



Bachelorarbeit

„Gewinne im grossen Verlust“

Gibt es eine Ressourcenerweiterung bei einem zurückbleibenden Lebenspartner infolge einer stationären Pflegebedürftigkeit des Partners im Alter?

Anita Theiler

Vertiefungsrichtung Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie

Referentin: Dr. phil. Bettina Ugolini

Schaffhausen, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Vorwort

Im Rahmen meines Psychologiestudiums an der ZHAW und in Verbindung mit meinem Praktikum an der Beratungsstelle Leben im Alter (LiA) am Zentrum für Gerontologie (ZfG) der Universität Zürich ist der Wunsch gereift, meine Bachelorarbeit über Frauen und Männer zu schreiben, die aufgrund einer altersbedingten, stationären Pflegebedürftigkeit ihres Partners räumlich getrennt zu Hause leben. Häufig geht diesem einschneidenden Schritt eine Zeit voraus, in der die betroffenen Angehörigen ihren Lebenspartner selber gepflegt haben, bis die Belastung nicht mehr zu tragen war. Für Menschen in dieser Situation ist es eine sehr schmerzvolle Erfahrung, wenn es zu einer Heimüberweisung kommt. Doch was bedeutet dies für das Leben des zurückbleibenden Partners im Alltag? Ist es auch möglich, dass – ohne den Betroffenen ihr Leid abzusprechen – auch Gewinne im grossen Verlust hervorgehen? Mit meiner Neugierde, dieser spannenden Thematik nachzugehen, begeben sich im Rahmen meiner empirischen Arbeit auf ein neues Feld, das bis jetzt noch kaum erforscht ist und je länger je mehr an Bedeutung gewinnen wird.

Zum Entstehen und Gelingen dieser vorliegenden Arbeit möchte ich den Angehörigen, die bereit waren, mir von ihren Erfahrungen in ihrer Situation zu erzählen sowie den Heimleitungen in Schaffhausen, die mir bei der Probandensuche geholfen haben, einen Dank aussprechen. Ein weiterer Dank gilt meiner Referentin, Dr. phil. Bettina Ugolini, für die Betreuung und Unterstützung.

Abstract

Die vorliegende empirische Arbeit nimmt sich der Situation allein lebender älterer Frauen und Männer an, die aufgrund einer stationären Pflegebedürftigkeit ihrer Partnerin beziehungsweise ihres Partners zu Hause zurückbleiben. Der Übertritt eines Partners in die Pflegeabteilung gilt für das Paar als besonders schwere Krise. Wie wird jedoch die grosse Lebensumstellung, bedingt durch die räumliche Trennung seitens des Partners, der zurückbleibt, erlebt? Finden sich innerhalb der ganzen Belastungsthematik, der Trauer und des Verlusts auch positive Aspekte? Aufgrund der vorliegenden Thematik wurde der Frage nachgegangen, ob es eine Ressourcenerweiterung bei einem zurückbleibenden Lebenspartner infolge einer stationären Pflegebedürftigkeit des Partners im Alter gibt und falls ja wie sich diese zeigt. Das subjektive Erleben von sechs Frauen und drei Männern steht dabei im Zentrum. Genau so vielseitig wie sich Partner, die zurückbleiben in ihrer Persönlichkeit zeigen, sind auch der Umgang und das Erleben Betroffener mit diesem schwierigen Lebensereignis. Die erhobenen Daten wurden mit der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass „Gewinne im grossen Verlust“ erlebt werden. Im Rahmen dieser Untersuchung konnten Ressourcenerweiterungen, insbesondere im kognitiven und emotionalen Bereich ausgemacht werden, wogegen sich nur ein geringer Aufbau der sozialen Ressource zeigte. Eine Belastung kann aber immer wieder auch eine Chance bedeuten. Insbesondere dann, wenn in gelungener Weise mit der kritischen Lebenssituation umgegangen werden kann.

