund ist erst mal: viele arbeiten
229 ja noch, die müssen, ja die haben ja Angst, dass, äh, die möchten ja ihre
230 Angehörigen nicht den ganzen Tag allein lassen.

231 P: Ja.

232 W: Ja, äh, erst mal sind s'e unruhig was s'e (LAUTER) anstellen. Ganzen Tag,
233 gerade die Demenzerkrankten, die laufen weg und, ja, finden vielleicht nicht
234 mehr nachhause.

235 P: Mhm.

236 W: Ja, wir hatten schon eine da, die, äh, da ist die Oma am Bahnhof gewesen,
237 hat sich nachher am Bahnhof noch'n Arm gebrochen. Alles wurde, denn,
238 wurde denn erst mal zum Krankenhaus, so ja, kriegte denn'n Anruf und so,
239 ne? Und danach, ja danach denn ist immer erst (LAUTER) ERST muss immer
240 erst irgendwas passieren, bevor s'e sich an irgendwas, äh, ne, wenden.
241 Immer ..

242 P: Ja, so ist's ja immer.

243 W: Ja, ne?

244 P: Ja, sie sehen's vorher wahrscheinlich immer nicht, ne?

245 W: Ja, genau.

246 P: So lange nichts passiert, denken s'e: "Es geht ja gut."

247 W: Mhm. S'e woll'n sicherlich, ja, äh, man will das ja irgendwo auch nich
248 wahrhaben: „Mensch, was ist mit meine Oma oder mit meine Mutter los?“ oder
249 so, denkt man, ne?

250 P: Mhm.

251 W: (EINATMEN) Das kann irgendwo nicht sein. Ich sach mal, immer, wenn
252 s'e's nachher, wenn's nachher RAUS ist: „Sie haben Demenz.“ Und so, dann
253 hat sich, (LEISER) dann haben s'e auch schon ein bisschen .. denn können
254 s'e IRGENDWO, wenn s'e sich wirklich klar darüber informiert, könn' s'e auch
255 damit umgehen.

256 P: Mhm. Ja, das ist, gerade dieses Informierte, ne?

257 W: Mhm.

258 P: Dass, dass VIELE überhaupt nicht wissen, was denn ..

259 W: Genau! (LAUTER) Die kommen hier an und fragen: „Mensch, was könn'n
260 w'e machen? Was ist?“ Die nehmen's auch immer sehr persönlich.

261 P: Mhm.

262 W: Ja, manche, die gerade bei Demenzerkrankten beschuldigen: „Du hast mir
263 mein Portemonnaie geklaut! Wo hast du mein Geld gelassen?“ Und gerade
264 so, darum geht's ja auch oft: „Wo hast du das und das?“ Und, äh, ja
265 (EINATMEN), die, äh .. komm' denn erst mal nicht klar damit, ne?

266 P: Mhm.

267 W: Das ist auch schwer, das erst mal zu verstehen. (EINATMEN) Dass die
268 Mutter gar nischt dafür kann .. ne?

269 P: Und wissen s'e denn schon, dass es wirklich 'ne Krankheit ist?

270 W: Ja!

271 P: Oder schieben s'e dann immer noch auf ..

272 W: Ne, ne, also die, äh, jetzt hier sind bei uns, also, die in unsere Einrichtung,
273 die .. (EINATMEN) Kinder und, äh, Partner die wissen das.

274 P: Mhm.

275 W: Die können auch mit umgehen. (LAUTER) Die FRAGEN, rufen auch mal,
276 an (EINATMEN), fragen denn: „Na, wie, äh, war mein Mann heute? Oder was
277 hat er mitgemacht?“ Und, ne, einige von diesen sind schon .. denn, die fragen
278 ja zuhause auch: „Mensch, wie war's, was habt ihr heute gemacht?“ Da
279 kommt ja eben nichts.

280 P: Ja.

281 W: „Nö, nischt gemacht.“ So ungefähr. „Wir haben nischt gemacht. Weiß ich
282 nicht.“ Sagen s'e dann. Ich weiß nicht, (LAUTER) oder auch: „Was haben s'e
283 gegessen?“ – „Weiß ich nich mehr.“ Ne?

