

Ines Kunze

Thema:

Bedürfnislagen pflegender Angehöriger -
Möglichkeiten und Grenzen in der Pflege und
Betreuung alter und hochaltriger Familienmitglieder

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA –
ROSSWEIN**

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Erstprüfer:

Dr. phil. Michel C. Hille

Zweitprüfer:

Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliografische Beschreibung

Kunze, Ines:

Bedürfnislagen pflegender Angehöriger - Möglichkeiten und Grenzen in der Pflege und Betreuung alter und hochaltriger Familienmitglieder.

Belastungen in der häuslichen Pflege von Angehörigen. 61 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit
Bachelorarbeit, 2014

Referat

Die Bachelorarbeit befasst sich mit den Bedürfnislagen pflegender Angehöriger, mit deren Möglichkeiten und Grenzen in der Pflege und Betreuung alter und hochaltriger Familienmitglieder. Untersucht werden die Belastungen der pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege, die Konfliktsituationen im Pflegedual als auch in den Familiensystemen.

Thematisiert wird, in welchen Spannungsverhältnissen von Liebe und Verpflichtung, Anhänglichkeit und Abhängigkeit die pflegebedürftigen Menschen zu Ihren Angehörigen stehen. Den Kern dieser Arbeit bildet die Auseinandersetzung mit den Problemen und Belastungsfaktoren im Pflegealltag, die durch leitfadengestützte Interviews im direkten sozialen Umfeld erhoben werden.

Die empirischen Erkenntnisse bilden ein theoretisches Konzept; die Analyse der Interaktionen zeigen die psychodynamischen Gesichtspunkte auf, die das Erleben der Pflegenden prägen.

Die Zielsetzung dieser Arbeit ist es, pflegende Angehörige zu verstehen, um die empirisch gewonnenen Erkenntnisse in den Arbeitsalltag einzubinden.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Aufbau der Arbeit	4
3.	Demografische Entwicklung in der Pflege mit Auswirkungen auf die Pflegesituation alter Menschen.....	6
3.1	Pflegebedürftige Menschen - eine wachsende Population.....	6
3.2	Die Entwicklung des Pflegepotenzials	9
4.	Die Situation pflegender Angehöriger.....	10
4.1	Motivation für die Übernahme häuslicher Pflege.....	11
4.2	Belastungssituationen in der Pflege	13
4.2.1	Pflege ist selbstverständlich	13
4.2.2	Veränderung der Lebensweise	13
4.2.3	Ausschließliche Zuständigkeit und soziale Isolation	14
4.2.4	Verwirrtheit und Demenz des/der Pflegedürftigen.....	16
4.3	Psychische Belastungsdimensionen pflegender Angehöriger	18
4.3.1	Depression und psychosomatische Beschwerden	18
4.3.2	Trauer, Verlust und Tod	18
4.3.3	Schuldgefühle	19
4.4	Familie und Versorgung aus frauenspezifischer Sicht.....	20
5.	Sozialethische Betrachtung von Angehörigenpflege.....	22
6.	Angehörigenpflege im Kontext systemischer Sichtweisen	25
6.1	Systemorientierte Betrachtung der häuslichen Pflege	25
6.1.1	Grenzen und Regeln im Familiensystem	26
6.2	Problematische (dysfunktionale) Beziehungs- und Interaktionsformen in der Familie	28
6.2.1	Bindungsmodus – Ausstoßungsmodus – Delegation	28
6.2.2	Symbiotische Beziehungen	29
6.2.3	Loyalität	30
6.2.4	Die Parentifizierung im Gegensatz zum Elternkind.....	31
6.2.5	Das Konzept der Kollusion	32
6.2.6	Doppelbindung (double-bind)	33
6.2.7	Sündenbock und das schwarze Schaf in der Familie	34
6.2.8	Rollenumkehr	35
6.2.9	Tabus und Familienmythen	35

7.	Forschungsprozess	36
7.1	Forschungsmethode.....	36
7.2	Auswahl der Interviewpartner und methodische Herangehensweise	37
7.3	Falldarstellung und Analyse.....	38
8.	Interviews	39
9.	Analyse der Interviews	39
9.1	Pflegesituation der befragten Angehörigen.....	39
9.2	Beweggründe für die Übernahme der häuslichen Pflege	41
9.3	Veränderungen in der Familie	42
9.4	Veränderungen im sozialen Umfeld, als Folgepunkt der Veränderungen in der Familie	43
9.5	Belastungssituationen für die pflegenden Angehörigen.....	45
9.6	Freiräume für die pflegenden Angehörigen.....	46
9.7	Zukunftserwartungen.....	48
10.	Zusammenfassung der Interviews	49
11.	Fazit für die Soziale Arbeit und weiterführende Forschungen.....	50
11.1	Soziale Arbeit.....	50
11.2	Weiterführende Forschungen	56
12.	Resümee	60
13.	Anlagen.....	62
	Anlage 1 - Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur	62
	Anlage 2 - Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur	63
	Anlage 3 - Interviewleitfaden	64
	Anlage 4 - Falldarstellung Herr Kutter	65
	Anlage 5 - Falldarstellung Frau Handreschk.....	69
	Anlage 6 - Falldarstellung Frau Mages.....	73
	Quellenverzeichnis	78
14.	Selbständigkeitserklärung.....	80

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
Vgl.	Vergleiche
S.	Seite
a.a.O.	am angegebenen Ort
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
PSW	PSW Dienstleistungen GmbH Hoyerswerda

1. Einleitung

Mein berufsbegleitendes Studium Bachelor of Arts für soziale Arbeit, welches ich im März 2010 in Roßwein begann, hatte zur Folge, dass ich mich beruflich umorientierte. Ich war bis dahin für die Vermittlung und Berufsneuorientierung von Langzeitarbeitslosen in unserer Region zuständig. Im Rahmen des Studiums hatte ich die Möglichkeit, mich mit der Thematik Alter auseinander zu setzen. Mein Interesse am Umgang und der Arbeit mit den älteren pflegebedürftigen Menschen wurde geweckt und ich versuchte diesen Inhalt in das Ausbildungsprogramm unserer Firma PSW Dienstleistungen GmbH (folgend PSW) in Hoyerswerda zu integrieren. Die Ausbildung von Pflegekräften und Demenzbetreuern war das Resultat meiner Bemühungen. Die PSW ist seit über 20 Jahren erfolgreich als Bildungsdienstleisterin sowohl in handwerklich-gewerblichen als auch in kaufmännischen Berufsfeldern tätig, insbesondere aber im sozialen Dienstleistungsbereich.

Zu ihrem Kundenkreis zählen nicht nur Arbeitsverwaltungen und Großunternehmen, sondern auch klein- und mittelständische Unternehmer und der Europäische Sozialfond. Hier ist die PSW seit mehr als 15 Jahren erfahrener Partner bei der Umsetzung von Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekten. Durch verschiedenste Projekte bestehen bereits vielfältige Kontakte zum Seenlandklinikum, zu ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, zu Krankenkassen und Therapieeinrichtungen.

Basierend auf meinen Erkenntnissen durch das Studium und die Voraussetzungen in der Firma forcierten sich meine Gedanken in den Aufbau einer Einrichtung, in der Demenzkranke und pflegebedürftige Menschen in einer Tageseinrichtung betreut werden. Mir war dabei wichtig, dass die Menschen tagsüber versorgt sind und am Abend wieder in ihrer gewohnten Umgebung leben können. Ich recherchierte über die erforderlichen Modalitäten, kontaktierte die Behörden und schaute mir andere Tageseinrichtungen an. In der Auswertung der Ergebnisse haben wir uns im Leitungsteam dazu entschlossen, eine Tagespflege für Senioren und einen ambulanten Pflegedienst aufzubauen und unser Firmenprofil damit zu erweitern.

Im Zuge dieser Umprofilierung übernahm ich am 1. Januar 2012 die Geschäftsführung unserer Firma gemeinsam mit einem Kollegen. Unser Ziel, der Aufbau einer Tagespflege für Senioren und eines ambulanten Pflegedienstes, sollte zeitnah umgesetzt werden.

Die pflegebedürftigen Menschen sollen von morgens bis abends aus einer Hand versorgt werden, das heißt am Morgen und am Abend erfolgt die Pflege in ihrer heimischen Umgebung und tagsüber in unserer Tagespflege. Der familiäre Rahmen für die Betroffenen sowie die Entlastung der pflegenden Angehörigen spielen für unser Angebot eine wichtige Rolle.

Mein Aufgabengebiet liegt in der individuellen Beratung und Betreuung der Angehörigen, denen eine fürsorgliche Umgebung für Ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder wichtig ist. Durch die persönlichen Gespräche und Begegnungen mit den Angehörigen erfuhr ich von den täglichen Sorgen und Anliegen der Pflegenden. Ich erlebte, welchen enormen Belastungen die Angehörigen ausgesetzt sind.

Sie sorgen sich um den erkrankten Angehörigen und leiden andererseits an Überforderung, Enttäuschung und Aussichtslosigkeit in der Pflege und Betreuungssituation. Ambivalente Gefühle und schwierige Gefühlslagen sind die Folge. Die Akzeptanz, dass der Erkrankte sich kognitiv, sozial und emotional verändert, nicht mehr die soziale Rolle einnimmt, die er einmal hatte, fällt den pflegenden Angehörigen schwer. Gemeinsame Pläne für die Zukunft sind nicht mehr umsetzbar; es kommt zu tiefgreifenden Veränderungen für die Familie. Die Situation erfordert eine hohe Anpassungsleistung von dem zu Pflegenden und seiner Umgebung.

Viele Angehörige sind bereit, sich dieser Herausforderung zu stellen, auch wenn die Pflege des erkrankten Menschen oft über viele Jahre verläuft und die dauernde Belastung für die Angehörigen der Verzicht auf Zeit für sich selbst bedeutet. Dieser Zustand kann jedoch sowohl psychische als auch physische Folgen für den pflegenden Angehörigen selbst haben. Ein breites Netz von Unterstützungsangeboten ist erforderlich, Beratung zu verschiedenen Themen, Erfahrungsaustausch sowie unterstützende Angebote durch Dritte, um Angehörige in ihrem Pflegealltag zu entlasten.

In dieser Arbeit wird untersucht, in welchen Spannungsverhältnissen von Liebe und Verpflichtung, Anhänglichkeit und Abhängigkeit die pflegebedürftigen Menschen zu Ihren Pflegenden stehen. Welche Anstrengungen in der Pflege die Angehörigen erleben und welche Gefühle, Unterstützungen und Grenzen sie im Pflegealltag wahrnehmen. Die Auseinandersetzung mit den Problemen der Interaktion und der Beziehung bei den betroffenen Menschen bilden den Kern dieser Arbeit. Dabei wird berücksichtigt, wodurch sich die Pflegesituationen je nach Relation zum Pflegenden unterscheiden: beim pflegenden Ehepartner, pflegender Ehepartnerin sowie pflegender Tochter. Die Zielsetzung dieser Arbeit ist es, pflegende Angehörige zu verstehen, um die empirisch gewonnenen Erkenntnisse in den Arbeitsalltag einzubinden.

2. Aufbau der Arbeit

Das Thema Belastungen für pflegende Angehörige ist sehr komplex. Daher wird die Arbeit methodisch in zwei Schwerpunkte geteilt: einerseits in die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema durch Literaturrecherche und andererseits in die Gegenüberstellung und Analyse von durchgeführten Interviews.

Im Punkt 3 wird zunächst ein Überblick über das Ausmaß und die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in Deutschland gegeben.

Im Punkt 4 werden Kenntnisse aus der Literatur zu Pflegesituationen und Belastungen in der häuslichen Pflege für Angehörige dargestellt, woran sich die systemische Betrachtung von zugrundeliegenden Beziehungs- und Interaktionskonstellationen anschließt, die für die Übernahme und Ausführung der Angehörigenpflege bedeutend sind.

Um die Belastungen für pflegende Angehörige im täglichen Pflegealltag besser analysieren zu können, wurden Interviews mit Pflegenden durchgeführt. Die Vielfalt des Erlebens und der Belastungen in der häuslichen Pflege kommen in den Beschreibungen des direkten sozialen Umfelds der Pflegebedürftigen zum Ausdruck. Die empirischen Erkenntnisse bilden die Grundlage für ein theoretisches Konzept; die Analyse der Interaktionen zeigen die psychodynamischen Gesichtspunkte auf, die das Erleben der Pflegenden prägen.

Zur Umsetzung des Forschungsprozesses wurde die Methode der qualitativen Forschung gewählt. Die leitfadengestützten Interviews wurden durch ein Aufnahmegerät hinterlegt und mittels Gedächtnisprotokoll inhaltsanalytisch aufgearbeitet. Die Namen der Pflegenden sowie der gepflegten Personen wurden verändert. Es wurden Daten aus drei Interviews gewonnen.

Die individuelle Arbeitsweise im Forschungsprozess wird im Punkt 7 detailliert wiedergespiegelt.

In der Analyse der Interviews der befragten Angehörigen im Punkt 9 werden die theoretischen Ausführungen aus der Literaturrecherche gespiegelt und dabei sowohl bestätigt als auch widerlegt. Zudem werden zentrale Bedeutungsdimensionen im Pflegealltag dargestellt.

Die Bedeutung der sozialen Arbeit für die Unterstützung der Angehörigen bei der Pflege mit dem Ziel der Reduzierung von Belastungen, weiterführende Forschungsansätze sowie ein Resümee über die gesellschaftliche Wahrnehmung der häuslichen Pflege durch Angehörige bilden den Abschluss der thematischen Auseinandersetzung.

3. Demografische Entwicklung in der Pflege mit Auswirkungen auf die Pflegesituation alter Menschen

Die demographische Entwicklung in Deutschland stellt die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen. Es wird allgemein erwartet, dass die Zahl der Menschen, die auf pflegerische Leistungen angewiesen sind, durch die demographischen Verschiebungen deutlich zunehmen wird. Von weiterer Bedeutung für die Betrachtung ist die Entwicklung der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit, wird die Pflege also durch Laien im häuslichen Umfeld oder durch professionelle Pflegekräfte erbracht.

(vgl. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>, verfügbar am 25.08.2013)

3.1 Pflegebedürftige Menschen - eine wachsende Population

Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist Deutschland eine Gesellschaft, die immer älter wird. Heute leben in Deutschland bereits mehr 65-jährige und ältere Menschen als 15-jährige und jüngere. Die Altersstruktur wird sich weiter zugunsten der Zahl der älteren Menschen verschieben. Mit fortschreitendem Alter ist ein deutlicher Anstieg von Gesundheitsproblemen zu beobachten. Physische und psychische Erkrankungen im Alter nehmen ständig zu und die Multimorbidität steigt an. Die Komplexität der vorliegenden Beeinträchtigungen wächst ebenso mit dem Alter. Einhergehend mit der Zunahme älterer Menschen wird die Gesundheit im Alter zukünftig ein Thema von hoher individueller und gesellschaftlicher Bedeutung sein.

Verschiedene Faktoren beeinflussen die Gesundheit im Alterungsprozess: der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten, die Lebenssituation und die soziale Ungleichheit, die medizinische und pflegerische Versorgung sowie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Ein hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen, ist das Ziel eines jeden Menschen. Dabei spielen Alltagskompetenzen, ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben eine wichtige Rolle. Die Grundlagen für ein gesundes Altern werden im früheren Stadium des Lebens gelegt. Trotzdem ist es in allen Phasen des Lebens von Bedeutung, die Gesunderhaltung zu fördern.

Die Lebensabschnitte eines Menschen werden eingeteilt in 3 Bereiche, die sich an der Beteiligung am Arbeitsleben orientieren. Die Bildungsphase, die Erwerbstätigkeits- bzw. Familienphase sowie der Ruhestand bilden dabei die Basis. Der Übergang zwischen Lebensaltern wird durch Statuspassagen markiert, z. B. durch den Übergang von der Erwerbsarbeit in den Ruhestand. In den vergangenen 50 Jahren hat sich ein Trend zum frühen Ruhestand gezeigt. Gleichzeitig nahm die durchschnittliche Lebensdauer zu, wobei das Alter zu einer längeren Lebensphase wird.

(vgl. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>, verfügbar am 25.08.2013)

Abbildung 1 in Anlage 1

Wie in den Abbildungen 1 und 2 ersichtlich, führen die anhaltend niedrige Geburtenziffer und die beständig steigende Lebenserwartung zu einer drastischen Veränderung des Verhältnisses zwischen jüngerer und älterer Generation. Der Anteil der unter 20-Jährigen an der Bevölkerung reduzierte sich zwischen 1960 und 2010 von 28,4 auf 18,4 Prozent. Parallel stieg der Anteil der Personen, die 60 Jahre und älter waren, von 17,4 auf 26,3 Prozent.

Das Statistische Bundesamt erstellte hinsichtlich der Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, der Lebenserwartung und des Wanderungssaldos eine Bevölkerungsvorausberechnung, bei der eine annähernd konstante Geburtenhäufigkeit, ein moderater Anstieg der Lebenserwartung sowie ein positiver Wanderungssaldo von 200.000 Personen pro Jahr ab 2020 angenommen wird. Das Generationenverhältnis verschiebt sich weiter zu Lasten der Jüngeren. Der Anteil der unter 20-Jährigen schrumpft bis 2060 auf 15,7 Prozent, der Anteil der Personen, die 60 Jahre oder älter sind, wächst auf 39,2 Prozent an. Die Bevölkerungszahl verringert sich bei dieser Variante bis zum Jahr 2060 von derzeit 81,8 auf 70,1 Millionen. Der Osten Deutschlands ist dabei stärker vom Bevölkerungsrückgang betroffen als der Westen. In Ostdeutschland (ohne Berlin) werden im Jahr 2060 rund 35 Prozent weniger Menschen leben als im Jahr 2011. Die Bevölkerungszahl in Ostdeutschland wird 2030 bereits um 13 Prozent niedriger sein als 2011.

Dabei halbiert sich nahezu die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (hier: 20 bis unter 65 Jahre) von 7,9 Millionen im Jahr 2011 auf 4,0 Millionen im Jahr 2060.

Die Bevölkerung in den westlichen Flächenländern geht unter denselben Annahmen bis zum Jahr 2030 um lediglich 3,7 Prozent und bis zum Jahr 2060 um 18,4 Prozent im Vergleich zum Jahr 2011 zurück. Auch wenn der relative Bevölkerungsrückgang in den westlichen Flächenländern schwächer ausfällt als in Ostdeutschland, wird auch hier im Jahr 2060 jeder dritte Einwohner 65 Jahre oder älter sein.

Nach den Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes steigt in Deutschland die Zahl der Personen, die 80 Jahre oder älter sind, zwischen 2011 und 2050 von 4,3 Millionen auf 10,2 Millionen an. Erst danach wird sie wieder rückläufig sein (2060: 9,0 Millionen). 2060 werden 14,0 Prozent der Bevölkerung (jeder 7.) 80 Jahre oder älter sein. Damit gibt es fast so viele Menschen in diesem hohen Alter wie die unter 20-Jährigen, die dann 15,6 Prozent der Bevölkerung ausmachen werden.

(vgl. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>, verfügbar am 25.08.2013)

Abbildung 2 in Anlage 2

3.2 Die Entwicklung des Pflegepotenzials

Die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 steigt nach allen Prognosen deutlich an. Damit nimmt unwillkürlich der Bedarf an Betreuungs- und Unterstützungsleistungen in der Pflege zu. Ob dabei die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen steigt, ist abhängig von der Entwicklung des familiären Pflegepotenzials.

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist die entscheidende Gruppe, die als Pflegeperson in Frage kommt, die 50- bis 70-jährigen Frauen. Jedoch wird sich dieses weibliche Pflegepotenzial in den Ländern der Europäischen Union bis zum Jahre 2030 um 25 % verringern. Verschärft wird sich die Situation durch veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen, die sich in einer Verringerung der Personenzahl pro Privathaushalt und in einer Zunahme der Ein-Personen-Haushalte widerspiegeln. Zudem spielt die Erwerbstätigkeit der Frauen eine erhebliche Rolle. Eine intensive Pflegebetreuung ist mit einer eigenen außerhäuslichen Berufstätigkeit der Pflegeperson kaum zu vereinbaren.

Eine Möglichkeit wäre es, Männer stärker in die Pflege mit einzubeziehen. Nach einer Untersuchung von Schneekloth und Müller wird die Laienpflege nur in 20 % der Fälle von Männern übernommen, in der Mehrzahl wird die eigene Ehefrau gepflegt. In den nächsten Jahren wird die Anzahl der Männer in den höheren Altersstufen und folglich der Anteil der Mehr-Personen-Haushalte zunehmen. (Vgl. www.gbe-bund.de, verfügbar am 25.08.2013)

Dementsprechend wird sich das männliche Pflegepotenzial erhöhen. Jedoch wird dies nicht ausreichen, um den erforderlichen Pflegebedarf zu kompensieren.

Die demographischen Altersverschiebungen führen im Zusammenwirken mit Veränderungen der Familienstrukturen zu einer steigenden Nachfrage nach ambulanten Sachleistungen und noch deutlicher nach stationärer Pflege. Das heißt jedoch nicht, dass die professionelle Pflege die Laienpflege ablösen wird. Die Laienpflege wird nach wie vor ein wesentliches Element der Pflege darstellen. Deshalb müssen neben der professionellen Pflege auch Formen informeller Pflege und niedrigschwellige Angebote an Bedeutung gewinnen, um künftig die Pflege für die Pflegebedürftigen sicherzustellen.