Inhalt

1	EINLEITUNG	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Fragestellung	2
1.3	Aufbau und Methode.....	2
1.4	Abgrenzung	3
2	THEORETISCHER TEIL	4
2.1	Alter und gesellschaftsstrukturelle Auswirkungen.....	4
2.1.1	Begriffsdefinition.....	4
2.1.2	Normales, erfolgreiches und pathologisches Alter	5
2.1.3	Auswirkung der demografischen Entwicklung.....	5
2.1.4	Feminisierung.....	7
2.1.5	Hochaltrigkeit.....	7
2.2	Gerontopsychologie	8
2.2.1	Begriffsdefinition.....	8
2.2.2	Altern im 21. Jahrhundert	8
2.2.3	Differentielles Altern	8
2.2.4	Vom Defizitmodell zum erfolgreichen Altern.....	9
2.2.5	Entwicklungsaufgaben im Alter	9
2.2.6	Kritische Lebensereignisse.....	11
2.3	Pflegebedürftigkeit	11
2.3.1	Begriffsdefinition, Ausbreitung und Vorkommen	11
2.3.2	Ursachen	12
2.3.3	Umfang und Bedeutung	12
2.3.4	Lastenverteilung in der häuslichen Pflege	13
2.3.5	Auswirkungen von Erkrankungen auf die Paarbeziehung.....	15
2.3.6	Heimeintritt	17
2.3.7	Stationäre Pflegebedürftigkeit	18
2.3.8	Zurückbleibende Lebenspartner und ihre Herausforderungen.....	19
2.4	Ressourcenerweiterung des zurückbleibenden Lebenspartners.....	20
2.4.1	Definition Ressourcen	20
2.4.2	Ressourcenerweiterung.....	20
2.4.3	Kognitive Ressourcen	22
2.4.4	Emotionale Ressourcen.....	22
2.4.5	Soziale Ressourcen	22
3	EMPIRISCHER TEIL	24
3.1	Forschungsgegenstand und Methodik.....	24
3.1.1.	Ausgangslage und Absicht	23
3.1.2	Stichprobe.....	24
3.2	Methodische Vorgehensweise.....	25
3.2.1	Methodenwahl und Untersuchungsplan.....	25
3.2.2	Datenerhebung	26
3.2.3	Datenaufbereitung.....	26
3.2.4	Datenauswertung.....	27

4	ERGEBNISSE	28
4.1	Belastungen	28
4.1.1	Belastungen infolge der Erkrankung des Partners	28
4.1.2	Belastungen infolge häuslicher Pflege des Partners	28
4.1.3	Belastungen infolge stationärer Pflege des Partners	30
4.2	Kognitive Ressourcen	31
4.2.1	Wahrnehmung	31
4.2.2	Denken	31
4.2.3	Erinnerung.....	37
4.3	Emotionale Ressourcen	38
4.3.1	Gefühle	38
4.3.2	Steuerung und Verarbeitung von Affekten.....	40
4.3.3	Emotionale Unterstützung.....	40
4.3.4	Kraft schöpfen.....	41
4.4	Soziale Ressourcen.....	45
4.4.1	Soziale Beziehungen	45
4.4.2	Soziale Unterstützung	46
4.4.3	Fachliche Hilfe.....	47
4.4.4	Begegnungen mit den Mitmenschen	49
4.5	Übersichtstabellen der Ergebnisse	50
5	DISKUSSION	55
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	55
5.1.1	Zusammenfassung der Arbeit.....	55
5.1.2	Zusammenfassung der Belastungen im „grossen Verlust“	55
5.1.3	Zusammenfassung der Ressourcen im „grossen Verlust“	56
5.2	Beantwortung und Interpretation der Fragestellung	58
5.3	Auseinandersetzung mit Methode und Studiendesign	60
5.4	Fazit.....	60
5.5	Ausblick und weiterführende Gedanken	61
6	LITERATURVERZEICHNIS	63

ANHANG

- A Interviewleitfaden
- B Brief Heimleitung
- C Brief Angehörige

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit

Abbildung 2: Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei hochaltrigen Menschen