284 P: Ist ja schön, dass das Interesse da ist von den Angehörigen.

285 W: Ja!

286 P: Dass sie denn wissen möchten, was s'e denn, äh, wie's denn war.

287 W: Einige ja.

288 P: Mhm.

289 W. Und die Gäste? Wie sieht's da von der Geschlechterverteilung aus?

290 W: Jaaa, mehr Frauen als Männer, ne? Wir hab'n zwar auch etliche Männer
291 (EINATMEN). In meiner Gruppe hier hab ich, eins, zwei, drei .. (EINATMEN)
292 drei hab ich. Drei im Moment. Drei. Und drüben sind (EINATMEN), äh, ff,
293 täglich .. auch drei .. und dann, äh, kommen noch dreimal die Woche noch
294 einer dazu, einmal die Woche noch einer, sind fünf, wenn man so will ..

295 P: Na, sind ja doch nicht sooo ..

296 W: Sieben, ACHT insgesamt, ne, Männer hab'n wir denn wohl auch, ja.

297 P: Mhm. Und wie alt sind die so?

298 W: Naa, die sind auch so zwischeen .. (LAUTER) Also, die Jüngste, die wir
299 hab'n, sag mal die Jüngste, die wir hab'n, die is' .. dreiundfünfzich, die is' mein
300 Alter.

301 P: Mhm.

302 W: Und die Älteste ist sechsundneunzich.

303 P: Mhm.

304 W: Meine Gruppe hab ich von, äh, der Jüngste ist achtundsechzich ..

305 P: Mhm.

306 W: Und die Älteste ist (LEISER) sechsundneunzich bald.

307 P: Mhm.

308 W: Ja.

309 P: Und wie bewegen die sich so im Schnitt dann?

310 W: ja, hm, Durchschnitt ..

311 P: Ich mein' so sechzich, siebzich, achzich?

312 W: Na, wenn ich sach DURCHSCHNITT, würd' ich sagen siebzich.

313 P: Mhm.

314 W: Wir haben viele über achzich-Jährige auch, eigentlich, ne?

315 P: Und bei all'n besteht die Diagnose „Demenz“ jetzt, hier aus der Gruppe?

316 W: (EINATMEN) Äh, in meiner Gruppe nicht bei all'n. Ja, ich hab ein' bei, da
317 is' Apoplex mit bei, da is' denn die Denkweise auch etwas langsam, kann
318 schlecht sprechen und, äh, der, äh, in der anderen Gruppe da .. also hier fühlt
319 er sich wohler, sag ich mal.

320 P: Mhm.

321 W: Wenn man, hm, doch mehr auf ihn eingeht hier. Also da machen viele
322 alles, noch, äh, doch teilweise alleine und (EINATMEN) äh, jaaa, die bezieh'n
323 ihn dann nicht so mit ein und, äh, also hier, äh, wird er dann, ist er doch
324 (LEISER) aufgeweckter, ne, das muss man denn berücksichtigen denn, ne?
325 Dann kann man eben nich' alle nur da rein stecken, kommt eben auch darauf
326 an .. wie s'e sich fühlen und er fühlt sich hier wohl, erzählt denn auch. Man
327 beschäftigt sich denn doch, wenn, wir sind denn doch'n bisschen mehr
328 Personal bei uns drüben, ne?

329 P: Mhm.

330 W: Da sind denn vielleicht auch zwei am Tach in eine Gruppe, wir sind denn
331 drei oder vier. Denn kann man doch individueller sich mit den Leuten
332 beschäftigen ..

333 P: Das ist auch wichtig.

334 W: Ne? Die brauch'n ja auch die Zeit, ne?

335 P: Und das, in welchem Schweregrad befinden s'e sich, also ..?

336 W: (LAUTER) Also, wir haben Pflegestufe eins bis drei bei uns jetzt drinne.

337 P: Ach, ich meinte vom Demenzstadium.

338 W: Achso, najaaa ..

339 P: Mittlere, schwere Demenz?

340 W: Mehr mittlere, wir hab'n eine, die is', also die is' schon ziemlich, die hat die
341 Pflegestufe drei bei uns. Da is', da kommt nich' mehr viel.