(Vgl. www.gbe-bund.de, verfügbar am 25.08.2013)

4. Die Situation pflegender Angehöriger

In Deutschland ist der demografische Wandel mit einer steigenden Anzahl von hochaltrigen Menschen verbunden. Damit steigt gleichzeitig das Risiko für die Betroffenen pflegebedürftig zu werden.

Eine Pflegesituation kann entweder als schleichender Prozess entstehen mit langsam fortschreitendem Kräfte- und Autonomieverlust oder aber als plötzliches Ereignis, wie z.B. ein Unfall, eine akute Krankheit oder Verwitwung eintreten. Oft ist es gar nicht eindeutig nachvollziehbar, wann der Pflegeprozess begonnen hat.

In fast 90% aller Pflegefälle werden die Bedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung von engsten Familienangehörigen betreut. Bei 20% der Betroffenen pflegt die Partnerin, bei 12% der Partner, bei 23% die Tochter, bei 10% die Schwiegertochter, bei weiteren 10% sonstige Verwandte und bei 5% der Sohn. Etwa 80% der pflegenden Angehörigen sind Frauen und über die Hälfte der Pflegepersonen sind zwischen 40 und 64 Jahre alt sowie ein Drittel 65 Jahre und älter (vgl. Schneekloth/Müller 2000, in: BMFSFuJ 2002, S. 196/197). Pflegende Angehörige gehören also eher der älteren Personengruppe an.

Pflegende Angehörige sind meist Frauen und sind damit vielfältigen Belastungen ausgesetzt, die unter Punkt 4.2 näher beleuchtet werden. Sie sind oft nicht nur Pflegenden, sondern in einem Mikrosystem, „ein Muster von Tätigkeiten und Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen, die die in die Entwicklung begriffene Person in einem gegebenen Lebensbereich mit den ihm eigentümlichen physischen und materiellen Merkmalen erlebt“ (Bronfenbrenner 1981, S. 38) integriert. (Vgl. Salomon 2009, S. 9)

Dennoch sind sie aus verschiedenen Motiven heraus bereit, die Verantwortung für die Betreuung ihres Familienmitgliedes zu übernehmen.

4.1 Motivation für die Übernahme häuslicher Pflege

Maßgebliche Wertorientierungen wie Verantwortungsbereitschaft, Selbstverständnis, Fürsorgebereitschaft und Nächstenliebe sind maßgebliche Einflussfaktoren für die Übernahme der Pflege eines Angehörigen. Diese grundlegenden Motive zur Pflegebereitschaft sind unterschiedlich bei den Pflegenden ausgeprägt. Sie haben konkrete Beweggründe für die Übernahme der Pflege. Beweggründe spiegeln sich wider in Liebe und Zuneigung, Dankbarkeit, Verantwortungs- und Pflichtgefühl, Schuldgefühle, Selbstbestätigung, Sinnstiftung oder Mitleid. Wenn aus diesen Motivationen heraus, die Pflege freiwillig übernommen wird, ist ein guter Grundstein für den Umgang mit den täglichen Belastungen in der Pflege gelegt (vgl. Döbele, 2008, S. 4).

Interessant ist ebenso der Gedanke, dass Männer in der Übernahme der Pflege ihrer Partnerin einen Ersatz für den fehlenden Berufsalltag sehen. Ein anderes Motiv ist die Wiedergutmachung der aufopferungsvollen Tätigkeit der Partnerin während der vergangenen Jahre (vgl. Lambrecht/Bracker 1992, in: BMFSFuJ 2002, S. 194).

Die Disposition zur Pflegeübernahme ist stark geprägt von der Qualität der früheren emotionalen Beziehung zu den Pflegebedürftigen. Bei einer positiven Bindung ist die Bereitschaft zur Pflegeübernahme höher. Bei einer belasteten Beziehung beruht die Übernahme meist auf einer moralisch, sozial geforderten Aufgabe und Pflicht (vgl. Bracker u.a. 1988, S. 130).

Ein weiterer Grund der Pflegeübernahme kann ebenso eine konflikthaft erlebte Beziehung sein, durch die unbefriedigte Zugehörigkeitsbedürfnisse reaktiviert werden. Die Übernahme der Pflege bietet die Chance zur Klärung der ehemals negativen Beziehung und kann somit eine Veränderung herbeiführen (vgl. Becker 1997, S. 40/41).

In vielen Fällen pflegt auch das zu kurz gekommene „schwarze Schaf“ der Familie, um endlich die ersehnte Anerkennung zu bekommen. Sie wollen jetzt in der Pflege ihre „wahre Größe“ zeigen (vgl. Grond 1992, S 11).

Pflege wird oft verbunden mit Familientradition oder um einen Mythos aufrecht zu erhalten, die Töchter müssten Mütter und Väter pflegen und z.B. ihre Karriere aufgeben. Das führt Betroffene oft in einen Konflikt. Ein aufopferungsvolles Verhalten in der Pflege geht oft mit einem engen Verhältnis zwischen Mutter und Tochter einher.

Das resultiert häufig aus biographischen Voraussetzungen, z.B. die gemeinsame Bewältigung von Schicksalsschlägen, verbunden mit den teils unbewussten Bestrebungen der Mutter, einen Ablösungsprozess zu erschweren. Im umgekehrten Verhältnis, in dem die Töchter das Gefühl des „bösen“ Kindes erleben, wollen sie durch das Verhalten eines „lieben Kindes“ endlich Anerkennung durch die Mutter (vgl. Bracker u.a. 1988, S. 131).

Ein häufiger Grund für die Pflege liegt im Motiv der Liebe. So wie die Liebe der Mutter für ein Kind lebenswichtig ist, so ist sie ebenso wichtig für das familiäre Pflegeverhältnis (vgl. Boszormenyi-Nagy, in: Gröning 2004, S. 49).

Wiedergutmachung basiert auf einer konkreten Erfahrung mit der zu pflegenden Person. Die Tochter übernimmt z.B. die Pflege ihrer Mutter, weil sie früher aufopferungsvoll eigene Bedürfnisse zugunsten ihrer Tochter zurückgestellt hat. Diese Wiedergutmachung wird ohne Schuldgefühle wahrgenommen (vgl. a.a.O.).

Ein gegebenes Versprechen einem bereits verstorbenen Elternteil: „Versprich mir, dass du für Mutter sorgst, wenn ich nicht mehr da bin.“ ist ein weiteres Motiv für die Pflege von Angehörigen (vgl. Hedtke-Becker 1990, S. 28).

Oft haben finanzielle Gründe eine Bedeutung. Ein Haus der jungen Familienmitglieder, welches mit Hilfe der älteren finanziert wurde, aber mit der Verpflichtung der späteren Pflege verbunden war, macht es den Angehörigen oft unmöglich, die Pflege abzulehnen. Nicht betroffene Geschwister fühlen sich dann oft nicht mitverantwortlich, da das Finanzielle überwiegt (vgl. a.a.O.).

Viele Frauen lebten bereits vor der Pflegesituation mit den Betroffenen nahe zusammen. Dieses Zusammenleben ist oft ein Kriterium für die Übernahme der Pflege, meist mit der Norm: Pflege ist Frauensache.

(Vgl. Salomon 2009, S.9 ff.)

4.2 Belastungssituationen in der Pflege

Die Pflege eines hilfebedürftigen Menschen kostet viel Kraft und ist oft verbunden mit Emotionen, Kummer und Schmerz. Häufig leiden die Pflegenden selbst an körperlichen und psychischen Beschwerden. Die Pflege wird jedoch fortgesetzt; die Belastungen lassen sich objektiv nicht messen, sondern werden subjektiv unterschiedlich erlebt (vgl. Salomon 2009, S. 12).

4.2.1 Pflege ist selbstverständlich

Die Übernahme der Pflege trifft die Angehörigen entweder ganz plötzlich und unerwartet oder sie erfolgt durch steigende Gebrechlichkeit oder Demenz. Dabei tritt das Selbstverständnis der Pflege der Angehörigen in den Vordergrund. Sie hat Normqualität und ist begründet durch eine gesellschaftliche Zuschreibung, die moralisch und existenziell verankert ist (vgl. Urlaub 1988, S. 34). Die Eltern oder Partner sollen nicht im Stich gelassen werden.

Viele Frauen werden allerdings unter dieser Pflegebelastung krank, wenn sie nicht familiär unterstützt werden. Für die Familie bedeutet das Arrangement und immer wieder die Anpassung an die äußere Realität. Erschwerend kommt in der Praxis hinzu, dass professionelle Dienste Frauen als Hauptpflegeperson ansprechen. Damit wird die Verantwortung von unterschiedlichen Personen auf die Frau zentriert (vgl. Becker 1997, S. 33).

4.2.2 Veränderung der Lebensweise

Pflege ist für viele Angehörige ein Einschnitt in das eigene Leben. Zukunftspläne werden verändert und zurückgestellt bzw. ganz aufgegeben. Der Eintritt und die Dauer von Pflegebedürftigkeit sind nicht planbar. Der erforderliche Hilfebedarf für ein Familienmitglied kann unerwartet und kurzfristig eintreten oder kann sich langsam fortschreitend entwickeln. Der Pflegezeitraum kann sich teilweise über Jahre oder sogar über Jahrzehnte ausdehnen. Es wird die Familie auf jeden Fall Zeit kosten, die nicht mehr zur freien Verfügung steht. Selbst die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf kann sehr schwierig werden.

Die meisten Lebensplanungen sind meist konträr zur Norm einer Pflege ausgerichtet. Nach Kindheit, Schule, Beruf, eigener Familiengründung und Kindererziehung will die mittlere Generation ihr versäumtes Dasein leben. Eine Pflegesituation ist darin nicht enthalten.

Folgen können Wut, Ärger, Aggression und Verzweiflung gegen sich selbst sein aber auch gegen Geschwister, Freunde und Bekannte, die ihre Freizeit freier planen können. Selbst der Pflegebedürftige wird nicht ausgeschlossen, wobei den Pflegenden schon klar ist, dass er nichts dafür kann. Beide Seiten werden damit überfordert. Schuldgefühle entstehen auch dem Partner gegenüber, wenn eine Frau ihre Mutter pflegt und damit sich nur eingeschränkt ihrem Mann widmet. Wenn eine Frau ihren Mann pflegt, zeigt sich die Veränderung noch gravierender, weil die Zukunftsvorstellungen auf ihn ausgerichtet waren. Pflege wird deutlich zur Lebensform (vgl. Hedtke-Becker 1990, S. 30/31). (Vgl. Salomon 2009, S. 13)

4.2.3 Ausschließliche Zuständigkeit und soziale Isolation

Ständige Anwesenheit, das Verhalten der alten desorientierten Menschen ohne positive Perspektive, das Nichtabschalten können stellt für viele Angehörige eine enorme Belastung dar. Ursache ist die große körperliche und psychische Anspannung, die ein Loslassen verhindert aber wiederum auch die fürsorgliche Beziehung zur gepflegten Person (vgl. Hedtke-Becker 1990, S. 31; Becker 1997, S. 47).

Alte Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, brauchen Unterstützung in der Sicherung ihrer Umwelt, Hilfe beim Kommunizieren, Atmen, Essen, Trinken, beim Ausscheiden, Sichsauberhalten und Kleiden. Hilfestellung bei der Regulation ihrer Körpertemperatur, beim Bewegen, Arbeiten, Spielen, beim Schlafen und Sterben können nötig sein. Das Anforderungsprofil ist umfangreich und beansprucht die Pflegeperson körperlich und psychisch.

Untersuchungen zeigen, dass pflegende Frauen in der Regel weniger Unterstützung von außen erhalten als pflegende Männer. Vielen Frauen fällt es schwer, um Hilfe zu bitten und sie anzunehmen. Fremde Hilfe anzunehmen bedeutet für die Frauen oft, die eigene Überforderung einzugestehen und die Angst, von fremden Menschen abhängig zu werden.

Ebenso wollen viele Kranke nicht von Fremden versorgt werden (vgl. Hedtke-Becker 1999, S. 31/32). (Vgl. Salomon 2009, S. 14/15)

Vorprogrammiert ist damit die soziale Isolation der pflegenden Angehörigen, die zu starken Beeinträchtigungen des Wohlbefindens führen kann. Nicht nur der Kranke ist isoliert durch fehlende Mobilität, Zentriertheit auf die Erkrankung, Einengung des Horizontes durch überfürsorgliche Pflege, sondern auch die Pflegeperson ist gefährdet, sozial zu vereinsamen. Die gegenwärtigen Lebensumstände sind zu verschieden, der Freundeskreis zieht sich zurück. Das Gefühl nicht verstanden zu werden, andere nicht zu belasten, mögliche Schamgefühle aufgrund von Verwirrtheit oder Inkontinenz des Pflegebedürftigen lassen den Kontaktkreis bei Frauen als Pflegeperson kleiner werden (vgl. Boeger/Pickartz 1998, S. 319; Becker 1997, S36).

Bei pflegenden Männern hingegen zeigt sich, dass sie eher Hilfe von außen annehmen (vgl. Barusch/Spaid 1989, S. 675, in: Becker 1997, S. 36).

Die Auswirkung der Isolation und Vereinsamung zeigt sich in einem erhöhten Missbrauch von psychotropen Medikamenten, besonders betroffen sind pflegende Ehefrauen mit geringem Bildungsniveau (vgl. Gunzelmann 1991a, S. 69).

Vermutungen für den Medikamentenmissbrauch liegen bei Frauen mit geringerem Bildungsniveau in ihrem größeren Bedürfnis nach sozialem Kontakt, in der traditionellen Rollenverpflichtung, wobei sich das Belastungs-, Konflikt- und Stresspotential in der belasteten finanziellen Situation verschärft (vgl. Becker 1997, S.37).

Hinzu kommt, dass die Angehörigen für ihre Arbeit wenig oder gar keine Anerkennung von ihren Angehörigen, Geschwistern, Nachbarn und von der ganzen Gesellschaft erhalten. Pflege bleibt etwas Unaussprechliches, über das man am besten nicht redet (vgl. Hedtke-Becker 1990, S. 34).

(Vgl. Salomon 2009, S. 16).

4.2.4 Verwirrtheit und Demenz des/der Pflegedürftigen

Zum großen Belastungsfaktor für pflegende Angehörige kann die zunehmende geistige Verwirrtheit und Desorientierung werden, die bei alten Menschen häufig auftreten und mit steigendem Lebensalter an Intensität zunehmen.

Bei Hochaltrigen kommt es oft zu Verwirrtheit, Konzentrationsstörungen, Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, Orientierungs- und Stimmungsschwankungen. Die Verwirrungszustände können reversibel sein und durch Aufregung, Flüssigkeitsmangel sowie durch unsachgemäße Einnahme von Medikamenten verursacht werden.

Wenn jedoch die Verwirrheitszustände aus einer Demenz herrühren, sind die Angehörigen tief erschüttert. Sie sind oft mit starken Gefühlsschwankungen konfrontiert, die sich in Depression und Aggression bewegen. Die Angehörigen müssen lernen, sich von dem Menschen zu verabschieden, den sie früher mal kannten. Das kann quälend und langwierig sein und infolge zunehmender Verwirrtheit kommt es zu Veränderungen in den familialen Beziehungsstrukturen. Die Demenz wird zur Familienkrankheit (vgl. Gunzelmann 1991a, S. 48); die subjektive Wahrnehmung der Erkrankung durch die Angehörigen und die Überzeugung, die Krise bewältigen zu können, sind oft bedeutender als die Krankheit selbst (vgl. Gunzelmann 1991b, S. 47; Becker 1997, S. 43). Folglich ist das Konfliktpotential in den Familien sehr hoch. Die Dynamik hierfür liegt oft im Bestehen früherer noch ungeklärter Konflikte bzw. auch in Problemen der pflegenden Person mit der Abhängigkeit des Erkrankten umzugehen und diese zu akzeptieren. Verpflichtungen neben der Pflege sowie das Erleben der Krankheit werden als Störung des Familienalltags und der gewohnten Verhaltensmuster gesehen. Der zu Pflegende ist physisch für die Angehörigen zwar noch präsent aber aufgrund seiner Dysfunktion und seiner Persönlichkeitsveränderungen nimmt er nicht mehr am Familienleben teil. Es besteht also eine Unklarheit in der Familie, ob der Patient im Erleben seiner Angehörigen noch zum familiären System gehört oder nicht (vgl., a.a.O.).

Im Laufe der Veränderungen kommt es zu veränderten Familienstrukturen und zur Übernahme von neuen Rollen und Verpflichtungen im gesamten Familiensystem. Der Verwirrte wird befreit von allen bisherigen Rollenverpflichtungen, die Rolle als Hausherr/Hausfrau kann er/sie nicht mehr ausfüllen, was zu starker Identitätsverunsicherung beim Betroffenen führt.

Vor allem aber bringt es für die Pflegeperson Zweifel und Verunsicherung, da sich ihre Rolle vom Kind oder Ehepartner in die Elternrolle und in eine berufsähnliche Pflegerolle bewegt. Sie muss weiterhin abwägen, ob sie mehr Mutter ist für ihren Vater/Mutter bzw. Partner oder für ihre eigenen Kinder, die ebenso ihrer Zuwendung bedürfen. Das löst bei Frauen oft Schuldgefühle aus. Bei einer Berufstätigkeit kann es zudem noch stärker zur Überforderung kommen. Dadurch ist das Familiengleichgewicht labil und das ganze Familiensystem ist wesentlich störanfälliger (vgl. Grond 1992, S. 211).

(Vgl. Salomon 2009, S. 17ff)

4.3 Psychische Belastungsdimensionen pflegender Angehöriger

Die Pflege von Angehörigen kostet viel Kraft und ist mit vielen Emotionen verbunden. Sie kann einerseits befriedigen, andererseits aber auch zu Kummer und Schmerz führen, die sowohl psychisch und physisch für die Pflegenden belastend sein können. Verschiedene Faktoren, die sich auf komplizierte Weise gegenseitig beeinflussen, Angst- und Schuldgefühle prägen den Pflegealltag der betroffenen Pflegepersonen (vgl. Buijssen 1997, S. 22 ff.).

4.3.1 Depression und psychosomatische Beschwerden

Eine überdurchschnittlich hohe Depressivitätsrate und eine Vielzahl psychosomatischer Beschwerden wird durch eine Studie der Universität Bonn für Pflegenden chronisch Kranker bestätigt (vgl. Boeger/Pickartz 1998, S. 322). Des Weiteren sind Symptomkomplexe wie Erschöpfung, Gliederschmerzen, Magen- und Herzbeschwerden von den Untersuchungspersonen häufig genannt (vgl. Gräßel 1995a, in: Becker 1997, S. 46).

Besonders pflegende Töchter gehen in der Pflege bis an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit, bis nahe an einem körperlichen und psychischen Zusammenbruch. Auswirkungen wie Selbstaufgabe, Gedanken an Suizid, irreparable Schädigungen, Flucht in Drogen und starke Depressionen sind zu verzeichnen (vgl. Bracker u.a. 1988, S. 148).

4.3.2 Trauer, Verlust und Tod

Die Bewältigung von Verlusten und damit die Verarbeitung von Trauer als Bewältigungsanforderung ist für pflegende Angehörige ein zentrales emotionales Thema. Bei hirnorganischen Erkrankungen ist dieser Prozess für Pflegenden besonders schwierig, da der Gepflegte physisch noch lebt aber nicht mehr an die vertraute Person von früher erinnert. Der Begriff „Trauer im Schwebezustand“ deutet auf einen langen Prozess von Distanzierung oder Abschied hin, der immer wieder durch Hoffnungsschimmer unterbrochen wird (vgl. Hansaelt 1993, S. 34, in: Becker 1997, S. 47). Verlustängste und auch Verunsicherung werden bei den Pflegenden durch den drohenden Tod des Angehörigen ausgelöst.

Wie sollen sie damit umgehen, wie sollen sie darüber sprechen, wie ehrlich sollen sie dem Kranken gegenüber sein und was wird sein, wenn der Tod eingetreten ist (vgl. Kruse 1994, S. 48, in: Fuchs 2000, S. 77).

Der Tod wird oft auch als Erlösung herbeigesehnt, was jedoch erhebliche Schuldgefühle auslösen kann (vgl. Grond 1996, S. 48). Der Gedanke: „Manchmal wollte ich, er wäre tot“ wird nicht ausgesprochen, jedoch häufig gedacht. Diese widersprüchlichen Empfindungen sind Gefühlsverwirrungen, die die psychische Situation von pflegenden Angehörigen prägen und sie belasten.

Eine pflegende Ehepartnerin erlebt den Verlust des Partners mit Verlust von Intimität und Sexualität. Pflegende Töchter haben Probleme in der Kern- und Herkunftsfamilie, zwischen Pflege- und Erwerbsarbeit, zwischen den Rollen, zugleich Tochter und verantwortungsvolle Entscheidungsträgerin zu sein. Das führt zu einem erhöhten Belastungs-, Konflikt- und Stressniveau (vgl. Becker 1997, S. 48). (Vgl. Salomon 2009, S. 20/21)

4.3.3 Schuldgefühle

Massive Schuldgefühle, die jedoch nicht direkt zum Ausdruck kommen, empfinden fast alle Pflegenden. Die Ursache dafür ist Überforderung, als Folge einer ambivalenten Gefühlslage, die durch nicht zugelassene Aggression gegenüber dem Pflegenden auftritt. Der Pflegende ist der Meinung, er würde nicht genug leisten, nicht genug pflegen und fühlt sich dann besonders schuldig, wenn er an die Grenze seiner persönlichen Leistungsfähigkeit kommt. Das ungute Gefühl, den heranwachsenden Kindern zu wenig Aufmerksamkeit zu geben, kommt hinzu (vgl. Fuchs 2000, S. 82).