Abbildung 3: Anteil der in Heimen lebenden Älteren

Abbildung 4: Übersichtsgraphik der Stichprobe

Abbildung 5: Untersuchungsverfahren

Tabellen

Tabelle 1: Lebenspartner und Lebenspartnerin im Alter

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Innerhalb eines Jahrhunderts sind die Menschen im europäischen Raum bis zu drei Jahrzehnte älter geworden. Die demografische Entwicklung zeigt auf, dass wir länger als jede andere Generation alt sein werden, was die heutige Gesellschaft vor neue Herausforderungen stellt. In der Schweiz lag im Jahr 2010 der Anteil der Frauen und Männer über 65 Jahre nach dem Bundesamt für Statistik (BFS, 2010b) bei 17%, wovon knapp ein Drittel 80-jährig oder älter war. Es wird von einem markant anhaltenden Anstieg ausgegangen, sodass im Jahr 2060 28% der Schweizer Bevölkerung 65 Jahre alt sein wird, wovon 42% 80-jährig oder älter sind. Aus der Bevölkerungspyramide, die wir zu Beginn unseres Jahrhunderts hatten, entwickelt sich zunehmend ein Bevölkerungspilz, so Lehr (2007, S. 30). Da das Risiko von Pflegebedürftigkeit oder hirnorganischen Störungen altersabhängig ist, hat eine demografische Alterung, welche mit einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung älterer Menschen einhergeht, laut Höpflinger & Hugentobler (2005, S. 27) enorme gesundheitspolitische Auswirkungen.

Gemäss den beiden Autoren Höpflinger & Hugentobler (2005, S. 48) liegt die Pflegebedürftigkeitsquote in der Schweiz gegenwärtig bei 10 bis 11.5% aller 65-jährigen und älteren Menschen, wenn diese alle unabhängig von ihren Wohnverhältnissen (Privathaushalt oder Alters- und Pflegeeinrichtung) betrachtet werden. Bis zum Alter von 79 Jahren sind weniger als 10% pflegebedürftig, wobei im Alter von 80 bis 84 Jahren schon gut ein Fünftel, und von den 85-Jährigen gegen ein Drittel von Hilfe und Pflege abhängig ist (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2003).

Diese Entwicklung bedeutet, dass von einer Zunahme an Personen mit einer Pflegebedürftigkeit auszugehen ist. Das wiederum hat Auswirkungen auf die Partner der Erkrankten, da der Zeitpunkt einer Pflegebedürftigkeit innerhalb einer Partnerschaft aufgrund den individuellen Altersprozessen und den heterogenen Lebensformen (Altersunterschied, u.a.) selten gleichzeitig eintritt. Häufig werden die betroffenen Frauen und Männer in der Anfangsphase ihrer Erkrankung von ihrem Ehe- oder Lebenspartner gepflegt, bis die physische und psychische Belastung nicht mehr zu bewältigen ist und eine stationäre Einweisung ins Pflegeheim unumgänglich wird. Der Übertritt eines Partners in die Pflegeabteilung gilt für das Paar als besonders schwere Krise. Wie wird jedoch die grosse Lebensumstellung, bedingt durch die räumliche Trennung seitens der Partner, die zurückbleiben, erlebt? Finden sich innerhalb der ganzen Belastungsthematik, der Trauer und des Verlusts auch positive Aspekte?

Gewinnen die betroffenen Lebenspartner aufgrund ihrer Lebenssituation Kenntnisse im Wissen um die Belastungen, aber auch um die Ressourcen?

1.2 Fragestellung

Aufgrund der oben dargestellten Thematik wird im Rahmen dieser Arbeit anhand der Befragungen von Frauen und Männern, deren Lebenspartner aufgrund einer stationären Pflegebedürftigkeit im Heim leben, untersucht, ob trotz der belastenden Situation auch „Gewinne im grossen Verlust“ erlebt werden. Dieser empirischen Arbeit liegt folgende Fragestellung zugrunde:

Gibt es eine Ressourcenerweiterung beim zurückbleibenden Lebenspartner infolge einer stationären Pflegebedürftigkeit des Partners im Alter? Falls ja, wie zeigt sich diese?