342 P: Mhm .. Das is' natürlich auch'ne Überlegung, ob man ihr das dann zumuten
343 kann, immer in diesem Wechsel ..

344 W: Na ja, äh, die Kinder hab'n schon'n Pflegeplatz beantragt in dem neuen
345 Heim, jaaa, aber erst ab nächst'n, also ab Ende des Jahres woll'n s'e sie .. Ich
346 denke aber trotzdem mal, dass s'e hier, wenn s'e auch nicht mehr aktiv
347 mitmacht, aber passiv irgendwo macht sie doch mit. Und wenn sie mal ihre
348 Augen zu hat und wir singen, machen Zeitungsschau und singen ja danach
349 immer noch. (LAUTER) Sie singt MIT, sie bewegt ihre Lippen, sie hat immer
350 sehr gut, also, also ich kenn' s'e ja noch, wie s'e besser drauf war.
351 (EINATMEN) Hier bei uns und daaa hat sie auch getanzt und gesungen und
352 und, ja, sie war auch gut drauf und jetzt, also, singen ist sowieso ..

353 P: Ja.

354 W: Also, sie singt sehr gern' und man merkt es jetzt auch noch: Sie bewegt
355 die Lippen und singt auch manchmal mit. Es ist nicht jeder Tach gleich, aber,
356 äh, sie macht doch denn was, ne? Gut, sie kann nicht mehr malen, nicht
357 mehr, hm, schreiben oder so was, das geht nicht mehr, aber, äh, wenn man
358 sich alleine mit ihr beschäftigt, dann so, äh, (LEISER) das geht dann doch
359 noch. Und, äh, selbst beim Singen, kriegt man sie ..

360 P: Und wie ist das so für Sie, das mitzuerleben? Diesen Verfall, sag ich jetzt
361 mal.

362 W: (EINATMEN) Na ja, ich sach mal so, allzu persönlich kann, hm, darf man
363 das nich' (LEISER) an sich ranlassen, sonst, wenn man jetzt mit jedem
364 mitleidet und, äh, denn ist man hier verkehrt. Tja, dann kann man hier nich'
365 arbeiten, sach ich mal (EINATMEN).

366 P: Mhm.

367 W: Es tut mir denn natürlich leid, aber man muss ja irgendwo, ich denke mal,
368 wenn man s'e mit Respekt begegnet und viel .. äh, ne? Doch noch so
369 (LEISER), wie soll ich jetzt sagen? (PAUSE) Ja, ich sach mal, das geht denn.

370 P: Die Potenziale ..

371 W: Ja, erkennt, denn, ja. Mhm.

372 P: Ähm, ja, die Aufenthaltsdauer. Haben Sie hier Leute, die schon von Anfang
373 an dabei waren?

374 W: Äh, jetzt NICHT mehr. Also, im Durchschnitt sach ich mal sind s'e so
375 ungefähr drei Jahre bei uns.

376 P: Mhm.

377 W: Es gibt welche, die länger sind, welche die auch manchmal nur ein Jahr
378 hier sind, dann eben wegen Heimaufnahme (EINATMEN) oder, äh so
379 verstorben sind oder was weiß ich was, ne, aber die, äh .. (LAUTER) Also im
380 Durchschnitt sach ich mal drei Jahre.