Die Kinder wollen ihren Eltern die Pflege, die sie als Kind von Ihnen erhalten haben, als Dankesschuld zurückzahlen. Oft kommt die Angst hinzu, etwas falsch gemacht oder versäumt zu haben. Beschuldigungen durch die zu pflegende Person können alte Schuldgefühle wieder beleben (vgl. Grond 1992, S. 213).

4.4 Familie und Versorgung aus frauenspezifischer Sicht

Es ist eine Zunahme an alten Menschen zu verzeichnen, die eine Herausforderung an die Gesellschaft stellt. Es wird damit eine Schwächung der kleinen sozialen Netzwerke, der Familien, erwartet, die heute einen großen Teil der Pflege von Angehörigen übernehmen. Meist sind es die Frauen, die pflegen; Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter tragen die Hauptlast der Pflege. Das verbirgt ein persönliches Dilemma, obwohl gesellschaftlich von Chancengleichheit ausgegangen wird.

Ältere Frauen geben sich ungefragt in das Schicksal der Pflege, bei jüngeren Frauen stellt es eher ein Problem dar. Die Angleichung der Bildung und die Erwartung von mehr Gleichheit in der Partnerschaft, im Beruf und Familie treffen auf eine gegenläufige Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und im Verhalten der Männer. Die Widersprüche zwischen den männlichen Gleichsamkeitsdarbietungen und der Ungleichheitswirklichkeit bestimmen nach wie vor die Entwicklung und konnten trotz Angleichungsbemühungen in den letzten Jahren noch nicht aufgebrochen werden.

Das Erleben ungleicher Bedingungen, ungleiche Arbeitsbedingungen, ungleicher Lohn, ungleiche Verantwortungsübernahme in der Beziehung, ungleiche Beteiligung an der Hausarbeit und ungleiche familiäre Pflegeleistungen bieten Konfliktpotenzial. Untersuchungen ergaben, dass 83% der Frauen in der häuslichen Pflege von Disparität in der Konstruktion der Geschlechterverhältnisse und deren Realität betroffen sind (vgl. Schneekloth/Potthoff 1993, S. 13).

Brückner beschreibt drei verschiedene Muster von Frauen, die immer wieder zu finden sind. Unbewusste Wünsche, wie Supermütter sein zu wollen, der weibliche Drang, andere zu retten und zu erlösen und die Phantasie versorgt zu werden und die Versorgungsmacht auszuüben, sind prägend. Die grenzenlose Liebe der Frauen, knüpft an das Bild der starken Mutter von früher an, von deren Macht und Einsatz das Schicksal der Kinder bestimmt wurde. Die Mutter, die sich durch die leidvolle Selbstaufgabe Übermenschliches abverlangt, beinhaltet eine grenzenlose Forderung andere zu retten und zu erlösen. Dadurch kann sie sich gut und rein erleben (vgl. Brückner 1991, S. 141-143).

Die Phantasie, dass sie selbst versorgt werden, lässt den Frauen keine Wahl in ihrer Handlung. Sie fühlen sich abhängig und damit verbindet sich die Furcht, verlassen zu werden. Die Frauen geben an, dass sie jemanden Freude bereiten wollen, aber als Gegenleistung erwarten sie, dass man sie umorgt und liebt (vgl. Gilligan 1984, S. 85). Frauen befinden sich in einer Fürsorgerinnenrolle; sie definieren Moral und verschiedene Lebenssituationen anders als die Männer. Moralische Empfindungen sind bei Frauen stärker geprägt durch Empathie, „Sorgenfür“ und „Sorgenum“ als bei Männern, die überwiegend in Kategorien wie Recht, Fairness und Pflicht denken (vgl. Arndt 1996, S. 45).

Gilligan (1984) begründet die moralische Differenz in der frühkindlichen Mutter-Kind-Dynamik und der daraus resultierenden Ich-Entwicklung von Männern und Frauen. Sie bezieht sich auf die ausschließliche Zuständigkeit der Frauen für die Kindererziehung, während Männer die Erfahrung des eigenen Selbst, aber auch die Erfahrung von Trennung und Schmerz miterleben. Bei Mädchen resultiert daraus die Erfahrung der Verbundenheit (vgl. Kunstmann 2000, S. 20-24).

Moral ist für die Frauen Verantwortung und Fürsorge, die Fähigkeit für einen anderen Menschen Sorge zu tragen, menschliche Beziehungen aufrecht zu erhalten und die eigene Integrität zu wahren. Das bedeutet auch, sich selbst Zuwendung zu gönnen und die Spannung auszuhalten, die aus den eigenen und den Ansprüchen anderer entstehen.

(Vgl. Salomon 2009, S.23-25)

5. Sozialethische Betrachtung von Angehörigenpflege

Bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit scheint es selbstverständlich zu sein, dass die Pflege des Hilfebedürftigen übernommen wird. Der scheinbare Automatismus ergibt sich zum einen aus der Hilfebedürftigkeit und ist ebenso die Folge eines Wertesystems, welches die Motivation für die Pflegeübernahme mit beeinflusst. Erst wenn sich im Alltag kritische Belastungen ergeben und es zu Konflikten kommt, kehrt das Bewusstsein für die eigenen Moralvorstellungen wieder zurück.

Es ist deshalb wichtig, dass sich die Angehörigen die Motive für die Pflege verdeutlichen, bevor sie diese übernehmen. Damit kann der Pflegende mit Einschränkungen, die auf ihn zukommen, besser umgehen, Grenzen der Belastungen vermeiden und somit nicht an der Situation zerbrechen.

Der Hilfebedürftige sollte als Mensch geachtet und wertgeschätzt werden. In unserer Kultur ist dies oft geprägt von christlichem Charakter. Biblische Gebote wie: „Du sollst deinen Vater und deine Mutter ehren, wie dir der Herr, dein Gott, geboten hat, auf dass du lange lebest und dir`s wohl gehe.“ (5. Moses, 16) oder das Gebot der Nächstenliebe werden oft als Verpflichtung und Hingabe gedeutet.

Auch das menschliche Zusammenleben wurde durch Immanuel Kant als vertraglich geregelt. Das Zusammenleben in Familie und Ehe wird von Pflichten bestimmt und schließt die Pflege von Angehörigen mit ein. Diese Pflichtgedanken haben sich im 19. Jahrhundert weit verbreitet und sind heute noch präsent. Motive für die Pflege sind Wiedergutmachung und Dankbarkeit für die Hilfe in der gemeinsamen Lebenszeit in der Ehe bzw. bei Kindern in der Erziehung und liebevollen Fürsorge.

Neben der vertraglichen Seite gibt es noch die emotionale Seite, die von Wilhelm Friedrich Hegel herausgearbeitet wurde. Hegel interpretiert es als „Geneigtheit“, Liebe aus der heraus eine moralische Bereitschaft entsteht, füreinander zu sorgen.

Der kantsche Ansatz als auch der hegelsche haben angesichts der starken pietistischen Strömungen, die Nächstenliebe als selbstlose Aufopferung und christliche Pflicht einzufordern (vgl. Dallmann 2003, S. 8), zu einer Pflegeethik geführt, aus der sich selbst professionell Pflegende nur schwer lösen können. Im privaten und familiären Bereich ist dies noch viel schwerer.

Für Axel Honneth ist die Familie eine soziale Sphäre, in der beide moralische Orientierungen, sowohl Kants als auch Hegels Modell, permanent aufeinander stoßen. Einerseits sollten sich Familienmitglieder als Rechtspersonen anerkennen, um ihre Integrität zu schützen aber andererseits müssen sie sich auch als Subjekte erkennen, deren individuelles Wohlergehen besondere Fürsorge und Aufmerksamkeit verdient (vgl. Honneth 2000, S. 209).

Honneth bezeichnet diese Wechselwirkung als Grundlage moralischen Handelns (vgl. a.a.O., S. 175) zwischen Menschen und unterscheidet dabei drei Formen.

Zum einen die Anerkennung des Menschen mit seinen einzigartigen Bedürfnissen und Wünschen, ihr ordnet er die Begriffe „Fürsorge“ und „Liebe“ zu. Anerkennung der gleichen moralischen Zurechnungsfähigkeit der Interaktionspartner ist der zweite Aspekt und bedeutet, dass moralischer Respekt zur Gleichbehandlung führt. Die dritte Form ist die Anerkennung des Gegenüber als wichtige Person für die konkrete Gemeinschaft, und er verwendet dafür die Begriffe „Solidarität“ und „Loyalität“, die die Sorge und das gemeinsame Wohlergehen um den anderen begründen (vgl. a.a.O., S. 187).

Zwischen den Formen der Anerkennung besteht immer eine Spannung (vgl. a.a.O., S. 189), woraus sich unterschiedliche Haltungen und Verpflichtungen ergeben (vgl. a.a.O., S. 188). Das heißt für die Pflegeübernahme, dass nicht zwingend das Rechtsverhältnis (z.B. Ehepartner, Kind-Eltern) ausschlaggebend ist, sondern die gegenseitige Anerkennung und persönliche Beziehung eine wichtige Rolle spielt. Es ist also nur Menschen zuzumuten, die in wechselseitiger Bindung zueinander stehen.

Honneth betont zwar noch die Pflicht, schränkt sie aber deutlich ein: „Wir sind in konkreten Situationen zu den Anerkennungsleistungen verpflichtet, die sich aus der Art der sozialen Bindungen ergeben, müssen aber im Konfliktfall nach anderen Gesichtspunkten entscheiden, welcher unserer Bindung wir den Vorrang einräumen.“ (a.a.O., S. 190). Die wechselseitige Anerkennung steht in enger Beziehung zur Autonomie und verhindert damit die Ausnutzung des Pflegenden und die Aufforderung zu seiner selbstlosen Aufopferung (vgl. Rehbock 2002, S. 145).

Fürsorge und Selbstsorge haben die gleiche Bedeutung. Die Belastungen einer Pflegeübernahme sind den wenigsten Pflegenden klar. Sie betreffen nicht nur das Pflegedual, sondern das gesamte Familiensystem. Es geht aber hier nicht nur um die aufopferungsvolle Pflege, sondern auch um die Moral, Fürsorge und Verantwortung, die neben der Sorge um die anderen auch die Sorge der eigenen Person einschließt. Menschliche Beziehungen sollen aufrecht gehalten und die eigene Integrität gewahrt bleiben.

(Vgl. Salomon 2009, S. 25-29)

6. Angehörigenpflege im Kontext systemischer Sichtweisen

Eine Pflegesituation hat immer Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem, bedingt durch die gemeinsame Biografie, oft ungeklärte Beziehungen und Interaktionsformen in der Familie, die sich gegenseitig beeinflussen.

Deshalb ist das Aufstellen von Regeln und Grenzen unverzichtbar für ein familiäres Zusammenleben, denn sie regulieren die menschlichen Beziehungen.

Dysfunktionale Interaktionsformen erschweren die menschlichen Beziehungen untereinander und können zu Verwirrung und pathologischen Beziehungsstrukturen im Familiensystem führen. (Vgl. Salomon 2009, S. 41)

6.1 Systemorientierte Betrachtung der häuslichen Pflege

Körperliche und psychische Belastungen pflegender Angehöriger lassen sich monokausal nicht erklären, denn verschiedene Interaktionspartner beeinflussen sich gegenseitig. Nicht nur äußere Umstände, wie Börsartigkeit der einen oder anderen Person, nicht der soziale Status oder die wirtschaftliche Lage sind ausschlaggebend für mögliche Störungen im Beziehungssystem. Sie sind meist die Folgen von verschiedenen Faktoren.

Eine mögliche Veränderung in einem Familiensystem, wie die Pflege eines Menschen, lässt es ins Ungleichgewicht kommen. Vergleichbar mit einem Mobile sind alle Familienmitglieder davon betroffen, wenn ein Mitglied erkrankt. Die Familie benötigt Zeit, bis sie wieder im Gleichgewicht ist, welches in der Familientherapie als „Familienhomöostase“ bezeichnet wird (vgl. Weakland/Herr 1992, S. 71).

Der Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes stellt für die Familie eine krisenhafte Situation dar, die für die Ehepartner als auch Kinder eine Neuanpassung bedeutet. So wie die neue Situation von der Familie gemeistert wird, ist ein Anhaltspunkt, ob die neu entstandene Belastung später einmal zur Überlastung werden kann. Es ist sicher ratsam, dass sich alle Familienmitglieder mit der neuen Situation befassen und entsprechend ihren Voraussetzungen die neuen Rollen und Aufgaben definieren und verteilen. Eventuell ergänzende Hilfen von außen können zu einer guten Lösung führen (vgl. Diakonisches Werk, 1993, S. 164, in: Fuchs 2000, S. 55).

Alle Familienmitglieder stehen in enger Beziehung zueinander. Mit der neuen Situation verändern sich alle in ihrem Verhalten und in ihrer Kommunikation. Wenn die notwendige Anpassung nicht gelingt, können sich problematische spannungsvolle Interaktionsformen innerhalb der Familie bilden, die bis zur Zerstörung des Familiensystems führen können. (Vgl. Salomon 2009, S. 30/31)

6.1.1 Grenzen und Regeln im Familiensystem

Grenzen ermöglichen im sozialen System eine Abgrenzung gegen die Umwelt und unterstützen damit die Identitätsbildung. Sie können mehr oder weniger durchlässig sein, das heißt, je nachdem wie die Subsysteme in der Familie und wie die Familien nach außen abgegrenzt sind. In gesunden Familien findet man klare und durchlässige Grenzen, bei pathologischen Familien sind sie entweder zu starr (rigide) oder zu diffus (vgl. v. Schlippe/Schweitzer 2000, S. 59; Kriz 1991, S. 255).

Familien, in denen die Grenzbeziehung gestört ist, nennt man verstrickte oder isolierte Familien.

Verstrickte Familien: Das sind Familien mit diffusen Innengrenzen und starren Außengrenzen, die sich übermäßig sich selbst zuwenden. Sie schaffen sich ihren eigenen Mikrokosmos. Damit verschwimmen ihre inneren Grenzen und der Einzelne erfährt Einschränkungen in seiner Autonomie. Es besteht eine große Angst vor Trennungen und Abkapselungen nach außen (vgl. v. Schlippe 1995, S. 51).

Isolierte Familien: Sie zeichnen sich durch starre Innengrenzen und diffuse Abgrenzung nach außen aus. Es wird über die Grenzen der Subsysteme kaum kommuniziert, u.a. aus Angst vor Nähe. Sozialkontakte finden außerhalb der Familie statt, damit werden Grenzen innerhalb der Familie unklar und verschwommen (a.a.O.).

Die Beziehungsanalytikerin Thea Bauriedl beschreibt den Begriff der Verschmelzung als „unsichere Ichgrenzen“ (vgl. Bauriedl 1999, S. 109). Damit meint sie die Überschneidung von Personengrenzen, die in allen zwischenmenschlichen Beziehungen zu finden sind. Je größer die Überschneidung zwischen den Personen ist, umso schwerwiegendere Störungen können in der Beziehung auftreten. Die Personen können sich kaum noch unterscheiden und es geht um die Frage: „Wer ist wer?“ und „Wer ist hier alles und wer ist nichts?“ (Bauriedl 1999, S. 109/110).

In Pflegekonstellationen entstehen also bedingt durch den engen Kontakt zwischen dem Pflegenden und dem Gepflegten Überschneidungen von Personengrenzen, die zu Verstrickungen und zum Verschwimmen von Beziehungsgrenzen führen. Damit erfolgt oft eine Abgrenzung zur Außenwelt, professionelle Hilfe von außen wird meist abgelehnt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich Freunde und Bekannte abwenden und die Pflegenden daran einen Anteil haben. Sie informieren sie nicht ausreichend über den Zustand des Gepflegten und die Folge ist Unsicherheit und Hilflosigkeit. Deshalb sollten die Pflegenden ermutigt werden, Kontakte nach außen zu knüpfen bzw. zu halten (vgl. Fuchs 2000, S. 59).

(Vgl. Salomon 2009, S. 31/32)

Regeln ermöglichen im sozialen System immer wiederkehrende Verhaltensweisen, regulieren die Beziehungen untereinander und helfen das System in Balance zu halten. Man unterscheidet explizite (offene) Regeln und implizite (verdeckte) Regeln. Häufiger treten implizite Regeln auf, diese sind jedoch erst dann erkenn- und formulierbar, wenn sie übertreten wurden, es zum Problem kommt und die Familienmitglieder, insbesondere aber die Pflegepersonen darunter zunehmender leiden. Hier besteht die dringende Notwendigkeit, die fürsorglich-liebevolle durch eine liebevolle-autoritäre Pflegehaltung zu ersetzen, Regeln auszusprechen und umzusetzen. Angehörige müssen unterstützt werden, Grenzen und Regeln zu setzen, ohne dabei Schuldgefühle zu empfinden. Es ist unverzichtbar für ein familiäres Zusammenleben; es reguliert die menschlichen Beziehungen, was besonders wichtig ist, wenn die psychischen und physischen Kräfte durch die Pflegesituation gebunden sind. (Vgl. Salomon 2009, S. 32, 41, 101)

6.2 Problematische (dysfunktionale) Beziehungs- und Interaktionsformen in der Familie

An dieser Stelle wird auf die wichtigsten Formen familiärer Interaktionen eingegangen, denen Alltagsproblematiken in der Pflege zugrunde liegen können. Sie können das Familienklima entscheidend beeinflussen und Belastungen pflegender Angehöriger als Folge solcher Interaktionen erklären.

6.2.1 Bindungsmodus – Ausstoßungsmodus – Delegation

Das Verhältnis zwischen Kindern und Eltern, insbesondere Jugendlichen und ihren Eltern wird beschrieben als „Drama von Trennung und Versöhnung“ (vgl. Stierlin 1980, Buchuntertitel). Der Interaktionsmodus erfasst Schwierigkeiten im Ablösungsprozess beider und gewichtet insbesondere die Reaktion der in der Lebensmitte stehenden Eltern (vgl. Stierlin 1980, S. 34 ff.), die oft schon Pflegende ihrer Eltern sind.

Beim Bindungsmodus sind zentripetale Kräfte dominierend, die sich gegen die Distanzierungsbestrebungen des Kindes innerhalb der Familie richten und diese im Verband halten wollen. Es werden drei in Beziehung zueinander stehende Ebenen unterschieden, welche die Bindung auf der affektiven Es-Ebene, die Bindung auf der kognitiven Ich-Ebene und die Bindung auf der Über-Ich-Ebene (vgl. a.a.O., S. 51-65) widerspiegeln.

Im Gegenstück zum Bindungsmodus steht der Ausstoßungsmodus. Dominierend sind hier zentrifugale Kräfte, wo eine überdauernde elterliche Fürsorge nicht vorhanden ist. Damit werden Kinder nicht zu lebenslangen selbstlosen Opfern gemacht (vgl. a.a.O., S.136 ff.), aber andererseits können die Eltern ihren Kindern auch kein Gefühl von Bedeutung und Wichtigkeit vermitteln (vgl. a.a.O., S. 81 ff.).

Zentripetale und zentrifugale Kräfte wirken im Interaktionsmodus der Delegation. Eltern entwickeln durch die Ablösungsversuche ihrer Kinder eigene Entwicklungskrisen; Konflikte und Ambivalenzen werden aktiviert. Auf der einen Seite wollen Eltern die Familie als Haltepunkt und das andere Mal wollen sie entfliehen. Das heißt für die Kinder, dass entweder das Gefühl der Bindung vorhanden ist, als auch, dass die Eltern ihre Kinder fortschicken wollen.

Sie geben ihrem Kind einen Auftrag, binden es, die Autonomie des Kindes bleibt an der Erfüllung der Aufgaben gebunden. Der Delegationsmodus ist in jeder Eltern-Kind-Beziehung vorhanden.

Auftragskonflikte zwischen Eltern und Kindern entstehen, weil die erteilten Aufgaben widersprüchlich sind oder den altersgemäßen Bedürfnissen des Kindes widersprechen (vgl. Stierlin 1980b, in: Kronberg 1999, S. 32).

(Vgl. Salomon 2009, S. 32/33).

Diese Auftragskonflikte können in der Pflege von hilfebedürftigen Eltern durch ihre Kinder auftreten und die Interaktionen in der Beziehung und der Pflege belasten, wenn die Erwartungen des pflegebedürftigen Elternteils mit den Verhaltensweisen und eigenen Bedürfnissen des Kindes als Pflegeperson konträr laufen oder sich nicht in allen Erwartungen vereinbaren lassen.

6.2.2 Symbiotische Beziehungen

Unter Symbiose versteht man im Allgemeinen das Zusammenleben von mindestens zwei verschiedenen Lebewesen zu gegenseitigem Nutzen, das von einer Abhängigkeitsbeziehung gekennzeichnet ist (vgl. Rogoll 1976, S. 67).

Symbiose oder symbiotische Verschmelzung ist, wenn Eltern ihre Kinder gleichzeitig auf der affektiven und kognitiven Ebene der Loyalität binden.