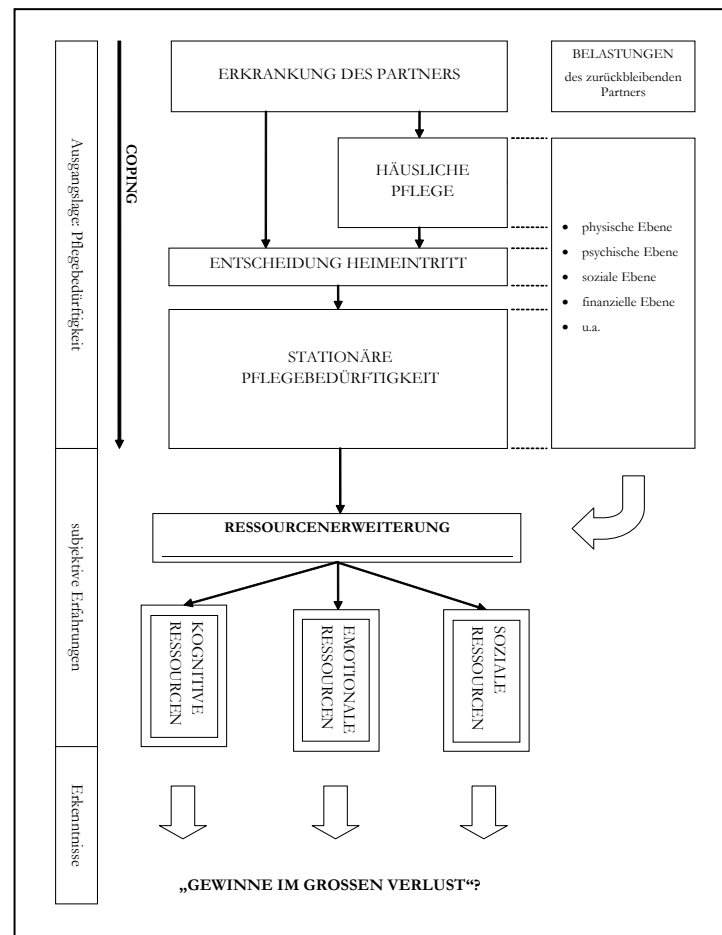
Der Schwerpunkt der qualitativen Untersuchung liegt auf dem Herausarbeiten positiver Aspekte einer persönlichen Ressourcenerweiterung beim zurückbleibenden Lebenspartner, sofern sich diese innerhalb der ganzen Belastungsthematik herauskristallisieren lassen. Aufgrund des qualitativen und explorativen Charakters liegen dieser Bachelorarbeit zu Beginn keine Hypothesen zugrunde.

1.3 Aufbau und Methode

In der Einleitung werden die Thematik, die Fragestellung sowie die Abgrenzung erläutert, worauf ein Überblick zum Aufbau der Arbeit folgt. Das zweite Kapitel nimmt sich den theoretischen Grundlagen an. Darin wird auf die Komplexität des Alters und den Prozess des Alterns in der heutigen Zeit eingegangen. Im Folgenden werden die Herausforderungen älterer Menschen in Bezug auf ihre Entwicklungs- und Veränderungsprozesse dargelegt, worauf anschliessend die Situation von Frauen und Männern, deren Lebenspartner aufgrund einer Erkrankung pflegebedürftig werden, näher beleuchtet wird. Diese führt häufig zur häuslichen Pflege und später zum Entscheid eines Heimeintritts oder direkt von der Erkrankung zur stationären Pflegebedürftigkeit. Diese Stationen sind geprägt von grosser Trauer, Verunsicherung und Belastung. In der Folge werden Aspekte der Ressourcenerweiterung erläutert und es wird aufgezeigt, unter welchen Voraussetzungen diese hervorgehen. Im dritten Kapitel wird die methodische Vorgehensweise ausgeführt, worauf im Anschlusskapitel die Ergebnisse dargestellt werden. Das fünfte Kapitel beinhaltet den Diskussionsteil, in welchem die Ergebnisse auf dem Hintergrund der beschriebenen Theorie interpretiert und kommentiert werden. Im Zentrum stehen die Beantwortung der Fragestellung und das Herausarbeiten von Hypothesen. Abschliessend folgt die Auseinandersetzung mit dem Studiendesign, das Fazit und ein Ausblick mit weiterführenden Fragen.

Die Struktur dieser Arbeit wird anhand folgender Übersichtsgrafik (Abb. 1) verdeutlicht, nach welcher die einzelnen Schwerpunkte abgearbeitet werden.