381 P: Mhm.

382 W: Wir hatten auch schon eine, die war sieben, acht Jahre hier!

383 P: Hm, ein Stammgast.

384 W: Ja, (LACHEN), sie gehörte schon zum Personal.

385 P: (LACHEN)

386 W: Aber, ne, aber da hat, hm, man kriegt das dann mit, wie s'e abbauen, ne?

387 P: Mhm.

388 W: Das hält sich, das gibt dann manchmal auch so in Schüb'n, geht das
389 vielleicht ein, zwei Jahre gut, hält sich das, äh, sind das, äh und denn geht das
390 doch langsam bergab und gerade wenn Alzheimer, da kann man denn nix ..
391 da kann man sich noch so viel Mühe geben und .. Aber ich denke man,
392 (EINATMEN) ich persönlich bin der Meinung, wenn s'e hier bei uns sind,
393 verlangsamt das doch. Wenn s'e nur alleine zuhause sitz'n und die sitz'n nur
394 rum und, äh, weiß ich jetzt nicht, manche schlafen denn den ganzen Tach,
395 denn sind s'e nachts vielleicht wach und wandern umher, stör'n denn die
396 Leute im Haus und sagen denn .. (LAUTER) Hier sind s'e doch am Tach
397 beschäftigt, ne?

398 P: Und werden ja auch gezielt gefördert.

399 W: Und die werden gefördert ja, was man noch mach'n kann, ne? Mit 10-
400 Minuten-Aktivierung bei uns so, ne?

401 P: Ja, mach'n S'e das?

402 W: Ja.

403 P: Mehrmals am Tag oder einmal?

404 W: Äh, kommt äh, je nach Bedarf. ES kommt drauf an, wie jetzt gerade, äh,
405 hm, man kann das nicht so richtig planen, na ja, wie s'e so drauf sind, ne? So,
406 Sport machen wir regelmäßig einmal die Woche.

407 P: Mhm.

408 W: So im Sitzen, ne? Wir geh'n dann immer nach vorne, extra so, dass s'e
409 sehen, man is' woanders.

410 P: Mhm, Tapetenwechsel.

411 W: Mhm. Ja, die kenn' das ja auch. Die Tagesstrukturierung is' ja eben auch
412 ganz wichtig (EINATMEN), gerade bei Demenzerkrankten, dann .. wissen s'e
413 doch etwa, was kommt jetzt.

414 P: Sind s'e nicht überrascht und .. okay .. Äh, dann wechseln wir auch schon
415 mal zu den Angehörigen. Jetzt erst mal nur so allgemein: (EINATMEN) Wenn
416 S'e mal so zurückblicken .. Gespräche mit Angehörigen oder wenn s'e, hm,
417 wenn Ihnen da irgendeine Situation einfällt ..

418 W: Mhm.

419 P: Worüber beklagen sich die Angehörigen oder was wird häufig geäußert?
420 Was ist Ihnen mal aufgefall'n? Im Umgang mit ihren, äh, Verwandten hier?

421 W: (AUSATMEN) ja ich, äh .. wir hatten auch, na ja (EINATMEN), wir hatten
422 auch .. (LAUTER) Also, erst mal sind s'e teilweise sehr überfordert. Gerade,
423 weil s'e, die Ehegatten oder auch, weil s'e, auch Kinder, richtig die Kinder, ne?
424 Die sind überfordert.

425 P: Mhm.

426 W: Ich hatte schon ma' eine gehabt, die war sehr überfordert. Also, die
427 konnte, hm, die schimpfte denn hier, äh, ja: „Meine Oma hat schon wieder, äh,
428 meine Mutter hat schon wieder das und das. Ich konnt' schon wieder gar nicht
429 mehr! Ich hätt' s'e am liebsten eine runter gehauen!“ Sowas kommt auch, ne?

430 P: Mhm.

431 W: Diese Aggression und, ne, eben, weil, jaaa, kommt drauf an, wie er selber
432 der Demenzerkrankte IST: (LAUTER) Is' er RUHIG, is' er, manche gibt es, die
433 sehr aggressiv sind, solche gibt es auch. (EINATMEN) Und dann, ähm, fördert
434 das ja, ne?

435 P: Ja.

436 W: Immer ruhig zu bleiben, is' auch schwer denn, ne?

437 P: Ja. Wenn man selber schon so gestresst ist ..

438 W: Mhm. (EINATMEN) Das .. was war jetzt noch?

439 P: Ja, ähm.

440 W: Achso, irgendwelche ..

441 P: Auffälligkeiten, weiß ich, äh, dass manche mit der Demenz nicht umgehen
442 könn', dass einfach nicht akzeptier'n, selbst, wenn s'e wissen, dass es die
443 Krankheit ..