Dieser Zustand führt zu einer gegenseitigen Hörigkeit und verlängert, verzerrt und übertreibt die normale symbiotische Entwicklungsphase. Die psychischen Grenzen zwischen Eltern und Kind verschwimmen allmählich und es kann dazu führen, dass die alten Eltern die Kinder, die jetzt der mittleren Generation angehören, nicht „loslassen“ können.

Den Kindern ist es damit oft nicht möglich, ihr eigenes Dasein von den Eltern getrennt, zu führen. Folglich führt es bei Pflege- und Hilfsbedürftigkeit der Eltern zu symbiotischen Verstrickungen.

Irene Steiner-Hummel betont, dass die von einer symbiotischen Beziehung und somit einem Abhängigkeitsverhältnis und durch starke Identifikation mit dem Pflegebedürftigen geprägte Beziehung familiendynamischen Sprengstoff birgt. Es verursacht ständig ein Ungleichgewicht in den Loyalitätsbeziehungen der Verwandtschaft; die Familien müssen neue, veränderte Bedürfnisse und Verpflichtungen herstellen.

Die Folge ist eine Tendenz zu einer Totalität der Beziehung, wobei die Umwelt ausgeschlossen wird (vgl. Steiner-Hummel 1987, in: Kronberg 1999, S. 41).

Grond (2000) weist auf das transaktionsanalytische Modell von Berne (1967) hin. Es besagt, dass jeder Mensch aus drei „Ich-Zuständen“ besteht, dem „Eltern-Ich“, dem „Erwachsenen-Ich“ und dem Kindheits-Ich, aus denen heraus die menschliche Kommunikation erfolgt. Bei einem Menschen, der nicht in der Lage ist „eine ganze Persönlichkeit in den drei Ich-Zuständen zu sein, ohne die psychologische oder wirkliche Anwesenheit eines anderen Menschen“ (vgl. Rogoll 1976, S. 67), besteht eine Störung bedingt durch eine Symbiose. Es erklärt die Abhängigkeit zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Dabei besteht die Gefahr, dass die Pflegenden die Kranken manipulieren und sie zum Kind entwürdigen und zum Opfer der Nächstenliebe machen, statt ihnen auf gleicher Ebene zu begegnen. Die Pflegenden benötigen in ihrer Abhängigkeit die Kranken für ihre eigene Bestätigung, dass sie gut pflegen und die Hilfebedürftigen brauchen die Pflegenden, um in eine kind-ähnliche Abhängigkeit zu regredieren. Je fürsorglicher der Pflegende aus dem Eltern-Ich alle Entscheidungen für den Kranken trifft, umso hilfloser und abhängiger wird dieser (vgl. Grond 2000, S. 81). (Vgl. Salomon 2009, S. 34)

6.2.3 Loyalität

Loyalität bedeutet „gesetzzustreues Verhalten“ und basiert auf einer positiven Haltung zur Zuverlässigkeit des Einzelnen gegenüber dem Anderen, schließt die Identifizierung mit einer Gruppe, Vertrauen, Verlässlichkeit, Verantwortungsgefühl, gewissenhafte Pflichterfüllung, Treue und Ergebenheit ein.

In der Familie beruht Loyalität auf der biologischen und erblichen Verwandtschaft, aber auch der Druck von außen kann sie bewirken. Durch Dankbarkeit kann Loyalität verstärkt werden oder durch Schuldgefühle, die auf in der Vergangenheit vollbrachten Leistungen der Älteren basieren, die noch nicht von der jüngeren Generation vergolten wurden. Damit wird meist der Grundstock zur bewussten oder unbewussten Übernahme des Wertesystems der Älteren gelegt und die Verinnerlichung von Verpflichtungen ist die Folge.

Loyalitätskonflikte, die in der Kindheit entstanden sind, prägen im Familiensystem die Beziehungsdynamik über Generationen hinweg (vgl. Boszormenyi-Nagy/Spark 2001, S. 66 ff).

Es besteht ein menschliches Grundbedürfnis nach Geben aber andererseits auch die Erwartung nach angemessener Vergeltung.

Die Familienhomöostase ist erst dann gegeben, wenn die Schulden gegenseitig ausgeglichen sind und davon ist abhängig, ob Beziehungen vertrauensvoll sind oder überhaupt aufrecht erhalten werden können (vgl. Boszormenyi-Nagy 1993, in: Kronberg 1999, S. 15 ff.).

(Vgl. Salomon 2009, S. 34/35)

6.2.4 Die Parentifizierung im Gegensatz zum Elternkind

Die Zuweisung der elterlichen Rolle an ein oder mehrere Kinder nennt man Parentifizierung (Verelterlichung). Es ist eine sogenannte Rollenumkehr, also eine Verzerrung der Beziehung, die mit einer Störung der Generationsgrenzen verbunden ist. Die Kinder werden veranlasst, die elterliche Verantwortung zu übernehmen, ihr Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung durch die Eltern wird nicht befriedigt, sondern die Kinder werden durch die neue Rolle instrumentalisiert (vgl. Simon/Clement/Stierlin 1999, S. 251).

Bei einer demenziellen Erkrankung eines Elternteils erfolgt in jedem Fall die Parentifizierung der pflegenden Kinder. Sie treffen in hohem Maße Entscheidungen für die Eltern und diese Rolle birgt Konfliktpotential, weil sie zum einen Kind sind und zum anderen mit der Elternfunktion eine Doppelbindung eingehen (double-bind-Situation) (vgl. v. Schlippe/Schweitzer 2000, S. 21; vgl. Weakland/Herr 1992, S. 68; vgl. Boszormenyi-Nagy/Spark 2001, S. 209). (Vgl. Salomon 2009, S. 35)

Im Gegensatz zur Parentifizierung wird dem Elternkind vom Familiensystem elterliche Macht zugeschrieben, sie übernehmen elterliche Funktionen, nicht nur emotional, sondern sie kümmern sich um jüngere Geschwister oder kranke Mitglieder in der Familie. Das kann sich entwicklungsgefährdend für die Kinder auswirken, vor allen Dingen, wenn ihre Macht nicht genau definiert ist oder sich die Eltern der Verantwortung entziehen.

Das Elternkind trägt meist große Verantwortung, besitzt jedoch keine Macht und bekommt auch keine Anerkennung für die Bemühungen.

Diese große Verantwortung kann zu Entwicklungshemmungen führen, weil die natürlichen Wünsche nach Geführtwerden und Anlehnung an eine Autorität sowie das Bedürfnis nach Regressivität nicht gelebt werden können. Es behindert den Ablösungsprozess als auch die Identitätsfindung, weil es dem Elternkind versagt ist, gegen eine Autorität zu rebellieren (vgl. Huberschmid/Kurz 1986, in: Kronberg 1999, S. 22).

Das Kind erlebt seine Rolle überwiegend in der helfenden Funktion und deshalb wird eine Berufswahl in diese Richtung begünstigt. Ebenso wird in der Partnerschaft die Fürsorge und Verantwortung übernommen, um Abhängigkeiten und Bedürftigkeiten zu entgehen. Die Ablösung vom Elternhaus wird schwer, weil damit die Wertlosigkeit assoziiert wird. Elternkinder sind häufig auch parentifiziert, sie übernehmen nicht nur die Verantwortung für Geschwister, sondern auch die emotionale Sorge und Zuwendung für die Eltern (vgl. a.a.O.,S. 23). Wenn die Eltern pflegebedürftig werden, nimmt es wie selbstverständlich die pflegende Rolle ein. (Vgl. Salomon 2009, S. 36/37)

6.2.5 Das Konzept der Kollusion

Die Kollusion ist ein gruppendynamischer Prozess, wodurch das Verhalten einer Person das Verhalten einer anderen Person zwangsläufig bestimmt und selbst von dessen Verhalten bestimmt wird.

Das Wesen der Kollusion fasst Willi wie folgt zusammen:

„Die Kollusion meint ein uneingestandenes, voreinander verheimlichtes Zusammenspiel zweier oder mehrerer Partner auf Grund eines gleichartigen, unbewältigten Grundkonfliktes. Der gemeinsame, unbewältigte Grundkonflikt wird in verschiedenen Rollen ausgetragen, was den Eindruck entstehen lässt, der eine Partner sei geradezu das Gegenteil des anderen. Es handelt sich dabei aber lediglich um polarisierte Varianten des gleichen. Die Verbindung im gleichartigen Grundkonflikt begünstigt in Paarbeziehungen beim einen Partner progressive (überkompensierende), beim anderen Partner regressive Selbstheilungsversuche. Dieses progressive und regressive Abwehrverhalten bewirkt zu einem wesentlichen Teil die Anziehung und dyadische Verklammerung der Partner.

Jeder hofft von seinem Grundkonflikt durch den Partner erlöst zu werden. Beide glauben, in der Abwehr ihrer tiefen Ängste durch den Partner soweit gesichert zu sein, dass eine Bedürfnisbefriedigung in bisher nicht erreichtem Maße zulässig und möglich wäre.

Im längeren Zusammenleben scheitert dieser kollusive Selbstheilungsversuch wegen der Wiederkehr des Verdrängten bei den Partnern. Die auf den Partner verlegten, delegierten oder externalisierten Anteile kommen im eigenen Selbst wieder hoch.“ (Willi 1990, S. 59), (Vgl. Salomon 2009, S. 37/38)

Zudem wird die entstandene Funktionsteilung in einer Pflegesituation gestört und birgt Gefahren für Konflikte. Das „gemeinsame Selbst“ ist nicht mehr umsetzbar. Für die Pflegeperson stellt es eine Belastung dar, die Zusammengehörigkeit kann sie nur noch bedingt gemeinsam erleben bis dahin, dass sie auf sich allein gestellt ist.

(vgl. <http://www.beratung-therapie.de/36-0-Beziehungsmodelle.html>, verfügbar am 07.12.2013)

6.2.6 Doppelbindung (double-bind)

Doppelbindung oder double-bind bezeichnet eine spezifische Kommunikations- und Beziehungssituation, in der zwei oder mehrere Personen in einer engen und lebenswichtigen Beziehung stehen. In dieser Beziehung kommt es zu einer Mitteilung, die sich aus mehreren Bestandteilen zusammensetzt, jedoch schließen sich die Bestandteile gegenseitig aus. Was ist jetzt richtig, was ist falsch, was ist gültig, was ungültig, das lässt sich nicht richtig entscheiden (vgl. Simon/Clement/Stierlin 1999, S. 69).

Im Umgang mit Alzheimerpatienten wird diese paradoxe Kommunikation in Anlehnung an die systemische Bezeichnung „Doppelbindung“ als „Doppelbotschaft“ bezeichnet. „Helft mir, ich versteh die Welt nicht mehr – nein, nein, ich kann das alles noch allein!“ (Klessmann 1999, S. 54) Familienmitglieder können zu einer Lösung dieses Problems fast nichts beitragen, denn Alzheimer-Demente folgen ihren momentanen Stimmungen und Eingebungen.

(Vgl. Salomon 2009, S. 38/39)

6.2.7 Sündenbock und das schwarze Schaf in der Familie

Die Sündenbockrolle ist ein problematisches Interaktionsmuster zwischen Familienmitgliedern. In jüngeren Familien ist es oft der Teenager, in älteren Familien kann den älteren Familienmitgliedern die Schuldzuweisung gegeben werden. In beiden Fällen kann das betroffene Paar einer Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen aus dem Weg gehen, indem die genannten Personen für unbefriedigte Lebenssituation verantwortlich gemacht werden. „Wenn doch unsere Tochter nicht so respektlos wäre“ oder „wenn doch unsere alte Mutter nicht so senil wäre“ (vgl. Weakland/Herr 1992, S.68).

(Vgl. Salomon 2009, S. 39)

Das schwarze Schaf stellt meist die lebenslange Übernahme oder Zuweisung bestimmter Rollen in einer Familie dar. Diese Interaktion entzieht sich oft der bewussten Wahrnehmung oder wird verleugnet. Besteht diese Situation über einen längeren Zeitraum, kann es zu physischen und psychischen Schäden des Familienmitgliedes kommen. In so einer spannungsgeladenen Situation kann also die körperliche Rehabilitation einer älteren Person durch andere Familienmitglieder blockiert werden (vgl. Weakland/Herr 1992, S. 70).

Es kann aber auch die Verbesserung des Gesundheitszustandes eines älteren Familienmitgliedes durch eine Verschlechterung bei einem selbst ausgeglichen werden. Die Interaktionspartner beeinflussen sich gegenseitig (Zirkularität oder Rekursivität). Durch die veränderte Sicht von Ursache und Wirkung werden einseitige Schuldzuschreibungen verhindert, sodass die Täter-Opfer-Konstellation aufgehoben wird (vgl. Weber/Stierlin 1989, S. 76).

Die betroffene Person wird ein ganzes Leben lang mit Unzulänglichkeit attackiert, in der Regel ist sie davon überzeugt, dass an ihm etwas falsch ist. Im Verhalten gegenüber anderen Menschen spiegelt sich dies wider und wirkt sich auf die Reaktionen anderer aus. Oft sind es „Opfer“, die in Partnerschaften und Pflegesituationen verzweifelt versuchen, es allen recht zu machen und dennoch Kritik ernten. Der Betroffene hat gelernt, dass er bestraft wird, wenn er sich gegen Missbrauch wehrt. Damit wird er zum perfekten Opfer im Pflegealltag mit dessen Problemlagen und Konflikten.

(vgl. <http://www.narzissmus.org/sundenbock-und-goldenes-kind.php>, verfügbar am 17.11.2013)

6.2.8 Rollenumkehr

Wenn Kinder die Pflege ihrer Eltern übernehmen, üben sie ihnen gegenüber eine elternähnliche Rolle aus. Das gleiche entsteht in Paarbeziehungen, wenn ein Partner erkrankt und der gesunde Partner die Rolle des anderen übernehmen muss. Während der gesunde Partner sich in die neue Situation einfinden muss, vermindert sich beim Erkrankten die Kontrollfunktion und damit die Möglichkeit, die Beziehung mit zu gestalten. Die Folge ist ein doppelseitiger anstrengender Lernprozess für den gesunden Partner (vgl. Gunzelmann/Adler/Wilz 1997, in: Kronberg 1999, S. 42).

(Vgl. Salomon 2009, S. 40)

6.2.9 Tabus und Familienmythen

Spezifische Beziehungsgeschichten und Familienbiografien prägen die Rolle in den Familien. Über mehrere Generationen hinweg verinnerlichen sich „unsichtbare Bindungen“, „Familienmythen“ oder „Tabus“, die Erwartungen an Beziehungen stellen, die Schuld- und Pflichtgefühle herbeiführen, ohne dass es den Familien bewusst sein muss. „In unserer Familie kann man sich aufeinander verlassen.“ oder „Es war bei uns immer ein Tabu, Schwäche zu zeigen.“ (vgl. Fookan 1999, S. 219; vgl. Boszormenyi.Nagy/Spark 2001).

Familienmythen sind für Beziehungen von entscheidender Bedeutung, denn sie sind wie ein Ritual und schaffen friedliche Übereinstimmung. Der Mythos setzt Regeln fest, indem er jedem Familienmitglied eine Rolle zuteilt. Die Zuweisung erfolgt komplementär, z. B. die Mutter ist technisch nicht begabt, ein anderer in der Familie ist es. Die Verteilung muss ausgeglichen sein, damit die Beziehung stabil bleibt.

In der Pflege heißt das, wenn ein Familienmitglied erkrankt, wird automatisch einem anderen Mitglied die pflegende Rolle zugeteilt. Je stärker diese Rolle sich ausprägt, umso stärker ist die Gegenrolle.

Die bestehenden Regeln werden über Generationen weiter gegeben, denn der Mythos stellt eine Kraft gegen plötzliche Veränderungen, die in einer Pflegesituation schleichend aber auch plötzlich auftreten können, dar. Es sind sogenannte Abwehrmechanismen und fördert die Familienhomöostase und damit die Stabilität der Beziehung (vgl. Ferraira 1980, S. 89-90) im Pflegealltag. (Vgl. Salomon 2009, S. 40/41).

7. Forschungsprozess

Der Kern der Bachelorarbeit stellt eine empirische Studie mit pflegenden Angehörigen dar, die in die tägliche Arbeit in der Tagespflege für Senioren implementiert werden kann. In der Recherche erfolgte im Rahmen der Sozialforschung die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Forschungsansätzen, wobei die qualitative Forschungsmethode für die Studie forciert wurde.

Die qualitative Forschung stellt unterschiedliche Herangehensweisen, wie die Forschung mit Lebensgeschichten von einzelnen Interviewpartnern, die Ethnographie sowie die Beschreibungen von Lebenswelten und sozialen Situationen in den Vordergrund (vgl. Flick 2009, S. 21), welche für die empirische Arbeit eine wichtige Basis darstellten.

7.1 Forschungsmethode

Um die Belastungen pflegender Angehöriger an konkreten Beispielen untersuchen zu können, wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, die das Erleben der Angehörigen in der häuslichen Pflege beschreiben. Damit konnte die Vielfalt im Erleben von Belastungen im Alltag im Zusammenhang mit der Pflege aufgezeigt werden.

Diese Art der Befragung wurde gewählt, weil die Datenerhebung bei der qualitativen Forschungsmethode offener gestaltet ist und sie auf ein umfassenderes Bild abzielt, das die Rekonstruktion des untersuchten Falles ermöglicht. Offene Fragen beantworten die Teilnehmer spontan, sie arbeiten oft mit Erzählungen von Lebensgeschichten. Das soziale Handeln und die Lebenswelt der Beteiligten wurden beschrieben, daraus wurden Hypothesen oder Theorien entwickelt. (Vgl. Flick 2009, S. 24/25)

7.2 Auswahl der Interviewpartner und methodische Herangehensweise

Die Interviewpartner wurden nach drei Gesichtspunkten ausgewählt. Einmal erfolgte die Darstellung aus der Sicht einer pflegenden Ehepartnerin, zum zweiten eines pflegenden Ehepartners sowie zum dritten einer pflegenden Tochter. Die Pflege in den Familien wird bereits zwischen zwei und sieben Jahren durchgeführt. Dabei nutzen die Pflegenden zum Teil professionelle ambulante Hilfe von außen sowie die Tagespflege, um sich persönlich zu entlasten. Da die Anzahl der Pflegenden zwangsläufig beschränkt ist, können die Ergebnisse nur exemplarischen Aufschluss über die Art, die Intensität und das Belastungserleben geben. Die zu pflegenden Personen haben die Pflegestufe zwei und die Pflegestufe drei jeweils mit eingeschränkter Alltagskompetenz sowie die Pflegestufe zwei ohne eingeschränkte Alltagskompetenz. Die Interviews führte ich im Haus der Betroffenen durch, die Interviewdauer betrug zwischen 33 und 67 Minuten.

Nach dem Abschluss der Interviews, in der Nachfragephase, nahmen die Interviewten die Gelegenheit wahr, Aussagen zu kommentieren oder zu bestärken. Wichtige Ergebnisse dieser Phase sind in der Analyse eingefügt. (Vgl. Salomon 2009, S. 42/43)

Als methodische Herangehensweise wurde zur Datengewinnung die konzeptionelle Grundlage des Leitfaden-Interviews genutzt. Ein ausgewähltes Repertoire von Fragen, die in ähnlicher Weise an die befragten Personen gestellt wurden, ermöglichte eine gute Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Die Fragen wurden im Verlauf des Interviews gestellt, die Reihenfolge wurde dabei frei entschieden. Es konnten ebenso Fragen ausgelassen werden, weil sie im Gespräch bereits beantwortet worden sind (vgl. Flick 1995, S. 94).

In dieser Arbeit wurde das von Merton und Kendall (1979) entwickelte fokussierte Interview verwandt, was durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

Der Interviewer wusste von den interviewten Personen, dass sie eine ganz konkrete Situation erlebt haben. Bedeutsame Elemente, die Muster und die Gesamtstruktur sind vorher analysiert worden. Damit hatte der Interviewer die Kenntnis über die Bedeutung und Wirkung bestimmter Aspekte in der Pflegesituation gewonnen.

Bezugnehmend auf dieser Analyse ist ein Interview-Leitfaden entwickelt worden, der die Hauptgebiete der Untersuchung darstellt. Das Ziel der Interviews war es, die subjektiven Erfahrungen der Personen zu erfassen.

Zur Befragung verwendete man offene Frageformen, die nicht schon eine Interpretation suggerieren, dafür wurde eine Zusammenstellung von Detailfragen erarbeitet, die in der Anlage 3 hinterlegt sind.

(Vgl. Salomon 2009, S. 44)

Die Zusammenfassung der Interviews wurde jeweils in einem Gedächtnisprotokoll als Grundlage für die Falldarstellung erfasst, die Analyse und Vergleiche der pflegenden Personen sind in den Anlagen 4-6 dargestellt.

7.3 Falldarstellung und Analyse

Die Falldarstellung, basierend auf dem Gedächtnisprotokoll, gibt einen Einblick in die verschiedenen Familiensysteme der Interviewpartner, deren Belastungsbereiche und -empfinden, in das soziale Umfeld, in Beziehungsstrukturen aber auch in zukünftige Entwicklungserwartungen der Pflegesituation oder des Pflegealltags der befragten Personen. Sie bilden die Basis für die Fallanalyse und die Vergleiche der Protagonisten miteinander.