Abb. 1: Aufbau der Arbeit



Quelle: eigene Grafik

1.4 Abgrenzung

Lebens- oder Ehepartner, welche aufgrund einer stationären Pflegebedürftigkeit ihres Partners zurückbleiben, erhalten, wissenschaftlichen Untersuchungen zu Folge, bis anhin wenig Gehör. Daher gilt das Interesse dieser Bachelorarbeit der persönlichen Sichtweise von Frauen und Männern, die zu Hause leben und deren Lebenspartner im Heim gepflegt werden. Die Thematik wird aus der Perspektive der zurückbleibenden Lebenspartner betrachtet. Im Rahmen dieser Arbeit wird nicht näher auf die Bewältigungsstrategien (Coping) im Umgang mit dieser schwierigen Lebenssituation eingegangen. Ebenso werden die Aneignung der Ressourcen sowie die Alters- und Pflegeerkrankungen (Demenz, Schlaganfall, Herzinfarkt u.a.), welche zur stationären Pflegebedürftigkeit führen können, nicht näher ausgeführt.

2. Theoretischer Teil

2.1 Alter und gesellschaftsstrukturelle Auswirkungen

2.1.1 Begriffsdefinition

Nach Kruse (2007, S. 7/8) stellt das Alter eine eigene Lebensphase dar. In welchem Lebensalter dieser Lebensabschnitt erreicht wird, ab wann demnach ein Mensch als alt gilt, ist keinesfalls nur von den Veränderungen, welche im Prozess des Alterns auftreten, abhängig, sondern ist auch, wenn nicht sogar primär, das Ergebnis gesellschaftlicher Konventionen. In vielen Gesellschaften werden Menschen mit dem Erreichen des Pensionsalters als alt bezeichnet. Backes & Clemens (2003, S. 23) stellen hingegen fest, dass es zunehmend anspruchsvoller wird, die Lebensphase Alter als Teil des Lebenslaufs genau abzugrenzen. Mit dem Tod ist das Ende des Lebens klar begrenzt. Doch ist es immer schwieriger, den Übergang vom mittleren zum höheren Erwachsenenalter – und damit ins Alter – zu bestimmen. Auch die zunehmenden Pluralisierungstendenzen der Lebensformen und weitere Differenzierungsmerkmale des Alters erschweren die Bestimmung von Struktur und Qualität dieser Lebensphase. Klingemann (1996; zit. n. Backes & Clemens, 2003, S. 19) geht sogar davon aus, dass Alter heute aus sozialwissenschaftlicher Sicht gar keine aussagekräftige Kategorie mehr ist. So stellt auch Thiele (2001, S. 19) fest, dass bisher alle Versuche wissenschaftlicher Disziplinen, eine allgemeingültige Definition für den Begriff Alter zu finden, gescheitert sind.

Einig sind sich die einzelnen Wissenschaftszweige darüber, dass der Begriff Alter die Vielfalt und Differenziertheit von Prozessen des Alterns nicht hinreichend beschreiben kann. Diesem Umstand trägt Thiele (2001, S. 19–20) mit der Unterteilung in die fachspezifischen Aspekte des Alters Rechnung:

Das chronologische oder kalendarische Alter beinhaltet die Anzahl gelebter Jahre nach der Geburt eines Menschen und ist bedeutsam für das Erreichen festgelegter Lebensabschnitte (Schuleintrittsalter, Pensionsalter u.a.), welche zu bestimmten Handlungen berechtigen. Das kalendarische Alter ist bezüglich der differenziert verlaufenden Prozesse des Alterns jedoch wenig aussagekräftig.

Das biologische Alter bezieht sich auf die körperlichen Gegebenheiten, welche den altersbedingten Zustand eines Menschen charakterisieren und setzt bereits mit der vollständigen Entwicklung des Organismus ein. Aus dieser Optik betrachtet, ist Altern ein lebenslang andauernder Prozess von Abbau und Verlust, der zum natürlichen Tod führt.

Das *psychologische Alter* bezieht sich dagegen auf den Anpassungsprozess des Menschen im Zeitablauf und drückt sich im subjektiven Altersempfinden aus: „Man ist so alt, wie man sich fühlt.“ Die sogenannte Aktivierungs- und Reaktivierungsfähigkeit werden heute von der Psychologie besonders hoch eingeschätzt. Leistungsfähigkeit und Kompetenz im Alter sind nicht nur von kalendarischem oder biologischem Alter abhängig, sondern von der gesamten Lebenssituation mit allen gesundheitlichen und sozialen Faktoren.