444 W: Das gibt es auch, aber da sagen wir ma' im Moment denken wir ma': „Ihre
445 Mutti kann nichts dafür, versuchen S'e ruhig zu bleiben.“

446 P: Mhm.

447 W: (AUSATMEN) ja, aber so doll, so oft kriegt man das hier nicht mit. Ich
448 meine (PAUSE)

449 P: Schimpfen die Angehörigen mal irgendwie darüber, dass, dass so richtig
450 keine Hilfe kommt von außerhalb oder ..?

451 W: Na ja .. hm ..also ..

452 P: Also, dass s'e halt nich' so anerkannt werden oder, dass andere überhaupt
453 kein Verständnis für ihre Situation haben?

454 W: (EINATMEN) Also, das ja, a. Da hatt' ich mal einen Fall gehabt und, tja, da
455 war der Mann, da hat der Mann seine Frau noch gepflegt uuund die Frau lief
456 dann auch so umher und schreite dann auch so draußen rum und die Leute,
457 ja: „Was macht der Mann nun mit seiner Frau?!“ so ungefähr, ne? Ja, die
458 konnten das ja nu' gar nicht verstehen. Dann hat der Mann, hat der sich ... ist
459 er zu den Nachbarn gegangen, überall, hat geklingelt (EINATMEN) und eben
460 hat erklärt, was mit seiner Frau los war und so und dann ging's, also. Dann
461 haben die auch Verständnis gezeigt, ne? Also man muss die Aufklärung dann
462 auch machen, gerade wenn der, was in der Umgebung is', Nachbarn,
463 Verwandtschaft oder Bekannte, dass man die dann aufklärt (EINATMEN), was
464 überhaupt los ist mit dem und weshalb er das macht und ich denke mal, dass
465 dann (LEISER) dann ist auch das Verständnis dafür da.

466 P: Ja. Wie soll man so was auch wissen.

467 W: Und wenn man gar keine Ahnung hat. Für uns is'es eigentlich so, man
468 (LAUTER) kann sich das gar nicht mehr vorstellen, dass manche das gar nicht
469 WISSEN oder so, ne?

470 P: Ja, für uns is'es ganz klar ..

471 W: Ja, dass aber andere das dann ja: „Der spinnt der Alte!“ oder „Der hat'n
472 Stich!“ oder watt, ne? So wie früher, ganz früher. Ich kann mich noch erinnern,
473 als ich Kind war: „Mensch, der hat doch nicht alle Tassen im Schrank!“ oder
474 so, ne? (LAUTER) Vielleicht war der auch demenzkrank, weiß man ja nich',
475 ne?

476 P: Ja.

477 W: Weiß man ja nich' und früher war's sicher nich' so, so ..

478 P: Ja, aber nun wird's ja öfter angesprochen und bekannt ..

479 W: Ja, und im Fernsehen läuft's.

480 P: Und dann ist es wieder so'ne Haltung: „Mich trifft's ja eh nich'!“

481 W: Ja!

482 P: Na und, äh, wurd' mal irgendwie gesagt, weiß ich, dass manche mal
483 irgendwie geäußert haben, haben sich mal welche geäußert, dass sie so
484 machtlos sind und, dass sie so gerne helfen würden? Sie könn' nichts tun
485 oder ..?

486 W: Na ja, die, äh, bedauern das. Wie soll ich sagen, jetzt, ja Mensch .. „Oma
487 geht's so schlimm, ich weiß jetzt gar nicht, was ich machen soll.“ Und das tut
488 den' dann auch weh das dann, aber, wie gesagt, die müssen sich da ja
489 (LAUTER) müssen sich da ja abfinden irgendwo.

490 P: Ja. Manche schaff'n das aber glaub' ich nich', oder?

491 W: Ich denke mal, die das GAR nich' schaffen zum Schluss, irgendwann
492 müss'n s'e auch'n Stück loslassen könn', sag ich mal. Denn, wenn s'e s'e
493 nachher gar nicht mehr pflegen könn', wenn s'e nich' mehr packen, wenn s'e
494 selber krank werden, bleibt nur noch das Pflegeheim übrig.