Die Fallanalyse erfolgte auf der Grundlage der Typenbildung, die bei der qualitativen Forschung eine verdichtete Darstellung der Ergebnisse ermöglicht. Dabei führte man die Analyse in Bezug auf bestimmte Themen und die Festlegung von Vergleichsdimensionen durch, die systematische Gegenüberstellungen zulassen. Eigenschaften und Merkmale charakterisierten die gebildeten Typen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden deutlicher.

Die Gruppierung der Fälle und die Analyse empirischer Regelmäßigkeiten war der nächste Schritt in der Auswertung. (vgl. Flick 2009, S. 185/186)

8. Interviews

Die Falldarstellungen der drei Protagonisten sind in den Anlagen 4-6 hinterlegt.

9. Analyse der Interviews

Im Folgenden sollen die praktisch gewonnen Ergebnisse aus den Interviews mit den Pflegepersonen mit den theoretischen Erkenntnissen in Verbindung gebracht werden.

9.1 Pflegesituation der befragten Angehörigen

Pflegesituationen kommen zustande, wenn Menschen durch akute oder chronische Krankheiten nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu versorgen. Die befragten Protagonisten wurden durch krankheitsbedingte Ursachen in die Pflegesituation versetzt, Herr Kutter und Frau Mages durch einen oder mehrere Schlaganfälle mit der Folge einer Halbseitenlähmung und Frau Handreschk bedingt durch eine Herz-OP und starke Inkontinenz.

Eine Pflegesituation kann plötzlich eintreten, wie bei Herrn Kutter und Frau Mages oder aber durch einen schleichenden Prozess hervorgerufen werden, wie bei Frau Handreschk.

Die Entscheidung, wie die Pflege der hilfebedürftigen Menschen abgesichert wird, ist bei der plötzlichen Erkrankung ein Problem in der Familie, weil die Auseinandersetzung mit dieser Situation faktisch unmöglich ist. Bei einer langfristigen Erkrankung können sich die Angehörigen mit der bestehenden Thematik beschäftigen und eine stationäre Einweisung befürworten oder ablehnen.

Die Konsequenzen der Übernahme der Pflege waren für die betroffenen interviewten Familien nicht vorhersehbar, da sie die körperliche und geistige Entwicklung der Pflegebedürftigen kaum einschätzen konnten.

Die räumlichen Voraussetzungen wurden bei allen Protagonisten durch individuelle Umbauten in den eigenen Häusern realisiert.

Familie Kutter und Familie Mages haben bereits vor der Erkrankung als Ehepaar gemeinsam zusammen gelebt, bei Frau Handreschk hat sich die Tochter entschlossen, aufgrund der akuten Situation des Gesundheitszustandes der Mutter, diese zu sich zu nehmen.

Alle Befragten schätzten ein, dass sie vor der Erkrankung ein sehr harmonisches Familienleben führten.

Frau Kutter handelte sehr selbständig für ihre Familie, da ihr Mann bedingt durch seine Montagetätigkeit selten zu Hause war.

Herr Mages arbeitete täglich bis ca. 20.00 Uhr und war für sein Umfeld sehr engagiert. Das soziale Umfeld war für ihn Priorität. Eigene Wünsche stellte er dabei zurück.

Frau Glomb war als Einzelhandelskauffrau angestellt und erfuhr durch ihre Tätigkeit ein Burnout mit psychischer Überlastung, die eine Frühberentung zur Folge hatte.

Alle Protagonisten waren zum Eintritt der Erkrankung in einer Tätigkeit nicht mehr gebunden, für sie war die Entscheidung zur häuslichen Pflege nicht von einer Erwerbstätigkeit abhängig.

Die Pflegeübernahme erfordert intensive Vorbereitungen, die innerhalb der Familie getroffen werden müssen. Dabei beeinflusst die seelische Belastung, die Rechtfertigung vor dem sozialen Umfeld aber auch die Empfehlung der Ärzte die Entscheidung der Pflegenden. Für die Befragten wurde die Entscheidung zur häuslichen Pflege durch die gemeinsamen Kinder unterstützt und bei Frau Glomb spielte der Ehemann eine entscheidende Rolle. Er war einverstanden und gibt seiner Frau den notwendigen Halt.

9.2 Beweggründe für die Übernahme der häuslichen Pflege

Motivation ist der Zustand einer Person, der sie dazu veranlasst, eine bestimmte Handlungsalternative auszuwählen, um ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen und der dafür sorgt, dass diese Person ihr Verhalten hinsichtlich Richtung und Intensität beibehält. Im Gegensatz zu den beim Menschen begrenzten biologischen Antrieben sind Motivation und einzelne Motive gelernt bzw. in Sozialisationsprozessen vermittelt.

(<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/motivation.html>, verfügbar am 26.10.2013)

Für die pflegenden Angehörigen sind Wertorientierungen, wie Verantwortungsbereitschaft, Selbstverständlichkeit, Fürsorgebereitschaft und Nächstenliebe Motive für die Übernahme der Pflege eines Angehörigen. Beweggründe spiegeln sich wider in Liebe und Zuneigung, Dankbarkeit, Verantwortungs- und Pflichtgefühl, Schuldgefühle, Selbstbestätigung, Sinnstiftung oder Mitleid, wie bereits in Punkt 4.1 zur Motivation der Pflegeübernahme näher dargestellt wurde (vgl. Döbele, 2008, S. 4).

In den geführten Interviews habe ich bei den beiden Frauen in erster Linie Liebe und Dankbarkeit als den treffenden Grund der Motivation erfahren. Frau Kutter äußerte mit den Worten: „In guten wie in schlechten Zeiten, ich habe ihn doch nicht nur wegen der guten Zeiten geheiratet ...“. Ihr Mann war für sie und die Familie immer da und jetzt ist sie für ihn da und unterstützt ihn im Alltag. Das Ehepaar verbindet eine tiefe innere Verbundenheit, die es für Frau Kutter undenkbar macht, ihren Mann in eine stationäre Einrichtung zu geben.

Frau Glomb erinnert sich, dass ihre Mutter für sie und ihre Kinder immer präsent war. Sie hat sie versorgt, sich um die Enkelkinder gekümmert und der Tochter und ihrem Mann den Rücken für die Arbeit frei gehalten. Jetzt möchte sie ein bisschen von der Unterstützung an ihre Mutter zurückgeben. Biografische Gemeinsamkeiten, gemeinsam bewältigte Alltagsprobleme, aufopferungsvolle Hingabe der Mutter dankt die Tochter jetzt mit ihrer Pflegeübernahme. Sie übernimmt die Pflege ohne Schuldgefühle.

Bei Herrn Mages sehe ich in der Pflege seiner Frau seine Selbstverwirklichung. Es ist für ihn eine Selbstverständnis, seine Frau zu pflegen, egal welchen fachärztlichen Rat er erhält. Seine Aufgabe sieht er jetzt in der Pflege seiner Frau, er erkundigt sich in allen Belangen, holt sich Informationen zur Unterstützung und nimmt diese auch an. Er spiegelt wider, dass er mit der Übernahme der Pflege seiner Partnerin einen Ersatz für den fehlenden Berufsalltag erlebt, wie ebenso im Punkt 4.1 erläutert (vgl. Lambrecht/Bracker 1992, in: BMFSFuJ 2002, S. 194). Ein weiteres Motiv ist in seinem Fall die Wiedergutmachung der aufopferungsvollen Tätigkeit der Partnerin während der vergangenen Jahre, wo er mehr der Versorgung der Familie als Oberhaupt nachgekommen ist.

9.3 Veränderungen in der Familie

Eine Pflegesituation verändert für die meisten Familien die Struktur innerhalb der Familie, neue Aufgaben werden wahrgenommen, es erfolgt eine Rollenverteilung. Zukunftspläne verrinnen, das Genießen von gemeinsamen Zeiten ist undenkbar. Familienstrukturen können im schlimmsten Fall an der Herausforderung der Pflegesituation zerbrechen, die Herstellung der Familienhomöostase beansprucht Zeit und bedeutet für die Familienmitglieder eine krisenhafte Situation, worauf unter Punkt 6.1 tiefgründiger eingegangen wurde (vgl. Weakland/Herr 1992, S. 71). In der Befragung meiner Protagonisten war ein positiver Verlauf der Pflegesituation in allen Familien nachzuvollziehen.

Innerhalb der Familien haben sich die Strukturen angepasst, Pflegeaufgaben und alltägliche Tätigkeiten wurden aufgeteilt und organisiert. Die Familienbindung hat sich entgegen meiner theoretischen Erkenntnisse aus Punkt 6 noch enger gestaltet, die Familien sind an der Pflegesituation gewachsen. Die Tochter von Frau Kutter war bereit, ihren Wohnort zu wechseln, um die pflegende Mutter zu unterstützen, die Enkelkinder der Familie Kutter haben einen sehr regelmäßigen Kontakt zu ihrem Opa und motivieren ihn mit persönlich gespielten Musikstücken. Die Tochter des Paares hegt täglichen Kontakt zur Mutter, um diese zu unterstützen und sie vom Pflegealltag thematisch zu entlasten.

Frau Glomb erhält permanente Unterstützung durch ihre beiden Töchter, die sie ebenso gern annimmt. Ihr ist es jedoch wichtig, dass sie die beiden Frauen nicht überlastet, weil sie eigene Familien und Kinder haben.

Frau Glomb steht dabei in der „Sandwich-Generation“, wo sie gleichzeitig als pflegende Tochter und erziehende Mutter und Oma fungiert (vgl. Buijssen 1997, S. 17). Sie sieht es allerdings auch als eine positive Aufgabe, sie fühlt sich gebraucht und es geht ihr gut dabei. Gleichzeitig hatte ich jedoch auch das Empfinden, dass sie sich ebenso wünscht, von ihren beiden Töchtern gepflegt zu werden, so wie sie es ihnen jetzt vorlebt. Damit bindet sie die Töchter unbewusst an sich, wie im Punkt 4.4 bereits erläutert wurde.

Herr Mages bestätigt, dass seine Tochter sich regelmäßig um die Mutter kümmert und ihn in der Pflege entlastet. Sein Sohn kommt nur sehr sporadisch nach Hause, er wohnt in den alten Bundesländern. Die Sorge um die Mutter ist in der Familie präsent, Familienstrukturen sind klar aufgeteilt. Der Tagesablauf ist streng geplant und wird durch Herrn Mages genau abgearbeitet und eingehalten, Abweichungen toleriert er kaum.

9.4 Veränderungen im sozialen Umfeld, als Folgepunkt der Veränderungen in der Familie

In der Literaturrecherche erfuhr ich von möglicher sozialer Isolation der Pflegenden und der jeweils betreuten Person als negative Folge der Pflege, die ich auch im beruflichen Kontext in Gesprächen mit Angehörigen häufig so bestätigt bekommen habe. Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, fehlende Anerkennung, wenig Kommunikation mit dem Umfeld und Zentriertheit auf die Krankheit können die Folgen einer Pflegesituation sein. Durch die belastende Lebensveränderung verändern sich die Menschen, die Lebensumstände sind zu unterschiedlich, damit zieht sich der Freundeskreis oftmals zurück. Des Weiteren erleben pflegende Angehörige immer wieder, dass sich die nicht betroffenen Menschen oft vor solchen prekären Momenten schützen wollen. Erfahrungen, dass in der Öffentlichkeit nicht über solche Defizite gesprochen wird, sind an der Tagesordnung. Auf diese Folgen wurde in dem Punkt 4.2.3 Ausschließliche Zuständigkeit und soziale Isolation (vgl. Salomon 2009, S. 14-16) bereits detaillierter eingegangen.

In den Gesprächen mit den befragten Angehörigen konnte man erfahren, dass Ablehnung und Rückzug nicht in allen Fällen wahrgenommen werden. Frau Glomb und Herr Mages schätzen ein, dass sich ihr soziales Umfeld nicht geändert hat, Freunde und Bekannte haben sich mit der Pflegesituation auseinander gesetzt. Es besteht weiterhin ein enger Kontakt, entgegen den bisherigen Erfahrungen nimmt das Umfeld Rücksicht auf die Situation in der Pflegefamilie. Es ist ebenso kein Rückzug von Freunden und Bekannten zu verzeichnen. Termine werden so organisiert und koordiniert, dass die pflegebedürftigen Menschen mit daran teilhaben können oder durch eine andere Pflegeperson die Pflege gesichert ist.

Das Interesse ihrer Mitmenschen an der Erkrankung der Mutter bzw. der Ehepartnerin ruft beim sozialen Umfeld sogar unterstützende Angebote hervor. Pflegesicherung, gemeinsame Treffen und Ausflüge, spontane Einladungen oder auch Entlastungen im Pflegealltag werden in der Familie Glomb und Mages den Betroffenen zuteil.

Frau Kutter hingegen erfährt die Situation, so wie die Literatur und meine bisherigen Erfahrungen im Berufsalltag in der Tagespflege es beschreiben. Sie hat nur noch einen sehr übersichtlichen Bekanntenkreis, der sich mit der Krankheit ihres Mannes arrangieren kann. Frau Kutter war von Beginn der Krankheit an bestrebt, dass sie in ihrem Umfeld die Erkrankung klar offen legt. Ihr war es wichtig, dass die Menschen wissen, dass ihr Mann immer noch derselbe Mensch ist, wie vor der Krankheit, nur im Rollstuhl. Sein Gehirn funktioniert noch, er kann mit seinen Mitmenschen kommunizieren und sein Umfeld wahrnehmen. Frau Kutter beschreibt jedoch die Ignoranz von Gesprächspartnern, die nur mit ihr kommunizieren und ihren Mann außen vor lassen. Sie beschreibt, dass sie das Gefühl hat, dass die Menschen so ein Thema von sich „wegschieben“, „ ... so etwas passiert immer nur den Anderen ...“.

Für das Ehepaar stellt dieser Zustand eine enorme psychische Belastung dar, die sie durch die Ablehnung erhalten.

9.5 Belastungssituationen für die pflegenden Angehörigen

Mein Ziel war es, zu erfahren, welche Belastungen die Pflegenden in ihrer Aufgabe selbst erleben. Dabei ist nicht unbedingt die Last am Umfang der Pfllegetätigkeit zu messen oder an der Versorgung von weiteren Familienmitgliedern, für jeden Menschen gibt es eine unterschiedliche Schwelle für Belastbarkeit.

Ein großes Problem, welches von allen Protagonisten angesprochen wurde, ist der ständige Termindruck, das Angebundensein, die ständige Anwesenheit, die ausschließliche Zuständigkeit ohne eine Perspektive der Besserung. Sie können nicht abschalten, sind immer präsent, stellen ihren Lebensalltag völlig auf die Pflegesituation um. Das stellt für sie eine enorme Belastung dar, die psychisch und physisch an die Grenzen führt. Die tiefe Verbundenheit zur gepflegten Person verhindert ein Loslassen, was die Anspannung zusätzlich belastet. Diese angesprochenen Belastungen bestätigen die theoretischen Aussagen aus der Fachliteratur, die ich im Punkt 4.2.3 Ausschließliche Zuständigkeit dargestellt habe.

Der Pflegezeitraum ist für die Angehörigen nicht planbar, Zukunftspläne sind nicht mehr realisierbar, Urlaubsreisen, gemeinsame Aktivitäten mit den Enkeln, die eigene Selbstverwirklichung werden blockiert. Für Frau Kutter ist es eine enorme Belastung, dass sie ihren Mann nicht davon überzeugen kann, in den Urlaub zu fahren. Er findet immer wieder verschiedene Argumente, um einem Urlaub aus dem Weg zu gehen. Frau Kutter wertet es als einen Angstzustand seinerseits. Angst, dass der Urlaub nicht mehr so wird, wie vor seiner Erkrankung oder Schamgefühle vor den anderen Menschen. Sie möchte sich damit einen Freiraum schaffen, ist aber auf den Beistand ihres Mannes angewiesen.

Herr Mages äußert als größte Belastung den ständigen Termindruck, die vorausschauende Planung und die Pünktlichkeit, an die er sich permanent halten muss. Dadurch sind für ihn spontane Tätigkeiten nicht mehr realisierbar. Mildern konnte er diese Belastung durch die Nutzung der Tagespflege an zwei Tagen in der Woche, die ihm die Wahrnehmung persönlicher Termine ermöglicht.

Für Frau Glomb ist neben dem Termindruck die Diagnose Demenz eine zentrale Bedeutungsdimension. Ihr fällt es nicht leicht, mit diesem Krankheitsbild umzugehen. Sie konnte sich nur schwer abgrenzen, bezog Anschuldigen auf sich persönlich und ihre psychische Belastung geriet an die Grenzen. Ambivalente Gefühle gegenüber ihrer Mutter, wie einerseits Empathie und tiefe Verbundenheit, stellten sich Wut, Ärger, Aggressionen und Verzweiflung gegenüber (Punkt 4.2.4).

Mit Unterstützung der Töchter und ihres Mannes kann sie jetzt die Situation bewältigen und die Folgen ihrer Überlastung minimieren. Sie holte sich fachlichen Rat und versuchte, die Hinweise umzusetzen. Frau Glomb schätzt ein, dass sich die Pflegesituation und die Beziehung zu ihrer Mutter entspannt und verbessert haben.

9.6 Freiräume für die pflegenden Angehörigen

Pflegepersonen gehen oftmals bis an ihre Grenzen, um ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu pflegen. Oft wird aus Scham Hilfe von außen abgelehnt, die Betroffenen sollen geschützt werden. Einflüsse durch das soziale Umfeld spielen ebenso eine große Rolle für die Pflegenden. Rechtfertigungen für das eigene Pflegeverhalten, Vorurteile, wenn Hilfe durch Dritte in Anspruch genommen wird oder das sogenannte „Abschieben“ sind Belastungsfaktoren, die im Pflegealltag den Pflegepersonen begegnen und bereits in den Punkten 4.2.2 und 4.2.3 beschrieben wurden. (Vgl. Salomon 2009, S. 13-15)

Aber die Bereitschaft, Hilfe von außen anzunehmen, kann diese Belastungen positiv verändern und Erleichterungen schaffen. Erkennen dies die Angehörigen, bietet diese Hilfe Pflegepersonen große Unterstützung, wie in den Interviews deutlich wurde.

Im Gespräch mit meinen drei Protagonisten erfuhr ich, dass sie professionelle Hilfe in den Tagesablauf einbeziehen, um sich Entlastungen zu schaffen. Sie nutzen sowohl die ambulante Pflege zur Grund- und zur medizinischen Versorgung der pflegebedürftigen Personen als auch die Tagespflege für Senioren.

Frau Kutter sieht in der Tagespflege eine gute Möglichkeit, dass sich ihr Mann ein weiteres soziales Umfeld erschließt, dass die Kommunikation gefördert wird, er sich nicht zurückziehen kann und in seiner eigenen Welt lebt. Ihr ist es wichtig, dass er „unter Menschen kommt“. Sie selbst nutzt die Tage, um den Haushalt und ihre persönlichen Termine wahrzunehmen, damit sie am Nachmittag wieder die Zeit effektiv mit ihrem Mann nutzen kann. Sie stellt sich hinter ihren Mann zurück und vermeidet persönliche Annehmlichkeiten, um kein „schlechtes Gewissen“ ihm gegenüber zu haben. Sie belastet es sehr. Dennoch hat sie erstmalig seit der Pflegesituation jetzt einen Entspannungskurs für sich gebucht, um die psychischen und körperlichen Belastungen zu verarbeiten.

Frau Glomb hat sich bewusst durch die Tagespflege Freiräume geschaffen und ausgebaut. Zu Beginn der Pflegesituation pflegte sie ihre Mutter im Rahmen ihres familiären Umfeldes. Um eine Entlastung zu erhalten, nutzte sie den ambulanten Pflegedienst. Die Tagespflege war ein Tipp ihrer Nachbarin, die sie dann an 2 Tagen in der Woche nutzte. Sie merkte, dass sie durch ihr persönliches Umfeld die Zustimmung für ihr Handeln erhielt und lässt ihre Mutter jetzt an 4 Tagen in der Woche in der Tagespflege betreuen. Frau Glomb schätzt ein, dass sich ihre Pflegesituation damit erheblich entspannt hat. Sie nutzte fachliche Hinweise zur Betreuung, geht sehr viel Spazieren und Walken, tauscht sich mit ihren Töchtern und ihrem Mann aus, fährt regelmäßig ins Fitnessstudio und unternimmt Kurzausflüge mit der Familie. In dieser Zeit bringt sie ihre Mutter in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung unter, wo sie versorgt wird. Für sie ist dieser Freiraum wichtig, damit sie noch lange die Kraft hat, ihre Mutter zu pflegen.

Herr Mages hat einen streng durchgeplanten Tagesablauf, den er mit Disziplin umsetzt. Für ihn ist die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst wichtig, damit „alles seine Ordnung hat“. Die Tagespflege wurde ihm durch seine Hausärztin empfohlen, er nahm das Angebot dankend an. An diesen Tagen hat er jetzt die Chance, persönliche Angelegenheiten zu klären, Garten- und Hausarbeiten zu erledigen und eigene gesundheitliche Vorkehrungen für seine Hüft-OP zu treffen.

Auch bei Herrn Mages steht das Umfeld dahinter, dass er sich Hilfe von außen holt und damit Freiräume schafft. Durch das Organisationskonzept betont er immer wieder, dass er zwar unter Termin- und Zeitdruck steht, er aber am Abend, wenn seine Frau „im Bett ist“, noch Zeit hat, persönliche Interessen wahrzunehmen. Eigene Ruhephasen sind für ihn nicht wichtig, er möchte für sein Umfeld da sein, nicht nur für seine Frau, sondern auch für die Nachbarn, Freunde und Bekannte. Das soziale Umfeld und die Anerkennung seiner Mitmenschen sind für ihn ein Motor, der ihn antreibt.