Das *soziologische Alter* ist ein gesellschaftlich vermittelter Altersbegriff, der alle erwähnten Aspekte des kalendarischen, biologischen und psychologischen Alters umfasst und welcher sich mit dem veränderten Status, den Rollen und Positionen im Verhältnis zum mittleren Lebensalter beschäftigt. Der Begriff des soziologischen Alters ist relativ, indem er die jeweils jüngeren Kohorten (Altersgruppen) mit den älteren, hinsichtlich der differenzierten Erwartungen und Reaktionen der Gesellschaft auf Prozesse des Alterns, vergleicht.

Thiele (2001, S. 20) weist ferner darauf hin, dass die Unterscheidung zwischen dem kalendarischen, biologischen, psychologischen und soziologischen Alter sehr bedeutungsvoll ist. Transitionen (Lebensübergänge wie zum Beispiel Grosselternschaft, Scheidung, Krankheit, Unfall u.a.) überlagern den Prozess des Alterns erheblich und können das biologische, psychologische oder auch soziologische Alter erhöhen beziehungsweise heruntersetzen, während das kalendarische dadurch nicht beeinflusst wird. Altern ist demzufolge kein einheitlicher Prozess und wird durch dysfunktionale und begünstigende Faktoren beeinflusst.

2.1.2 Normales, erfolgreiches und pathologisches Alter

Das *normale Altern* orientiert sich laut Martin & Kliegel (2005, S. 25) an durchschnittlichen oder typischen Entwicklungsverläufen, also innerhalb einer durchschnittlichen Altersnorm. Häufig wird darunter das Altern ohne chronische Erkrankungen (Alzheimer, Demenz, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) verstanden. Dagegen beinhaltet das *pathologische Altern* Veränderungsprozesse, die mit einer chronischen Erkrankung einhergehen. Als *erfolgreiches Altern* wird allgemein bezeichnet, wenn die alternden Personen selbst einen Zustand der Zufriedenheit empfinden, weil es ihnen gelingt, sich an die veränderte Lebenssituation im Alter anzupassen (Havighurst, 1972 zit. n. Martin & Kliegel, 2005, S. 25).

2.1.3 Auswirkung der demografischen Entwicklung

Der Anteil älterer Menschen nimmt an der Gesamtbevölkerung stetig zu, was Lehr (2007, S. 30) mit ergrauende Welt bezeichnet. Diese beruht zum einen auf der zunehmenden Lebenserwartung, zum anderen auf dem Rückgang der Geburtenrate. Erstmals seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erleben wir eine demografische Revolution, welche unsere gesellschaftliche Realität in unvorhergesehenem Masse beeinflusst. Das Alter kann heutzutage, bedingt durch die steigende Lebenserwartung, ein Viertel und mehr unserer gesamten Lebensspanne

umfassen, was gemäss Schlumpf (2005, S. 12) weitreichende soziale und gesellschaftliche Folgen mit sich bringt. In der Schweiz lag die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2009 für Frauen bei 84,4 Jahren und für Männer bei 79,8 Jahren (BFS, 2010a). Die Annahme einer in Zukunft weiter ansteigenden durchschnittlichen Lebenserwartung scheint nach Kruse & Wahl (2010, S. 31) realistisch. In diesem Zusammenhang weisen Höpflinger & Hugentobler (2005, S. 29) darauf hin, dass gesellschaftspolitisch nicht allein die Zahl älterer Menschen bedeutsam ist, sondern auch das relative Verhältnis der verschiedenen Altersgruppen zueinander.

Die folgende Tabelle (Tab. 1) zeigt den Anteil älterer Männer und Frauen in den verschiedenen Altersgruppen, die eine Lebenspartnerin beziehungsweise einen Lebenspartner haben. Im Gegensatz zu herkömmlichen Darstellungen werden nicht nur EhepartnerInnen, sondern auch unverheiratet zusammenlebende ältere Menschen berücksichtigt. Vor allem nicht eheliche Lebensgemeinschaften sind gemäss Höpflinger & Stuckelberger (vgl. 1999, zit. n. Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 31) bei jüngeren Rentnergenerationen häufiger anzutreffen – eine Entwicklung, die sich in Zukunft verstärken wird.