495 P: Mhm.

496 W: Und das hatt'n w'e jetzt auch schon oft gehabt, dann. Die eine Frau, die
497 konnte das nich' mehr, die packte das nich' mehr, auch weil der Mann
498 aggressiv war und dann bleibt nachher nur noch das Pflegeheim übrig,
499 (LEISER) damit s'e selber nich' noch, ne, krank wird dadurch.

500 P: Ja. Haben Sie mal mitgekriecht, dass jemand richtig durch ..

501 W: Ja.

502 P: Richtig depressiv wurde von den Angehörigen?

503 W: Nö, von den Angehörigen?

504 P: Ja, von den Angehörigen, ja.

505 W: Na ja, so direkt (PAUSE)

506 P: Na ja, wenn S'e kaum Kontakt zu den ..

507 W: Den haben wir ja auch nich' so. Höchstens mal über Telefon mal, ja, aber,
508 pff, so genaueres auch nich'.

509 P: Mhm.

510 W: (EINATMEN)

511 P: Gut, die werden nun auch nicht sagen: „Ich bin depressiv geworden, weil
512 ich..“

513 W: Ja. Ich, äh, einige haben sich schon geäußert, wie die Frau, wo ich sagte:
514 „Mensch, die, die war schon wieder so, die hat mich schon wieder so weit
515 gebracht, am liebsten hätt' ich s'e eine runtergehau'n!“ oder so. Also dann, ne,
516 dieses. Oder, oder ja, sagen s'e: „Mensch, meine Mutti is' im Dorf rumgelauf'n
517 und hat erzählt ich bring s'e, ich will s'e umbringen!“ und so, Mensch.
518 (EINATMEN) So ungefähr, ja so ungefähr. Ja, das war ganz schlimm.

519 P: Mhm.

520 W: Mhm .. die war natürlich dann auch fertich, ne?

521 P: Und sind sooo einige Leute, ähm, richtig so unter Zeitdruck, wenn die
522 herkommen, ihre Leute bringen, ihre Verwandten holen?

523 W: Äh, die werden von uns nachhaus' gebracht, so der größte Teil. Also das
524 sind so zwei, die vielleicht mal abgeholt werden.

525 P: Mhm.

526 W: Aber die meisten werden nachhause gefahr'n von uns und dann von uns
527 geholt und auch wieder (LEISER) nachhause gefahr'n.

528 P: Mhm.

529 W: Ne, da trifft man die Angehörigen dann auch nich' so, (LAUTER) weil
530 einige wohnen auch noch ALLEINE ..

531 P: Ach so.

532 W: Da gehen die Kinder denn bloß hin, gucken morgens und abends, was, ne,
533 machen denen vielleicht fertig alles.

534 P: Mhm.

535 W: Ob alles in Ordnung is' oder, ja, die, manche, die gehen auch arbeiten
536 noch, ne? Ja, und die andern, äh, die äh, Ehegatten sag ich mal,
537 (AUSATMEN) ja die warten ja denn eben halt und (LEISER) erholen sich von
538 dem Stress da.

539 P: Mhm. Gut, die werden dann auch nich' so eingebunden sein, wenn die
540 Tagespflege da is'

541 W: Ja, die wissen ja, wann die nachhause gebracht werden und dann sind s'e
542 eben auch da und wenn nich', denn haben s'e Schlüssel oder wir bring'n s'e ja
543 auch, wir begleiten s'e ja auch bis in d'e Wohnung rein (EINATMEN) und, äh,
544 (LEISER) dann wissen s'e schon, dass das klappt.

545 P: Mhm. Ähm, ja, inwiefern haben S'e mal mitgekriecht, äh, wie die, wie die
546 Verwandten sich, äh anpassen mussten, also die pflegenden Angehörigen,
547 meine ich jetzt? Dass die, sagen w'e, ihre Arbeit aufgeb'n musst'n oder, dass
548 s'e Umbaumaßnahmen in der Wohnung vorgenommen haben, umgeräumt
549 haben, dass sie anders mit ihnen sprechen vielleicht oder .. so die Richtung?