9.7 Zukunftserwartungen

Alle Protagonisten wollen ihre Angehörigen, so lange sie es persönlich aushalten, in der heimischen Umgebung versorgen.

Frau Glomb und Herr Mages erlebten durch frühere negative Ereignisse die Konfrontation mit der stationären Pflege und sie haben ihren Angehörigen versprochen, dass sie „nie“ in solch eine Einrichtung müssen.

Frau Kutter steht zu ihrem Mann „in guten wie in schlechten Zeiten“.

Die Anerkennung des hilfebedürftigen Familienmitgliedes mit seinen Bedürfnissen und Wünschen, die Liebe und Fürsorge zueinander bilden die Basis für diese Entscheidungen. Der Respekt voreinander, für die geleistete Arbeit, für das gemeinsam Erlebte, die Loyalität zum betroffenen Menschen spiegeln sich bei allen drei Befragten wider. Sie wünschen sich, dass sich der Gesundheitszustand ihrer Angehörigen nicht verschlechtert. Ihnen ist bewusst, dass der Pflegezustand noch lange andauern kann. Dennoch sind sie alle bereit, diesen Weg zu gehen.

10. Zusammenfassung der Interviews

In den dargestellten Interviews zeigen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Erleben der Pflegesituation und der Belastungsfaktoren, in der Reaktion des Familiensystems und des sozialen Umfeldes als auch in der Wahrnehmung der eigenen Kraft und Bewältigung der Pflege.

Bei allen Pflegepersonen zeigen sich die Belastungen in ihrem Zeitdruck und in der permanenten Zuständigkeit und Verantwortung für den zu Pflegenden.

Der Rollenwechsel (Punkt 6.2.8), der sich im Laufe der Pflegesituation einstellte, führte zu Konflikten, die zum Teil in ambivalenten Gefühlen zum Ausdruck kamen aber auch eine ungeheure Organisation im Familienalltag abforderte, bis hin zur Selbstaufgabe. Dies bezieht sich nicht nur auf den Pflegedual, sondern betrifft die gesamte Familiensystematik.

(Vgl. Salomon 2009, S91/92)

11. Fazit für die Soziale Arbeit und weiterführende Forschungen

Die Bundesregierung hat es sich zum Ziel gemacht, die häusliche Pflege zu fördern und ihr damit den Vorrang zur stationären Pflege zu gewähren (vgl. BMFSFu 1993, S. 26). Um dieses Spektrum umzusetzen, müssen die Belastungen der Angehörigen durch verschiedene Hilfsangebote gemildert werden. Es ist dringend erforderlich, den Pflegenden Unterstützung zu geben, damit sie nicht an psychischer und physischer Überforderung leiden.

(Vgl. Salomon 2009, S. 93)

Es gibt bereits eine Vielzahl an Hilfeangeboten, die dabei helfen, Angehörige von ihrer Aufgabe als Pflegeperson zu entlasten, indem die Pflege zeitweise durch Dritte abgedeckt wird. Mithilfe ambulanter Pflegedienste, der Nutzung von Tagespflegeeinrichtungen mit Betreuung von morgens bis nachmittags oder die Kurzzeitpflege können sich Angehörige kurzzeitig Freiräume schaffen.

11.1 Soziale Arbeit

Ich werde im Folgenden näher auf das Unterstützungsangebot von Informationskursen für Angehörige als ein bisher noch selten genutztes Beispiel für Hilfsangebote eingehen und zugrundeliegende Bedarfe, Inhalte sowie Ziele und Wirkungsweisen eingehender beschreiben.

Die Integration in Angehörigengruppen oder in Informationskurse mit anderen betroffenen Angehörigen bietet eine mögliche Form der Entlastung und lässt sowohl einen Austausch in der Gruppe als auch mit einzelnen Pflegenden und ihren Familien zu. In dieser Konstellation können Erfahrungen ausgetauscht werden, es wird das Selbstbewusstsein gestärkt und der kompetente Umgang mit Problemen erläutert. In dieser Gruppe sollen dem Angehörigen Anleitungen gegeben werden, die ihm im Alltag eine Hilfestellung im Umgang und im Verhalten mit seinen Angehörigen geben.

Im Mittelpunkt der Informationskurse steht der pflegende Angehörige, es soll ihm ein Raum gegeben werden, wo er erfährt, dass es speziell um seine Belange geht. Die Pflegepersonen machen die Erfahrungen, dass es um ihre Sorgen, Ängste und Belange geht und sie ein Recht darauf haben, ihre Lebenssituation nach ihren Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.

Dabei wird die Besorgnis um den zu pflegenden Angehörigen nicht außer Acht gelassen, sondern das Zusammenleben mit dem Pflegedual muss so gestaltet werden, dass sich beide Seiten damit wohl fühlen (vgl. Fuchs 2000, S132 ff.). (Vgl. Salomon 2009, S. 93)

Die Integration der sozialen Familienarbeit in Form von Informationskursen in das Familiensystem zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen kann das Zusammenleben in der Familie und die wichtigen Außenkontakte neu gestalten (vgl. Oswald 1988, S. 47, in: Fuchs 2000, S 133). Durch diesen neuen Blickwinkel werden Schwierigkeiten und Probleme im familiären Kontext wahrgenommen. Damit wird die Problematik ganzheitlich betrachtet und die Ursachenforschung für Konflikte im Pflegealltag nicht nur einseitig aus der Wahrnehmung der Pflegeperson heraus betrieben. Die individuelle Beratung soll anregen und helfen, das familiäre Zusammenleben zu gestalten.

Entwicklungsprozesse werden gefördert und zur Verfügung stehende Ressourcen erkannt und eingebunden. Die Pflegepersonen sollen ermutigt werden, sich Freiräume zu erarbeiten und Grenzen zu setzen (vgl. Fuchs 2000, S. 135). Die wechselseitige Begegnung von subjektiven und objektiven Faktoren, die Gefühls- und Denkarbeit, der Einfluss von eigenen Erfahrungen aus der Pflege und wissenschaftlichen Erkenntnissen ermöglicht zum einen die Betroffenheit und zum anderen die notwendige Distanz, die benötigt wird für realitätsgerechtes und praxisrelevantes Lernen im Umgang mit der Pflegesituation. (Vgl. Meueler 1991, in: Fuchs 2000, S. 135).

(Vgl. Salomon 2009, S. 93/94)

Wichtig für die Arbeit mit den pflegenden Angehörigen ist es, dass die Gruppenleiter deren Erfahrungen aufnehmen, wertschätzen und für die Gruppe nutzbar machen. Wissenschaftliche Erkenntnisse können die Erlebnisse untermauern und anreichern. Angehörigenarbeit sollte deshalb unter eine qualifizierte Leitung gestellt werden, wie zum Beispiel Pädagogen, Psychologen oder pflegerisch ausgebildete Fachkräfte. Psychologische Aspekte wie ambivalente Gefühle, Liebe und Hass, Zu- und Abneigung, Autonomie und Abhängigkeit sind gelebte Erfahrungen, welche die Hilfe von Professionen erfordern.

Im Gegensatz zur Selbsthilfegruppe soll hier den Angehörigen ein Rahmen geboten werden, indem sie das Bedürfnis ausleben können, ihre Verantwortung abzugeben und es genießen, dass sich jemand nur um sie kümmert (vgl. Fuchs 2000, S. 137). In der Häuslichkeit sind die pflegenden Angehörigen von einer latenten Bereitschaftshaltung geprägt. Auch wenn eine Pflegehandlung gerade nicht notwendig ist, werden ein völliges Abschalten und damit eine Erholung unmöglich.

Ziele für die Arbeit mit pflegenden Angehörigen sollten sein, dass sie wieder mehr Selbstvertrauen für sich erlernen, ihrem Autonomieverlust entgegen wirken, bewusst ihre Gesunderhaltung und die Möglichkeiten der Entlastung und Unterstützung wahrnehmen. Die Angehörigen erleben die Belastungen oft als einen Komplex, den sie nicht mehr bewältigen können. Ihnen muss die Aneinanderreihung von vielen Einzelproblemen bewusst gemacht werden, die schrittweise lösbar sind. Die Herausbildung und Förderung von Empathie ist für den Umgang mit den zu Pflegenden eine Hilfe und Voraussetzung, für ein liebevolles Miteinander, aber auch für eine gesunde Abgrenzung den Pflegebedürftigen gegenüber. Der Raum für Gefühle muss durch den fachlichen Anleiter gegeben werden, ebenso sollte auch die Bewusstmachung der Endlichkeit des Lebens und der Perspektive des eigenen Weiterlebens ohne den zu pflegenden Angehörigen gefördert werden. (Vgl. Salomon 2009, S. 95/96)

Die Pflegepersonen fühlen sich oft mit ihren Gefühlen allein gelassen, durch die Gesprächskreise ist es ihnen möglich, Menschen mit ähnlichen Problemen zu begegnen und sich auszutauschen. Allein die Chance auch mal zu reden oder zu klagen über die derzeitige Situation, hilft, sich dem Pflegealltag kurzfristig zu entziehen, bringt eine emotionale Entlastung und wirkt der sozialen Isolation entgegen.

Die Rollenerwartungen, die bei der Pflege normativ an die Pflegenden gestellt werden, zum einen von der Familie aber auch von der gesellschaftlichen Umgebung, führen im Pflegealltag zu Spannungen, Schwierigkeiten und Konflikten. Die gesellschaftlich erwarteten Verhaltensweisen, dass Frauen für die Pflege geeigneter seien als Männer, laufen den eigenen Bedürfnissen und dem Druck der Umwelt zuwider.

Den befragten Protagonisten war es wichtig, dass die Umwelt ihre Entscheidung zur Annahme von Hilfe durch Dritte, in Form der ambulanten Pflege und der Tagespflege für Senioren, mit ihnen trägt. Das Gefühl, sie könnten ihre Angehörigen „abschieben“ in andere Hände, wurde von den drei befragten Pflegepersonen gelebt und hat sie in ihren Entscheidungen geprägt. Das Mittragen ihres Verhaltens durch ihren unmittelbaren Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis war für sie eine Voraussetzung und hat sie veranlasst, Hilfe in ihrer Belastungssituation anzunehmen. Erst die Thematisierung der eigenen Rollendefinition ermöglicht den notwendigen Abstand als Basis für Entlastung und mehr Gelassenheit im Pflegealltag. Denn häufig stellt die emotionale Abhängigkeit der pflegenden Kinder oder Ehepartner ein Hemmnis dar, dass sich die Pflegenden als eigene Person noch wahrnehmen und verhalten. Frau Kutter prägte ihre Aussage: „Die Person mich gibt es nicht mehr ...“. Es ist also wichtig, diesen Menschen wieder das Vertrauen zurück zu geben, dass sie eigene Entscheidungen treffen können, ohne ein schlechtes Gewissen zu haben. Die Priorität liegt dabei in der Vermittlung zur Einsicht, dass dieses selbstbestimmte Verhalten als richtig und legitim betrachtet wird, ohne dabei immer das Opfer zu sein, welches reagieren muss (vgl. Bruder 1988). Die Pflegenden müssen sich auch vor den zum Teil überzogenen Forderungen der Gepflegten schützen und sich ihren eigenen Raum wahren, um noch weitere soziale Rollen erleben zu können.

Angehörige müssen unterstützt werden, Grenzen zu setzen, ohne dabei Schuldgefühle zu empfinden. (Vgl. Salomon 2009, S. 97/98)

Bedingt durch Selbstentwertungen der pflegenden Angehörigen entwickeln sich immer wieder Schuldgefühle gegenüber der zu pflegenden Person.

Ursachen liegen in Äußerungen und Vorurteilen durch die Umwelt, wenn die eigene verinnerlichte Norm nicht erreicht wird, wenn die Pflege nicht wie normativ erwartet übernommen wird, wenn andere Personen durch die Pflegeaufgabe vernachlässigt werden oder aber wenn Kinder um die Anerkennung ihrer zu pflegenden Eltern kämpfen und sie dabei immer wieder ambivalenten Gefühlen begegnen.

Ambivalente Gefühle treten in einer Pflegebeziehung oft bei Überforderung und mangelnder Anerkennung durch das Umfeld auf.

Diese Gefühle wirken belastend, weil die Konfliktkonstellationen meist nur im Unterbewusstsein wahrgenommen werden und zu Gewissensbissen führen. (Vgl. Salomon, S. 98/99)

Für die Pflegenden ist es jedoch oft auch eine Herausforderung, sich mit den Defiziten ihrer Angehörigen zu arrangieren und diese zu akzeptieren. Sie können sich nicht auf die Stärke und Zuverlässigkeit ihrer Eltern oder Partner verlassen, sie müssen verstehen, was es für den alten Menschen heißt, immer mehr Fähigkeiten einzubüßen und auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Wenn es durch Empathie den Angehörigen gelingt, sich in die Rolle des Gepflegten hinein zu versetzen, können sie dessen Verhaltensweisen besser verstehen und „böswillige, absichtliche“ Handlungen einordnen. (Vgl. Schulze-Jena 1988, in: Fuchs 2000, S. 146), (Vgl. Salomon 2009, S. 101)

Im Rahmen des Kurses kann den Angehörigen durch die fachlichen Gruppenleiter die unterstützende Funktion von Empathie in der Pflege bewusst gemacht und sie darin unterstützt werden, positive wie negative Verhaltensweisen ihres pflegebedürftigen Familienmitglieds zu verstehen und sich in belastenden Momenten auch davon emotional distanzieren zu lernen. Damit können ambivalente Gefühle minimiert und konfliktreiche Handlungssituationen toleranter betrachtet werden.

Die Ursachen für ambivalente Gefühle müssen also mit den Pflegepersonen thematisiert, erforscht und hinterfragt werden, damit die Betroffenen die Kontrolle darüber erhalten. Die Grundvoraussetzung dafür ist eine vertrauensvolle Basis und Akzeptanz zwischen den Gesprächspartnern in der Einzelbetreuung und in Gruppengesprächen. (Vgl. Salomon 2009, S. 99)

Eine grundlegende Thematik, die in unserer Gesellschaft verdrängt wird, ist der Umgang mit dem Abschied und dem Tod. Die Endlichkeit des Lebens muss akzeptiert werden. Sie ist nicht nur mit dem Tod verbunden, sondern sie bedeutet auch den Verlust von Fähigkeiten und Verhaltensweisen und die damit verbundenen Einschränkungen und Abhängigkeiten zu akzeptieren.

Angehörige müssen sich mit dieser Problematik auseinandersetzen und sich diese Phasen bewusst machen. Auch die Gesellschaft tabuisiert diese Thematik und versucht sie zu verdrängen. Die Protagonisten erzählten von solchen Erfahrungen, Krankheit, Einschränkungen und Tod: „... das passiert immer nur den Anderen ...“. Soziale Isolation ist oft die Folge für die betroffenen Pflegedule.

Pflegepersonen brauchen Hilfestellungen, die ihnen auch ein Leben nach der Pflege des Angehörigen beschreiben. Sie müssen damit konfrontiert werden, dass eventuelle Schuldgefühle dahingehend, dass sie nicht genug gepflegt haben oder aber auch Gefühle der Erleichterung und Erlösung über den Tod, auftreten können. Einkommensveränderungen, ein Wohnungswechsel, das Alleinsein und die Neuordnung des eigenen Lebens sollten thematisiert werden. In der Gruppenarbeit können solche Gefühle ohne jegliche Bewertung angesprochen werden, um damit eine Entlastungsreaktion zu erreichen.

(Vgl. Salomon 2009, S. 93 ff.)

Anhand dieses Überblicks über Informationskurse und Beratungen für pflegende Angehörige wird der Stellenwert solcher Beratungen für Pflegepersonen in der alltäglichen Unterstützung und emotionalen Entlastung deutlich. Das Angebot von Beratungen und Kursen für pflegende Angehörige sollte stärker ausgebaut werden, ihre Bedeutung für die Wissensvermittlung, persönliche Handlungssicherheit und emotionale Entlastung hervorgehoben werden. Solche Kurse sollten jeder Pflegeperson angeboten werden. Dies könnte dabei helfen, auch zukünftig bei Zunahme der älteren Bevölkerung die Bereitschaft von Angehörigen zu erhöhen, alte und hilfebedürftige Menschen zu Hause zu pflegen.

11.2 Weiterführende Forschungen

Pflegende Angehörige sind verschiedenen Belastungssituationen ausgesetzt, die langfristig zur Überforderung führen können. Für die anstrengende Tätigkeit der Pflege und Betreuung von Angehörigen ist es notwendig zu hinterfragen, ob die Pflegepersonen selbst körperlich und psychisch belastbar und gesund sind. Denn spätestens mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit und der Verstärkung der dementiellen Erkrankung nehmen auch bei gesunden Angehörigen Ermüdungs- und Überforderungserscheinungen zu, sodass die Hilfe und Unterstützung von professionellen Pflegediensten angeraten ist, um sich selbst zu entlasten. In vielen Fällen gehen die Angehörigen diesen Schritt nicht oder erst sehr spät, da sie Versagensängste und Ablehnung vom Umfeld befürchten oder keine fremde Hilfe für die Pflegebedürftigen annehmen wollen (Vgl. Krämer 2001, S. 30).

Pflegebedürftige Familienmitglieder dauerhaft zu betreuen geht nur, wenn sich die pflegenden Angehörigen bewusst Zeit einräumen für eigene Interessen, zur Entspannung und Erholung. Daher ist es wichtig, eigene Grenzen wahrzunehmen und der Überlastung entgegenzuwirken (Vgl. Krämer 2001, S. 41f.).

Zukünftige Forschungen sollten untersuchen, wie man pflegende Angehörige motivieren kann, eher Hilfe anzunehmen. Wenn das Umfeld hinter ihnen steht, fällt es oft leichter, sich Hilfe von außen zu suchen.

Wichtig ist, dass weitere Familienangehörige sowie Nachbarn oder enge Freunde die Pflegeperson unterstützen und entlasten. Forschungsbedarf könnte für den Ansatz der Nachbarschaftshilfe bestehen, wonach das Umfeld der Pflegebedürftigen, das nicht direkt an der Pflege beteiligt ist, über Weiterbildung zum Krankheitsbild, damit einhergehenden Wesensveränderungen und über die Pflege unterstützende Aktivitäten aufgeklärt wird, Überforderungssituationen besser zu erkennen, zu helfen und die Pflegeperson zu entlasten. Damit könnte im Umfeld mehr Akzeptanz und mehr Unterstützung für den pflegenden Angehörigen erreicht werden. Die finanzielle Förderung solcher Beratungen, Informationskurse und Tätigkeiten im Rahmen der Nachbarschaftshilfe ist bereits in den §§ 45, 45d SGB XI gewährleistet.

Einen Forschungsansatz kann die Bedeutung der Betreuung durch die behandelnden Ärzte für die Entlastung im Pflegealltag bieten. Mitunter haben Angehörige das Gefühl, vonseiten der Ärzte nicht ausreichend Hilfe und Unterstützung zu erhalten, da diese teilweise die Meinung vertreten, dass man das Fortschreiten der Erkrankung nicht mehr ändern kann (Vgl. Krämer 2001, S. 43f.). Vor diesem Hintergrund könnte untersucht werden, inwieweit eine umfassende Information über Unterstützungsmöglichkeiten und Erleichterungen im Umgang mit der Erkrankung durch den behandelnden Arzt Angehörige handlungssicherer macht und sie ermutigen kann, frühzeitig professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Durch den regelmäßigen Kontakt zum Arzt kann eine Vermittlung von Pflegeberatung, -hilfen und die Bestärkung für den Pflegenden, für sich selbst Entlastung zu verschaffen, am ehesten unterstützt werden.

Hierfür müssen die Ärzte wissen, welche Hilfeleistungen und beratenden Einrichtungen es im Umfeld gibt. Durch entsprechendes Informationsmaterial und Kontaktdaten von Ansprechpartnern könnte betroffenen Angehörigen die Angst vor fremder Hilfe genommen und Möglichkeiten für Unterstützung ins Bewusstsein gerufen werden.

Denkbar wäre zudem, den Nutzen eines kommunalen oder regionalen Unterstützungsleitfadens zu untersuchen, der Angehörigen und Betroffenen, Institutionen wie beispielsweise ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, Beratungsstellen, Betreuungsgerichte, telefonische Beratungen, Angehörigengruppen, Nachbarschaftshilfevereine und Angehörigenschulungen u.a. aufführt.

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit wird es notwendig sein, eine Pflegestufe durch den MDK zu diagnostizieren. Die Pflegekassen sind gesetzlich verpflichtet, Betroffene über Leistungen, die Inanspruchnahme weiterer Leistungsträger wie z.B. Kranken- und Rentenversicherung und zu individuellen Fragen zu beraten (Vgl. Krämer 2001, S. 87). Wichtig sollte auch hier sein, die Angehörigen immer zu ermuntern, Leistungen in Anspruch zu nehmen und über die Möglichkeit der Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld zu informieren.

So kann neben der finanziellen Absicherung die Inanspruchnahme von Leistungen durch professionelle Pflegedienste zur Entlastung der Pflegeperson beitragen. Auch bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld muss in regelmäßigen Abständen ein Pflegedienst hinzugezogen werden, um Überforderungstendenzen und Pflegemängeln entgegenzuwirken, wobei Angehörige regelmäßig im persönlichen Gespräch auf Hilfen angesprochen werden sollten (Meinders 2001, S. 19f.).