Tab. 1: Lebenspartner und Lebenspartnerin im Alter

Partnerbeziehung nach Alter und Geschlecht, 1980 – 2010						
Anteil der in Paarbeziehung Lebenden*						
Altersgruppe	65 – 69	70 – 74	75–79	80–84	85–89	90+
Männer						
1980	81%	76%	69%	58%	45%	30%
2010 geschätzt**	83%	83%	80%	71%	62%	48%
Frauen						
1980	54%	42%	29%	17%	9%	3%
2010 geschätzt**	64%	56%	43%	32%	18%	10%
* Verheiratete Personen und nicht verheiratet zusammenlebende Personen (Quelle: Schweiz. Bevölkerungsbewegung und Schweiz. Haushaltspanel-Daten für 2000) ** Basierend auf einer kohortenspezifischen Umrechnung der Partnerschaftsbeziehungen						

Quelle: Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 31

Trend

Laut Statistisches Jahrbuch 2010 ist im Verlauf des 20. Jahrhunderts der Anteil Jugendlicher (unter 20 Jahre) in der Schweiz von 40,7% (1900) auf 21,2% (2008) gesunken. Bei den älteren Menschen (über 64 Jahre) stieg er von 5,8% auf 16,6% an und bei den Betagten (80+) ist der Anstieg von 0,5% auf 4,7% ganz besonders ausgeprägt. Dieser Trend dürfte sich auch in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen. Für 2050 wird ein Anstieg der über 65-jährigen Personen von 16,6% (2008) auf rund 28% erwartet. Das verhältnismässig starke Bevölkerungswachstum älterer Menschen ab 65 Jahren beruht auf den Babyboom-Jahrgängen, die zwischen 2010 und 2035 kontinuierlich ins Rentenalter kommen werden.

2.1.4 Feminisierung

Die markant längere Lebenserwartung der Frauen führt nach Höpflinger, (2004, S. 61) zu einer deutlichen Feminisierung des Alters und ist weitgehend ein Phänomen des 20. Jahrhunderts. Der Autor geht davon aus, dass sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung vor allem mit steigender industrieller Entwicklung und verstärkter Urbanisierung vergrössern, und so die Langlebigkeit der Frauen ein bedeutsames gesellschaftliches Phänomen jeder modernen Gesellschaft sein wird. Der Frauenanteil an der über 75-jährigen Bevölkerung betrug 1996 65% und wird hochgerechnet im Jahr 2025 noch rund 59% ausmachen. Mögliche Ursachen für die höhere Lebenserwartung von Frauen, beziehungsweise für die Übersterblichkeit der Männer sieht Höpflinger (S. 65) in den konstitutionellen und immunbiologischen Vorteilen des weiblichen Geschlechts, den genetischen Unterschieden, dem geschlechtsspezifisch geprägten Gesundheits- und Risikoverhalten sowie den unterschiedlichen Lebenswelten von Frauen und Männern.

Wie erwähnt, lassen sich heute deutliche Unterschiede in Bezug auf das Altern zwischen Frauen und Männern erkennen: Gemäss Kruse (2007, S. 13) sind bei Frauen im Durchschnitt die körperlichen und psychischen Funktionen früher eingeschränkt als bei Männern, vor allem die Frauen sind in sozialer und materieller Hinsicht oft benachteiligt. Höpflinger (2004, S. 68–71) weist ebenfalls darauf hin, dass sich im höheren Lebensalter ein zunehmendes Auseinanderfallen der Lebensformen von Frauen und Männern zeigt. Des Weiteren macht er auf die sozialen Normen aufmerksam, welche durch die Folgen der weiblichen Langlebigkeit verschärft werden. So ist deren Kombination mit den traditionellen Normen der Partnerwahl (Männer heiraten meist jüngere Frauen) dafür verantwortlich, dass Verwitwung vorwiegend ein Frauenschicksal darstellt. Während etwa 54% aller 85- bis 89-jährigen Männer in der Schweiz verheiratet sind, sind dies nur noch 12% der gleichaltrigen Frauen. Neben Unterschieden punkto Lebenserwartung und Heiratsalter ist dafür auch die höhere Wiederverheiratsquote älterer Männer verantwortlich (S. 69).