550 W: Hm (PAUSE) (LEISER) Eigentlich nich' so. Na ja, Umbaumaßnahmen. Bei
551 den Leuten, die äh jetzt, ja, die sag ich mal körperlich behindert sind, so im
552 Rollstuhl sitz'n und so (EINATMEN) Bei den Demenzerkrankten bei uns hier,
553 ne, dass s'e da umbauen musst'n, ne.

554 P: Mhm. Ne, oder umräumen in der Wohnung?

555 W: (PAUSE)

556 P: Ja, ne, ja, da komm' S'e ja nich' hin, ja.

557 W: (LEISER) Ich weiß nich' .. vielleicht .. Eigentlich nicht. Ja, hm, was war das
558 andere, was Sie?

559 P: Äh, ja, dass sie ihre Arbeit aufgeb'n mussten?

560 W: Na ja, vielleicht versucht'n s'e die ArbeitsZEITEN ANDERS zu legen.

561 P: Ach so.

562 W: Aber direkt aufgeb'n, ne. (LAUTER) Also, nicht denn deswegen, deswegen
563 bringen s'e s'e ja auch hierher, damit s'e weiter arbeiten könn'. Sonst könnt'n
564 s'e ja manche ..

565 P: Ja gut, und sie müssen ja auch mal ausspann' oder so.

566 W: Ja, das sind so bei den Ehegatten, sag ich mal wo die jetzt Renter sind
567 oder so. Das sind, die möcht'n dann ja auch mal selber irgendwie Arztbesuche
568 irgendwie in Ruhe erledigen könn', mal zum Friseur gehen, mal ihre eigene
569 Hobbys machen, so. Wir hatt'n eine, die hat noch ihr Sport immer mitgemacht
570 (EINATMEN) noch ne, ja und die, damit s'e denn in Ruhe auch mal irgendwo
571 hingehen könn', ne?

572 P: Mhm, sonst müss'n s'e immer so aufpassen. Und wie reden die Leute so
573 mit ihr'n ..

574 W: Eigentlich ganz normal, ganz normal, ja.

575 P: Ich hätte jetzt gedacht, dass die jetzt irgendwie ..

576 W: Ja, dass s'e s'e verniedlichen oder so wie Babys oder so eigentlich, ne.

577 P: Wie Babys nich', aber, dass s'e eben ganz eeinfache Sätze und bloß nich'
578 zu viel, damit s'e s'e nich' ÜBERROLLEN.

579 W: Pff, ich, ich hör' das ja nich', wie s'e mit ihren Angehörigen sprechen.

580 P: Gut, sie fragen: „Wie war's heute?“

581 W: Na ja, dann fragen s'e uns ja, nich' den.

582 P: Mhm, weil s'e's vielleicht vergessen haben.

583 W: Ja. Und da kann ich noch so sehr viel .. (LACHEN)

584 P: (LAUTER) Ja, ich hatte ja noch auf die Angehörigengruppe so ein bisschen
585 gebaut ..

586 W: Ja, ne.

587 P: Was hab'n Sie da so mitbekomm'n?

588 W: Ja, äh, ich weiß nicht, wie war das, ja. Wir waren am Anfang ja öfters mit
589 bei.

590 P: Mhm.

591 W: Ja, das wär' mal günstiger gewesen, wenn man da mit bei gesessen hätte
592 oder mitgekrickt hätte, denn diese Gruppe hat ja Frau D. geleitet und ..

593 P: Aber so jetzt direkt, irgendwas, was .. was Ihnen so im Gedächtnis geblie-
594 ben ist, war eben wohl die Situation mit der überforderten ..

595 W: Ja.

596 P: Tochter.

597 W: Mhm.

598 P: Und sonst die andern, was machen die für'n Eindruck? Mein'n Sie die sind,
599 die haben sich gut damit arrangiert jetzte oder meinen Sie, es macht ihnen
600 ganz große Probleme?