Durch die Erfahrung, Verständnis und Akzeptanz zu erhalten und im Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied gestärkt zu werden, können pflegende Angehörige mit größerem Selbstbewusstsein pflegen und ihrem Umfeld mit größerer Sicherheit gegenüberreten (Vgl. Krämer 2001, S. 45).

Es bleibt zu überlegen, inwieweit Entspannungsangebote für pflegende Angehörige Bestandteil von Leistungen der Pflegeversicherung werden könnten. Ähnlich wie Pflegekurse für Angehörige, die bereits Leistungsbestandteil und grundsätzlich von den Pflegekassen kostenlos für Angehörige anzubieten sind (Vgl. Krämer 2001, S. 95), können solche Entspannungsangebote zur Entlastung im Pflegealltag und zur Stärkung der Gesunderhaltung der Pflegeperson beitragen.

Zukünftiger Forschungsbedarf könnte zudem danach fragen, inwieweit ein zunehmendes Bewusstsein in der Gesellschaft mithilfe verstärkter öffentlicher Diskussion und Thematisierung von familiärer Pflege geschaffen werden kann, um der Situation pflegebedürftiger Menschen und deren pflegenden Angehörigen von ihrem Umfeld mehr Beachtung zu schenken und damit gleichzeitig Stigmatisierung und Unsicherheit zu verringern. Die Zahlen der demographischen Entwicklung mit der Zunahme alter Menschen und deren gesellschaftlichen Auswirkungen werden regelmäßig veröffentlicht und diskutiert, dennoch spielt die daraus resultierende Frage des Pflegebedarfs und Betreuungsaufwandes, die häufig im familiären häuslichen Umfeld stattfindet, in der öffentlichen Betrachtung keine große Rolle. Durch die gezielte öffentliche Verbreitung und Werbung für Beratungstelefone beispielsweise der Alzheimer-Gesellschaft oder Anlaufstellen kann die Wahrnehmung für Hilfen und Unterstützungsangebote bei Überlastung gefördert werden.

Gerade telefonische Beratungen können Angehörigen bei Bedarf auch anonym nutzen, um sich zu Entlastung zu verschaffen (Neumann 1998, S. 52). Angesichts der Entwicklung der alternden Bevölkerung sollte sich die Politik die Aufgabe stellen, dass die Pflege von Angehörigen ein immer bedeutender werdendes Thema in der Gesellschaft sein wird und dass Angehörige das Gefühl und Bewusstsein bekommen, dass die Pflege ihres Familienmitgliedes eine ganz normale, weit verbreitete Aufgabe ist, bei der sie Anerkennung erhalten, unterstützt und nicht allein gelassen werden.

12. Resümee

Die Bevölkerungsstruktur wird durch die gestiegene Lebenserwartung und den Geburtenrückgang verändert. Dadurch ergeben sich aus den bereits im Kapitel 3 erwähnten Prognosen gesellschaftliche Konsequenzen. Die Anzahl der hilfebedürftigen älteren Menschen nimmt zu, die Multimorbidität steigt und wird so zu einem wachsenden Problem für unsere Gesellschaft.

Familien sind trotz institutioneller Angebote diejenigen, die die meisten Unterstützungsleistungen erbringen. Die Pflege wird unterschiedlich erlebt, zum einen klaglose Bejahung der Pflege und zum anderen spürbare Verzweiflung über die Last der Anforderungen, Depressionen, das Gefühl, immer da sein zu müssen und körperliche Beschwerden. Aus dem Erleben mit den Protagonisten zeigte sich, dass die Pflegeaufgaben durch sie weniger belastend empfunden wurden. Das Verhältnis der Pflegeduale war bei ihnen vor der Erkrankung von Harmonie und festen Familienstrukturen geprägt, was dabei half, in der neuen Situation immer wieder Lösungen in Belastungssituationen zu finden. Die Hauptproblematik sahen die befragten Betroffenen im ständigen Eingebundensein bzw. in der Akzeptanz der verlorenen Fähigkeiten der Gepflegten.

Vordergründig sollten in Familienarrangements individuelle Konzeptionen zur Familienberatung erstellt werden, welche die Angehörigen dort abholen, wo sie stehen. Diese Angebote dürfen keine theoretischen Seminare sein, sondern sollten die spezifischen Belastungen der Angehörigen analysieren und sie prozesshaft begleiten. Die Gruppenarbeit muss den Raum für den Gedankenaustausch bieten, um vergleichbare Probleme anzusprechen und eventuell positiv Erfahrungen darzustellen.

Das Problem liegt jedoch in der Akzeptanz solcher Beratungen. Hier kann die soziale Arbeit ansetzen, Angehörige zu motivieren und sie aus ihrer verfestigten Rolle der alleinigen Verantwortung zu befreien. Politik und Gesellschaft sind ebenso gefragt, die Problematik unserer Altersstruktur öffentlicher ins Bewusstsein zu rufen und Möglichkeiten des Umgangs mit betroffenen Familien und Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Bis vor ein paar Jahren war die Krankheit Demenz noch in keiner öffentlichen Diskussion, jetzt „überrollt“ uns dieses Thema.

Die Menschen müssen noch mehr sensibilisiert werden, sich damit auseinander zu setzen, die Multimorbidität von alten Menschen zu akzeptieren, es nicht als einen „Virus“ zu betrachten. Diese Thematik geht alle an, denn die Pflegeaufgaben, die tagtäglich in den Familien erbracht werden, sind für die meisten nicht allgegenwärtig. Die Menschen wertschätzen diese Arbeit nicht im erforderlichen Maße. Unwissenheit und Tabuisierung von Krankheiten im Alter stigmatisieren die Betroffenen und stoßen sie in die soziale Isolation. Bedingt durch die Generationen wird automatisch vorausgesetzt, dass die Pflege übernommen wird. Die Umwelt setzt Normativen, dass die Frauen ihren Beruf aufgeben, dass die Kranken nicht abgeschoben werden, weil man sonst die Eltern oder den Partner nicht genügend ehrt. Gleichzeitig werden diese betroffenen Menschen isoliert.

Die Menschen müssen aufgeklärt werden, welche Hilfestellungen und Unterstützungsangebote es gibt. Ansprechpartner müssen präsenter sein, Netzwerke in sozialen Einrichtungen müssen ausgebaut werden.

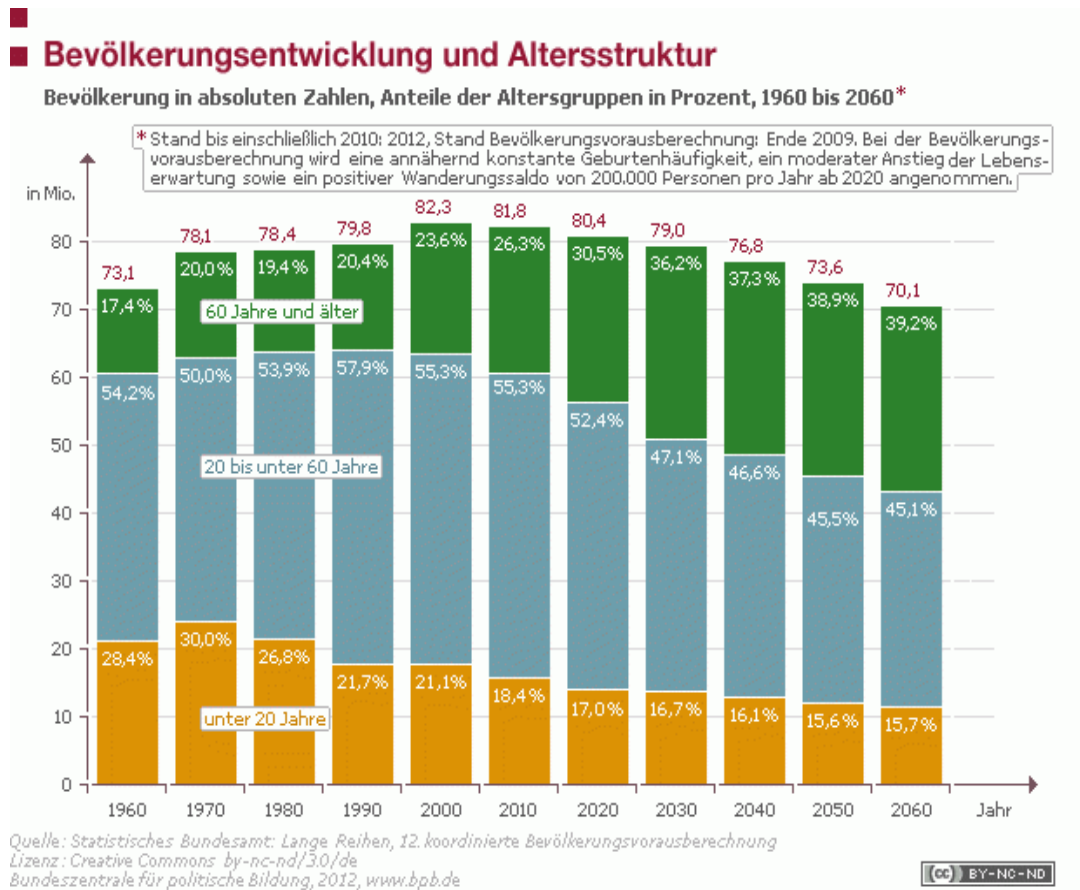
Individuelle Beratung und ein Fahrplan zur Bewältigung der neuen Pflegesituation sind Hilfestellungen, die die Angst vor der Zeit der Pflege und der Verantwortungsübernahme bei Angehörigen vermindern können und ihnen mehr Handlungssicherheit geben, was eine psychische Entlastung von Angehörigen pflegebedürftiger Menschen bewirken kann.

(Vgl. Salomon 2009, S. 105/106)

13. Anlagen

Anlage 1 – Abbildung 1:

Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur



Anlage 2 – Abbildung 2:

Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Bevölkerung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1960 bis 2060*

	Bevölkerung in Mio.	Anteile an der Bevölkerung, in Prozent		
		unter 20 Jahre	20 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
1960	73,1	28,4	54,2	17,4
1970	78,1	30,0	50,0	20,0
1980	78,4	26,8	53,9	19,4
1990	79,8	21,7	57,9	20,4
2000	82,3	21,1	55,3	23,6
2010	81,8	18,4	55,3	26,3
2020	80,4	17,0	52,4	30,5
2030	79,0	16,7	47,1	36,2
2040	76,8	16,1	46,6	37,3
2050	73,6	15,6	45,5	38,9
2060	70,1	15,7	45,1	39,2

*Stand bis einschließlich 2010:

2012, Stand Bevölkerungsvorausberechnung: Ende 2009

Bei Bevölkerungsvorausberechnung wird eine annähernd konstante Geburtenhäufigkeit, ein moderater Anstieg der Lebenserwartung sowie ein positiver Wanderungssaldo von 200.000 Personen pro Jahr ab 2020 angenommen.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Lange Reihen: Bevölkerung nach Altersgruppen, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Bevölkerung Deutschlands bis 2060

Anlage 3 - Interviewleitfaden

Wie ist es zu der Pflegesituation gekommen?

Welche Erkrankung liegt vor?

Über welchen Zeitraum pflegen Sie bereits?

Ist die Krankheit mit einer Persönlichkeitsveränderung verbunden?

Nutzen Sie die Unterstützung durch andere Personen?

Wie hat sich Ihr soziales Umfeld verändert?

Wie reagierte die Familie auf die Krankheit?

In welchem Kontakt und Verhältnis stehen Sie heute mit der Familie?

Was belastet Sie am meisten?

Welche Entlastungen nutzen Sie?

Wie sieht Ihr Tagesablauf aus?

Gibt es Konsequenzen für die Pflege und Versorgung, die aus dem persönlichen Belastungserleben gezogen werden?

Welche biographischen Besonderheiten kommen aus Ihrer Erfahrung im Pflegeprozess besonders zum Tragen?

Was hat sich für Sie geändert, seit der Pflegesituation?

Haben Sie sich verändert?

Wie war Ihre Beziehung früher, wie hat sie sich verändert?

Was heißt das für Sie?

Fühlen Sie sich einsam?

Wie schaffen Sie die Pflege?

Wie motivieren Sie sich?

Wer unterstützt Sie?

Schaffen Sie sich Freiräume?

Nutzen Sie Hilfsangebote von außen?

Denken Sie auch an Ihre Gesundheit?

Gab es irgendwann mal den Gedanken an eine andere Lösung (z.B. Heimunterbringung)?

Würden Sie heute vor der Entscheidung stehen, würden Sie es wieder so machen?

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Anlage 4 - Falldarstellung Herr Kutter

Frau Kutter, 60 Jahre alt, pflegt seit zwei Jahren ihren durch einen Schlaganfall behinderten 62jährigen Ehemann in ihrem gemeinsamen Haushalt. Sie haben eine erwachsene Tochter und zwei Enkelkinder, deren Familie lebt in den alten Bundesländern.

Herr Kutter erlitt im März 2011 einen Schlaganfall, der nicht diagnostiziert wurde. Kurz darauf erlebte Herr Kutter einen zweiten und noch einen dritten Schlaganfall. Die Folge war eine Linksseitenlähmung des gesamten Körpers, die ihn an den Rollstuhl bindet. Sein persönliches Verhalten zeigt keine eingeschränkte Alltagskompetenz, jedoch kann er weder lesen noch schreiben. Er ist nicht in der Lage, koordinierende Tätigkeiten umzusetzen.

Bereits in der Rehaklinik zeigte er depressive Ansätze, er ist sehr auf seine Ehefrau und die Tochter mit ihrer Familie fixiert. Herr Kutter erwartet von seiner Frau, dass sie zu „100 %“ für ihn da ist. Frau Kutter organisiert für ihren Mann regelmäßige Physiotherapien zur Stabilisierung und Verbesserung seiner Bewegungseinschränkungen. Herr Kutter ist bereit, die Übungen auszuführen. Auch während des Aufenthaltes in der Tagespflege wird er physio- und ergotherapeutisch betreut.

Herr Kutter war unglücklich über seine Abhängigkeit, zeigte sich depressiv und vermied jeden Außenkontakt. Seine Frau motivierte ihn schrittweise zur Überwindung seiner Angstzustände. Inzwischen toleriert er Spaziergänge im sozialen Umfeld. Sein Tagesablauf ist durch feststehende Zeiten fürs Aufstehen, Essen und Schlafen strukturiert. Seit eineinhalb Jahren nutzt die Familie einen ambulanten Pflegedienst, der Herrn Kutter morgens und abends in der Grundpflege versorgt. Die Entscheidung für die Hilfe von außen traf Frau Kutter.

Die Tagespflege besucht er von montags bis freitags in der Zeit von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr. Frau Kutter erfährt dadurch eine Entlastung. Herr Kutter besucht die Tagespflege sehr gern, es fehlt ihm jedoch an männlichen Gesprächspartnern.

Er sucht den Kontakt zu seinen Mitmenschen in der Einrichtung, verhält sich sehr kollegial und hat ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Pflegern. Frau Kutter nutzt die Zeit, um ihre täglichen Aufgaben zu erledigen. Am Nachmittag verbringt sie dann ihre Freizeit mit ihrem Mann.

Nach der Erkrankung ihres Vaters versuchte die Tochter mit ihrer Familie, ihren Wohnort wieder nach Hoyerswerda zu verlegen. Die finanzielle Situation auf dem Arbeitsmarkt in unserer Region ließ einen Umzug jedoch nicht zu. Die Familie hat einen sehr engen Kontakt, die Mutter und die Tochter telefonieren täglich. Die musikalischen Enkelkinder spielen dem Opa etwas auf ihren Musikinstrumenten vor. Die Tochter besucht mit ihrer Familie ihre Eltern regelmäßig, um die Mutter und den Vater zu unterstützen. Der Kontakt zum Bruder von Herrn Kutter ist eher sporadisch, da er ebenso in den alten Bundesländern wohnt. Der Bruder besucht ihn zwei bis dreimal jährlich.

Das soziale Umfeld von Familie Kutter hat sich sehr verkleinert. Arbeitskollegen, Freunde und Bekannte haben sich seit der Krankheit ihres Mannes abgewandt. Die Familie führt einen sehr engen Kontakt zur Nachbarsfamilie, die der Pflegenden auch im Haus und Garten zur Seite stehen.

Frau Kutter trifft Entscheidungen allein und hat wenig Unterstützung durch ihren Mann, er lehnt jegliche Verantwortung ab. Ihr Mann ist für sie das Wichtigste, ihr gesamter Tagesablauf ist auf ihn ausgerichtet. Ihr Ziel ist es, ihrem Mann das Leben so angenehm wie möglich zu gestalten, sie sieht sich als Person gar nicht mehr. Zitat: „Die Person „mich“, gibt es nicht mehr.“

Frau Kutter war vor der Krankheit ihres Mannes sehr selbständig und hat über ihren Lebens- und Arbeitsalltag allein entschieden. Was sie jetzt am meisten in der Pflegesituation belastet, ist der permanente Termindruck, immer abrufbar zu sein, keine eigenen Entscheidungen über den Tag treffen zu können. Sie hat einen festen Tagesablauf, den sie an ihrem Mann ausrichtet. Haushalt, Garten, Essen und manchmal ein Gespräch mit der Nachbarin, dann ist ihr Mann wieder zu Hause. Sie hat einen enormen Zeitdruck, den sie sich auferlegt. Freiraum für persönliche Dinge gewährt sie sich nicht, weil sie ein schlechtes Gewissen ihrem Mann gegenüber hätte.

Herr Kutter war während seiner Berufstätigkeit als Montagearbeiter beschäftigt. Sie hatten wenig gemeinsame Zeiten, aufgrund der Arbeit ihres Mannes. Ihre Freizeit verbrachten sie zusammen in der Familie. Frau Kutter beschreibt ihre Ehe als sehr harmonisch.

Die Pflegesituation hat Frau Kutter geprägt. Sie war vor der Erkrankung ihres Mannes flippig, wollte überall dabei sein und vieles miterleben. Das ist für sie nicht mehr wichtig. Das gemeinsame Leben geht jetzt in eine andere Lebensrichtung. Sie ist dankbar dafür, dass sie ihre persönlichen Ziele im Leben verwirklichte. Die Familie ist in den Urlaub gefahren, Frau Kutter arbeitete in einer Tätigkeit, in der sie aufging, die Familie war glücklich. Das schafft Zufriedenheit.

Frau Kutter hat eine positive Lebenseinstellung, die sie auf ihren Mann ausstrahlt. Durch die Tagespflege, die ihr Mann täglich besucht, hat sie sich Freiräume geschaffen, um sich mit Freunden zu treffen, eigene Termine wahr zu nehmen und „dass sie rausgehen kann“.

Um sich seelisch zu entlasten, nutzt Frau Kutter einmal in der Woche die Unterstützung durch eine Psychologin. Mit ihr bespricht sie ihren Alltag, ihre seelischen Sorgen, holt sich Beistand und Motivation für ihre persönliche Pflegesituation und die täglichen Belastungen.

Frau Kutter hatte eine beste Freundin, die im letzten Jahr an einem Herzinfarkt plötzlich verstorben ist. Sie war für sie ebenso eine Vertrauensperson.

Familie Kutter ist es wichtig, dass ein liebevoller Umgang miteinander besteht. Frau Kutter schätzt ein, dass sie nebeneinander her leben, dass Körpernähe kaum noch da ist. Es gehen beide sehr liebevoll miteinander um, aber Herr Kutter lehnt seine Frau zwar nicht direkt ab, trotzdem verwehrt er sich ihr. Sie muss es akzeptieren.

Wenn Frau Kutter die Situation im Rückblick betrachtet, würde sie die Pflegesituation wieder genauso übernehmen, wie sie es bis jetzt getan hat. Sie würde ihren Mann zu Hause pflegen, ihn nicht in eine stationäre Einrichtung geben.

Für Frau Kutter ist es selbstverständlich, dass man pflegebedürftigen Menschen Hilfe anbietet.

Sie wünscht sich für die Zukunft, dass sich der Gesundheitszustand ihres Mannes stabil hält. Für sie heißt das, dass ihr Mann keine epileptischen Anfälle oder einen erneuten Schlaganfall erleidet und er seinen Gesundheitszustand noch aufbauen kann.

Anlage 5 - Falldarstellung Frau Handreschk

Frau Glomb, 60 Jahre alt, pflegt ihre Mutter, Frau Handreschk, seit 3 Jahren.

Frau Handreschk war sehr stark inkontinent und es wurde durch den Facharzt empfohlen, dass sie einen Blasenkatheter bekommen sollte. Durch eine Untersuchung stellte der Arzt fest, dass sie sich vorher einer Herzoperation unterziehen müsste.

Der Gesundheitszustand von Frau Handreschk verschlechterte sich.

Frau Handreschk wohnte mit ihrem Mann bei ihrem Sohn in Geierswalde. Der Sohn ist Alkoholiker und mit einer Russin verheiratet. Die Pflegesituation funktionierte nicht.

Der Sohn überzeugte seine Mutter, dass sie für ihn einen Kredit aufnahm, um eine Hausrate abzuzahlen. Diese Schulden zahlt Frau Handreschk heute noch, es besteht kein Kontakt mehr zum Sohn. Frau Handreschk muss noch 20.000 € abzahlen, die Restschuld würde dann auf den Erben entfallen. Sie hat davon, bedingt durch ihre Demenz, keine Kenntnis mehr.

Der andere Sohn starb vor drei Jahren, er hatte Krebs. Daran kann sich Frau Handreschk noch erinnern.

Frau Handreschk hatte am Anfang große Probleme mit ihrer Krankheit, jetzt hat sie es akzeptiert. Bis letztes Jahr ist sie mit der Familie noch in den Urlaub gefahren. Mit 80 Jahren fuhr sie noch Fahrrad, war gesundheitlich in guter Verfassung. Durch die starke Inkontinenz konnte sie am Leben nicht mehr weiterhin so teilhaben. Die Inkontinenz war für sie eine seelische Belastung.

Die Tochter hatte sich entschlossen, die Pflege der Mutter zu übernehmen. Sie selbst hatte eine Nervenkrankheit und erhält dafür eine EU-Rente. Damit war für sie die Pflege der Mutter kein Problem. Sie wäre aber auch bereit gewesen, für ihre Mutter die Arbeit aufzugeben.

Frau Glomb übernahm die Pflege ihrer Mutter, weil sie der Meinung ist, dass sie es sich verdient hat. Sie war früher immer für alle da und hat alle Kinder versorgt.

Die Tochter und die Mutter haben im Bekanntenkreis negative Erfahrungen in einer stationären Pflegeeinrichtung miterlebt. Sie waren über die Pflegesituation und den seelischen Zustand der betroffenen Person völlig erschüttert. Das hat die beiden sehr geprägt und die Tochter gab ihrer Mutter das Versprechen, dass ihr diese Situation nie widerfahren wird.

Die Tochter hatte zu Beginn der Pflegesituation eine Phase, in der sie völlig überfordert war. Sie selbst war gesundheitlich noch nicht in der Lage, sich den Anforderungen der Pflege zu stellen und unterschätzte den Umfang der Aufgaben, die sie bewältigen musste. Sie beschreibt sich als gereizt und zum Teil aggressiv, die Grenze der Überforderung war erreicht.

Aus der heutigen Sicht, reagiert sie in solchen Situationen gelassener und strukturiert ihren Tag, um sich Freiräume zu schaffen. In der schwierigen Zeit hegte sie den Gedanken an eine Heimunterbringung, um sich selbst zu schützen. Durch die enge Bindung zwischen Tochter und Mutter entschied sie sich dagegen. Die Pflegesituation wird die Tochter solange wie möglich in der Häuslichkeit umsetzen.

Frau Glomb erhält Unterstützung durch ihre beiden Töchter und ihren Mann. Ihr Ehemann ist für sie der seelische Ausgleich, wenn die Pflegesituation sie überfordert. Er hat zu seiner Schwiegermutter ein sehr gutes Verhältnis und kann mit ihrer Krankheit umgehen. Die Tochter empfindet ihn als ihren Rückenhalt. Sie schätzt ein, dass sie nicht immer die psychische Belastung in der Pflegesituation bewältigen kann.

Das soziale Umfeld zu Freunden und Bekannten hat sich nicht geändert. Der Kontakt ist unverändert vorhanden, jedoch nimmt die Tochter jetzt seltener an gemeinsamen Treffen teil. Sie kann ihre Mutter nicht allein lassen und möchte ihre beiden Töchter nicht mit der Pflege der Oma belasten.

Von den Geschwistern der Tochter pflegt nur noch eine Nichte den Kontakt zur Oma. Die andere Nichte hat den Kontakt abgebrochen, weil die Oma einen weiteren Kreditvertrag für den Sohn nicht unterschreiben wollte.

Weitere Nichten und Neffen halten nur sporadisch den Kontakt. Frau Glomb schätzt die Familienverhältnisse mit ihren Geschwistern als zerrüttet ein. Diese Entwicklung hat jedoch nichts mit der Krankheit der Mutter zu tun.

Die größte Belastung für Frau Glomb ist der Umgang mit der Demenz. Typische Krankheitsbilder, wie Vergesslichkeit, Beschuldigungen und Streit stellen für Sie ein Problem dar. Es fällt ihr schwer, auf die Beschuldigungen ihrer Mutter, Tätigkeiten nicht erledigt zu haben, Dinge gestohlen zu haben oder Handlungen abzustreiten, einzugehen. Sie fühlt sich dabei persönlich angegriffen. In solchen Situationen unterstützt sie der Ehemann, wenn Sie Ihre ambivalenten Gefühle der Mutter gegenüber nur schwer kontrollieren kann. Sie ist nach diesen angespannten Situationen mit ihrem aggressiven Verhalten unzufrieden und ihr ist bewusst, dass sie emotional überreagiert hat. Sie beschreibt, dass sie in diesem Moment nicht anders handeln kann.

Die Tochter nimmt fachliche Hinweise aus der Umgebung an, um mit der Krankheit der Mutter besser umgehen zu können. Sie selbst schätzt ein, dass sie ihre Gefühle mit dem Zugewinn an Erfahrung besser überprüfen kann. Um die Pflegesituation zu erleichtern, hat sie gemeinsam mit der Mutter einen festen Tagesrhythmus. Sie lässt der Mutter ihre Entscheidungen und zeigt mehr Geduld im Umgang mit ihr. Die Tochter merkt, dass damit die Beziehung zu ihrer Mutter wieder offener und gefühlsbetonter wird.

In der Vergangenheit hat Frau Glomb ihrer Mutter alle täglichen Arbeiten abgenommen, das Anziehen, das Waschen und Hygienemaßnahmen. Durch eine Bekannte, die im Altenpflegebereich arbeitet, bekam sie den Hinweis, dass sie ihre Mutter mehr fordern soll. Die Tochter schätzt sich selbst als einen hektischen und ungeduldigen Menschen ein, der schlecht mit dieser Situation umgehen kann. Sie ist davon ausgegangen, dass ihre Mutter die alltäglichen Tätigkeiten nicht mehr ausführen kann. Durch die neue Erfahrung führt sie die täglichen Gegebenheiten mit ihrer Mutter gemeinsam durch. Die Pflegesituation zuhause ist jetzt entspannter.

Eine weitere Entlastung für die Tochter ist die Nutzung der ambulanten Pflege und der Tagespflege. Frau Glomb schafft sich am Tag den Freiraum, um ihren Haushalt zu bewältigen und Freizeitaktivitäten im sozialen Umfeld zu nutzen. Sie trifft sich mit Freunden, ist sportlich aktiv und in einem Strickverein integriert. Sie sieht diese Aktivitäten für sich als Stressabbau.

Die Vierfachbelastung, als Ehefrau, als Mutter, Oma und als Tochter bedeutet für sie, dass Sie ein wichtiges Teil in der Familie darstellt. Das Gefühl des Gebrauchtwerdens ist für sie präsent.

Aufgrund ihrer Nervenkrankheit hat Sie Ihr persönliches Leben bewusster strukturiert. Sie verlagert ihre Prioritäten, das wichtigste für sie ist die Familie und die Gesundheit. Trotz der vorhandenen Pflegesituation schafft sie sich bewusst Freiräume für ihren Ehemann, um mit ihm gemeinsame Aktivitäten umzusetzen. Ebenso verbringt sie ihre Freizeit mit den Töchtern und Enkelkindern. Sie genießen gemeinsame Urlaube, aufgrund der Pflegesituation begrenzt sie diese aber auf wenige Tage. Die Mutter hat dafür Verständnis und wird in dieser Zeit in der Kurzzeitpflege untergebracht. Frau Glomb schätzt realistisch ein, dass sie sich gesundheitlich aktiv betätigen muss, um noch lange für die Mutter da zu sein. Sie achtet auf ihre Gesundheit und besucht regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen.

Für die Zukunft wünscht sich die Tochter, dass ihre Mutter noch lange lebt und sie persönlich und gesundheitlich in der Lage ist, die Mutter weiterhin zu pflegen.

Anlage 6 - Falldarstellung Frau Mages

Herr Mages betreut seine Frau seit dem 9. April 2006, sie erlitt einen Schlaganfall. Er ließ sie ins Krankenhaus bringen und von dort aus wurde sie mit dem Hubschrauber nach Cottbus geflogen. Das Krankenhaus räumte ihr eine Überlebenschance von 20 % ein. Ihr Mann besuchte sie täglich in Cottbus, nach sechs Wochen kam sie in die Rehaklinik nach Pulsnitz. In dieser Einrichtung betreute er sie ebenso täglich.

Frau Mages bekam einen Luftröhrenschnitt und wurde künstlich ernährt. Im November 2006 verließ seine Frau die Klinik und er übernahm, trotz Abraten der Ärzte, die Pflege seiner Frau im häuslichen Umfeld. Ihr Gesundheitszustand verbesserte sich, er konnte mithilfe des Rollators mit ihr spazieren gehen.

Im Januar 2012 erkrankte seine Frau an einer Grippe, so dass er den Notarzt informierte. Sie wurde ins Krankenhaus eingeliefert und in der gleichen Nacht wieder nach Hause gebracht. Es wurden keine detaillierten Untersuchungen durchgeführt, am Allgemeinzustand konnte nichts festgestellt werden. Die Hausärztin veranlasste ein erneutes CT, woraus sich ergab, dass seine Frau wahrscheinlich einen erneuten Schlaganfall hatte. Sie ist seitdem linksseitig gelähmt und demenzielle Erscheinungen treten in den Vordergrund. Nach Aussage des Mannes kann sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten eingeschränkt bewegen, essen und sprechen. Herr Mages trägt die Sorge, dass sich ihr Hüftgelenk in der rechten Seite lockern könnte und seine Frau zu einer erneuten OP muss.

Er beschreibt seine Frau, dass sie aufgrund der Krankheit weniger Elan zeigt. Vor ihrer Krankheit hatte sie feste Vorstellungen von ihrem Leben und ihrer Zukunft, die sie auch äußerte. Dazu ist sie heute nicht mehr in der Lage. Sie lässt sich jedoch zuhause leicht führen.

Herr Mages wurde 1940 geboren und seine Frau 1939. Sie heirateten 1965, d.h. ihre Ehe besteht seit 48 Jahren.

Frau Mages ist ihrem Mann dankbar, dass er sie in der Häuslichkeit pflegt und sie nicht in einer stationären Einrichtung leben muss. Herr Mages benötigt unbedingt eine Hüft-OP, die er aufgrund der Pflegesituationen seiner Frau aufschiebt. Er müsste sie in dieser Zeit in eine stationäre Pflegeeinrichtung integrieren, was er verhindern möchte. Er sucht dringend nach einer Alternative, weil ihm bewusst ist, dass er eine OP nicht verhindern kann. Deshalb recherchiert er, ob es eine Möglichkeit gibt, in einem Krankenhaus mit integrierter Reha-Einrichtung und Pflegestation für seine Frau, operiert zu werden. Herr Mages bedauert es, dass die Menschen in solchen Situationen durch die Behörden mit Informationen nicht unterstützt werden.

Frau Mages hatte vor ihrer Erkrankung einen Beinbruch und musste zur Genesung in einem Pflegeheim untergebracht werden. Das Pflegeheim und die Voraussetzungen dieser Einrichtung waren sehr gut, jedoch war die personelle Besetzung negativ zu werten. Herr Mages betreute seine Frau täglich und unterstützte das Pflegepersonal bei der Aufnahme der Nahrung als auch bei hygienischen Maßnahmen. Diese Situation prägte Frau Mages und ihren Mann in ihrer Einstellung zu einer Unterbringung im Pflegeheim. Derzeitig nutzt er die ambulante Pflege und die Unterstützung durch die Tagespflege, wo seine Frau an zwei Tagen in der Woche betreut wird.

Das soziale Umfeld der Familie hat sich seit der Krankheit der Frau nicht verändert. Im Dorf haben sich sechs Pärchen zusammengefunden, sie feierten Geburtstage miteinander, organisierten kulturelle Beiträge zum Dorffest und besuchten sich regelmäßig. Diese Freunde und Bekannten haben nach wie vor einen sehr guten und engen Kontakt zur Familie und versuchen Festivitäten so zu organisieren, dass Frau Mages daran teilnehmen kann. Herr Mages ist es wichtig, dass er seine Frau nicht außen vor lässt, sondern sie in seinen Lebensalltag implementiert.

Die Familie ist mit der Krankheit der Frau sehr offen umgegangen. Der Sohn wohnt in Hannover und kann nur sporadisch die Eltern besuchen.

Die Tochter lebt mit ihrer Familie in Zittau und steht dem Vater des Öfteren zur Unterstützung bei. Herr Mages möchte die beiden Kinder jedoch entlasten, weil sie ein eigenes familiäres Umfeld betreuen. Er zeigte viel Verständnis und pflegt seine Frau allein in der häuslichen Umgebung.

Herr Mages hat einen strengen Tagesablauf. Er steht jeden Morgen 5:45 Uhr auf, versorgt seine Frau, erledigt Toilettengänge, kocht das Essen, arbeitet im Garten und im Haushalt. In der Regel geht er ca. 24:00 Uhr ins Bett. Seine Frau bringt er gegen 20:00 Uhr ins Bett.

Die größte Belastung für Herrn Mages ist dabei der ständige Termindruck, die vorausschauende Planung und die Pünktlichkeit, an die er sich permanent halten muss. Spontane Tätigkeiten sind nicht mehr realisierbar. Bedingt durch die Tagespflege kann er jetzt an zwei Tagen in der Woche seine persönlichen Termine planen und wahrnehmen.

Herr Mages schafft sich die Freiräume am Abend, wenn er regelmäßig Fußball schaut und am Nachmittag legt er sich mit seiner Frau zum Mittagsschlaf. Er nutzt des Weiteren Betriebsausflüge und Feierlichkeiten, um sein soziales Umfeld zu halten. Weitere Hilfe erhält Herr Mages durch eine Nachbarin, die seine Frau bei solchen Aktivitäten beaufsichtigt. Für Herrn Mages sind soziale Kontakte ein wichtiger Mittelpunkt in seinem Leben. Es ist für ihn bedeutsam, dass er die Verbindung zu den Nachbarn hält, dass er helfen kann und als Mensch akzeptiert ist. Trotz seiner Verpflichtung seiner Frau gegenüber hilft er den Menschen in seiner Umgebung, ohne dafür eine Gegenleistung zu erwarten. Für ihn ist es von Bedeutung, dass er immer was hinzu lernt. Er gibt Ratschläge und ist dankbar, wenn seine Meinung gefragt ist. Herr Mages hat keine Einsamkeit in seinem Leben. Im Dorf ist er anerkannt, seine Hilfe wird geschätzt und ihm wird ebenso Wertschätzung und Hilfe zuteil. Das kleine Dorf ist für ihn ein Rückenhalt, wo ein familiäres Miteinander gelebt wird. Er schätzt es sehr, dass auch junge Familien mit ihren Kindern sich in diesem Ort ansiedeln. Herrn Mages ist bewusst, dass er sich auf sein soziales Umfeld verlassen kann, weil auch er für die Menschen Unterstützung und Hilfe anbietet.

Als die Familie nach dem Hausbau nach Tiegling gezogen ist, hat Herr Mages ein Dorffest organisiert, wo er und noch weitere fünf Familien, die ebenso zugezogen waren, sich finanziell und kulturell mit beteiligten. Die anderen Bewohner schätzten diese Geste sehr und nahmen die Familien in ihr Dorf auf. Dieser Schritt war für Herr Mages von Bedeutung, weil damit sein soziales Umfeld für die Zukunft geprägt war.

Die Beziehung zu seiner Frau schätzt er so ein, dass sich wenig geändert hat. Er hat einen festen Tagesrhythmus, um alle Arbeiten zu bewältigen. Es hat sich ein Rollentausch (Punkt 6.2.8) vollzogen, er erledigt jetzt Tätigkeiten, die seine Frau vor ihrer Krankheit allein durchführte. Er organisiert den gesamten Tagesablauf, den er auch so ausführt. Eine Abweichung gibt es nicht. Vor der Krankheit seiner Frau war seine Aufgabe die Versorgung der Familie, er kam abends nie vor 20:00 Uhr von der Arbeit. Seine Frau erledigte die Hausarbeit und versorgte die Kinder. Sie wollte ihn zu Gemeinsamkeiten animieren, oft lehnte er jedoch ab, weil er seine Arbeit und die Hilfe für Kollegen und Freunde als wichtiger einschätzte. Des Weiteren erzählt er, dass wenig Feierlichkeiten und gemeinsame Urlaube mit der Familie genutzt wurden. Durch familiäre Schicksalsschläge waren sie zeitlich oft gebunden, in der Familie Hilfe und Unterstützung zu geben. Es gab immer wieder Projekte, die umzusetzen waren, wie der Bau eines Gartenhauses, das Suchen eines Grundstückes, der Bau eines Eigenheimes mithilfe des Sohnes sowie der Umbau einer großen Scheune. Die Frau hat sich dann ebenso an ihrem neuen Wohnort mit den Frauen aus dem Ort arrangiert. Sie war sehr offen, traf sich zum Kaffeenachmittag, sang im Kirchenchor und nutzte traditionelle Treffen in ihrem Dorf. Herr Mages ließ seiner Frau die Freiheit, sich mit ihren Bekannten im Dorf zu treffen.

Das gemeinsam Versäumte ist ein Punkt in der Vergangenheit, den Herr Mages heute bedauert, er kann es jedoch nicht mehr ändern. Es macht ihm auch nichts aus, dass er heute die Rolle seiner Frau übernommen hat. Diese Pflegesituation ist für ihn völlig normal und er sieht es nicht als eine zusätzliche Belastung. Durch sein streng organisiertes Zeitmanagement nimmt er sich am Abend Zeit für persönliche Belange.

Herr Mages ist davon überzeugt, dass er durch seine positive Einstellung die Pflegesituation so strukturiert umsetzen kann. Er rät davon ab, dass Personen, die zu Depressivität neigen, die Pflege von hilfebedürftigen Menschen durchführen. Gemeinsam mit seiner Frau hatte er Pläne, die er aufgrund ihrer Krankheit jetzt nicht mehr vollziehen kann. Für ihn stellt das kein Problem dar, weil er die Priorität auf seine Frau gelenkt hat.

Die gesundheitliche Versorgung der Familie organisiert Herr Mages in regelmäßigen Abständen durch die Hausärztin. Sie besucht die Familie in der Häuslichkeit und versorgt ihn als auch seine Frau. Er ist mit der Betreuung durch ihre Person sehr zufrieden.

Wenn er Resümee passieren lässt, würde er die Pflege seiner Frau wieder genauso übernehmen. Ein Heimaufenthalt für sie steht für ihn in keinem Verhältnis.

Sein Wunsch ist es, dass seine Frau möglichst lange noch diesen gesundheitlichen Zustand halten kann und keine Verschlechterung eintritt. Damit könnte er gut umgehen und leben.

Quellenverzeichnis

Buijssen, Huub (1997): Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim
Basel: Beltz Verlag

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für alle BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH

<http://downloads.kirchenserver.net/31/3080/1/63885459294741197373.pdf>,
verfügbar am 12.10.2013

http://imihome.imi.uni-karlsruhe.de/nquantitative_vs_qualitative_methoden_b.html, verfügbar am
18.08.2013

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/motivation.html>, verfügbar am
26.10.2013

<http://www.alzheimerforum.de/2/10/6/Diplomarbeit-Horstmann.pdf>, verfügbar
am 12.10.2013

<http://www.alzheimerforum.de/2/5/Laschinski.pdf>, verfügbar am 25.08.2013

<http://www.beratung-therapie.de/36-0-Beziehungsmodelle.html>, verfügbar am
07.12.2013

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-senioren-in-deutschland,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, verfügbar
am 25.08.2013

<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>, verfügbar am 25.08.2013

http://www.dza.de/uploads/media/Praesentation_M_Hautzinger.pdf, verfügbar
am 10.08.2013

http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11697&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=33836358&p_lfd_nr=1#SEARCH=%22belastungen%20von%20pflegenden%22, verfügbar am 10.08.2013 (S. 45-53)

http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=33861190&p_lfd_nr=3#SEARCH=%22belastungen%20pflegender%20angeh%C3%B6riger%22, verfügbar am 25.08.2013

<http://www.narzissmus.org/sundenbock-und-goldenes-kind.php>, verfügbar am 17.11.2013

<http://www.pflegen-und-leben.de/index.php/seelische-belastungen/wie-nennt-es-die-psychologie>, verfügbar am 10.08.2013

http://www.projekt-demenz-arnsberg.de/cms/upload/docs/Bachelorarbeit_Sabrina_Schulz.pdf, verfügbar am 12.10.2013

<https://online.medunigraz.at/...23&pAutorNr=&pOrgNr=1>, verfügbar am 12.10.2013

Krämer, Günter: Alzheimer-Kranke betreuen, Stuttgart, 2001, Georg Thieme Verlag

Meinders, Frauke: Sind Angehörige von chronisch kranken älteren Menschen nur belastet? Positives Erleben und Lebenszufriedenheit bei Angehörigen dementiell erkrankter Menschen, Regensburg, 2001, S. Roderer Verlag

Niemann-Mirmehdi, Mechthild/Richert, Annette/Neumann, Eva-Maria: Leben mit Alzheimer, Niedernhausen/Ts., 1998, FALKEN Verlag

Salomon, Jutta (2009): Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung – Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme?. Eine Studie mit Leitfaden zur Angehörigenberatung. 2. Auflage, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

14. Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Burg, den 16.01.2014

Ines Kunze