601 W: Na sicherlich denke ich ma', das das (LEISER) Probleme macht, denn
602 ganz arrangieren kann man sich nicht damit.

603 P: Mhm.

604 W: Denke ich mal, (EINATMEN) also, wenn .. diiie, das ist doch ganz schön
605 mehr Arbeit auch zuhause, denke ich ma'. Die müssen ja ständig da sein und
606 (EIATMEN) ja, Kontakte. Gut, wo das funktioniert, ich denke mal, die haben
607 weniger Probleme, ne, wenn noch Verwandtschaft oder gute Bekannte denn
608 auch wirklich immer noch komm' und so. Ja und wenn, wie gesagt, die den
609 andern, den Demenzerkrankten dann auch akzeptieren, dann is' das, denke
610 mal, wenn das nicht funktioniert, dann sieht das ganz schön alt aus, dass
611 dadurch Krankheiten, wie Depressionen und so was entstehen könnten.

612 P: Mhm.

613 W: Weil man denn ja gar nich' mehr wegkommt .. ne? Und dann nur noch mit
614 so'nem Demenzerkrankten zusammen is', dann ist das ..

615 P: Anstrengend.

616 W: Das glaub ich auch Ich möchte dann auch nich' den ganzen Tach morgens
617 und abends ..Man muss ja IRGENDWANN mal abschalten, man muss ja
618 nachhause gehen können und abschalten. Man kann das nich' mitnachhause
619 nehmen oder so was. Es is' ja auch nich' alle Tage gleich. Man denkt ja auch
620 ma' so: „Mensch, hm, diese Situatiooon!“ oder so.

621 P: Mhm.

622 W: Aber, im Großen und Ganzen muss man da abschalten könn'.

623 P: Gut, dann würd' ich sag'n .. machen wir hier mal SCHLUSS. Zehn Uhr
624 fünfunddreißich. Ich danke Ihnen für das Gespräch!

**Anhang 16: Kontextprotokoll „Pflegekraft“
zum Interview mit Frau W. zum Thema „Belastungen der pflegenden
Angehörigen von Menschen mit Demenz“**

Der erste Termin für das Interview musste verschoben werden, weshalb ein neuer Termin ausgemacht wurde.

Ich sitze mit Frau W. im Schlafsaal der Tagespflege an einem Tisch am Fenster. Wir sitzen uns schräg gegenüber. Sie hat mir Kaffee angeboten und wir trinken ihn, wenn der andere spricht. Von draußen hört man leise Geräusche vom Kindergarten nebenan.

Sie ist aufgeregt und weiß nicht recht, was sie sagen soll. Sie macht sich Sorgen, nicht auf meine Fragen antworten zu können, aber ich versuche sie zu beruhigen. Ich erkläre ihr noch einmal den Zweck des Gesprächs und was ich damit machen werde. Ich sage ihr, dass sie sich keine Gedanken machen muss.

Am Anfang des Gesprächs lehnt sie sich weit zurück in den Sessel, doch im späteren Verlauf beugt sie sich immer mehr zu mir vor. Sie wird lockerer: Ihr Gesicht wirkt gelöster, sie hat die Arme etwas mehr geöffnet und die Hände ruhen meistens in ihrem Schoß, während sie sie vorher festhielt.

Der Fall mit der überforderten Tochter scheint ihr nahe gegangen zu sein, denn sie kommt immer wieder darauf zurück. Leider weiß sie nicht viel über die Angehörigen zu berichten, da sie diese nur selten trifft und sie sich ihr meistens nicht weiter öffnen. Ich habe aber trotzdem einige Belege für die Belastungen, wie sie in der Literatur beschrieben werden, gefunden.

Auch im Nachhinein ist sie sich nicht sicher, ob sie mir helfen konnte und zweifelt an der Brauchbarkeit ihrer Informationen. Ich versichere sie noch einmal, dass sie das Interview sehr gut gemacht hat und dass ich viel erfahren habe. Ich helfe ihr beim Aufräumen, lasse sie den Interviewleitfaden unterschreiben und bedanke mich erneut.