2.1.5 Hochaltrigkeit

Die erhöhte Lebenserwartung geht mit einem Anstieg langlebiger Menschen einher. Was laut Dibelius & Uzarevicz (2006, S. 16) bisher noch wenigen Menschen vergönnt war, nämlich ihren 100. Geburtstag zu erleben, wird für jetzige und zukünftige Generationen zum Alltagsphänomen. Aufgrund der individuellen Unterschiede des Alterns kann der Beginn der Hochaltrigkeit nicht eindeutig beantwortet werden, selbst wenn aus pragmatischen Gründen oft die Grenze von 80 Jahren verwendet wird (Höpflinger, 2003, S. 4).

Der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen an der gesamten schweizerischen Wohnbevölkerung wird sich bis 2050 mehr als verdoppeln (von 4 % auf 8,5 %). Je nach Annahme wird sich die Zahl von gegenwärtig rund 370'000 Personen (BFS, 2010a) bis 2050 auf

608'000 bis 720'000 Menschen erhöhen, um danach – aufgrund des Wegsterbens der „Babyboom-Generation“ zu sinken. Da Frauen auch zukünftig länger leben als Männer, bleibt der Frauenanteil bei den 80-jährigen und älteren Menschen hoch (2000: 67%, 2060: 63%). Voraussichtlich erfährt auch die Zahl der 90-jährigen und älteren Menschen eine klare zahlenmässige Zunahme von gegenwärtig rund 46'000 bis auf – je nach Szenario –110'000 bis 146'000 Personen im Jahr 2060. Dabei dürfte sich der Frauenanteil innerhalb dieser Altersgruppe nur leicht reduzieren, von heute 77% auf 74% im Jahre 2060. Hochaltrigkeit ist und bleibt primär Frauenschicksal (Höpflinger, 2003, S. 6).

2.2 Gerontopsychologie

2.2.1 Begriffsdefinition

Unter dem Begriff der Gerontopsychologie wird die *Psychologie des Alterns* verstanden, die sich mit den Entwicklungs- und Veränderungsprozessen von Menschen ab dem 60. Lebensjahr befasst (Martin & Kliegel, 2005, S. 13).

2.2.2 Altern im 21. Jahrhundert

Das Wort alt leitet sich gemäss Kruse & Wahl (2010, S. 10) sprachwissenschaftlich wohl aus dem indogermanischen Wortstamm *al* ab und bezeichnet damit Prozesse wie wachsen und reifen. Diese wichtige Grundeinsicht beinhaltet, dass es beim Altern um Wachstum und um Reifung geht, wobei auch die Vergänglichkeit und die Nähe zum Tod eingeschlossen sind. Altern erweist sich aus Sicht der Psychologie als ein höchst dynamischer Prozess, bei dem nicht zuletzt Ziele ständig angepasst, verändert und bisweilen auch aufgegeben werden (S. 195). Diesem dynamischen Alterungsprozess liegt gemäss Vogt (2001, S. 66) auch eine Paarbeziehung zugrunde und er stellt fest, dass Partner nicht gleich altern, auch wenn beide altern, was unter anderem an der unterschiedlichen Vitalität beider Partner deutlich wird.

2.2.3 Differentielles Altern

Körperliche und kognitive Abbauprozesse als Ausdruck des biologischen Alterns vollziehen sich unvermeidlich, sie machen das Alter zum unabwendbaren Schicksal, das jeden ereilt, wenn auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlicher Geschwindigkeit (Peters, 2004, S. 226). Im höheren Lebensalter werden laut Höpflinger & Hugentobler (2005, S. 39) gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden häufiger, wobei alt nicht mit gleich krank gleichzusetzen ist. Dabei ist nicht primär das numerische Alter für das Auftreten von Krankheiten, Beschwerden und Behinderungen verantwortlich, entscheidend sind vielmehr soziale und lebensgeschichtliche Einflüsse. Gemäss den beiden Autoren gilt diese Feststellung vor allem für Menschen unter 80 Jahren, und sie fügen hinzu, dass altersbiologische Faktoren erst im hohen Lebensalter ins Gewicht fallen. Des Weiteren gehen

Höpflinger & Stuckelberger (1999, S. 22) davon aus, dass die Relativierung des (chronologischen) Alters als erklärende Variable durch das Konzept differentiellen Alterns ersetzt wird. Damit werden zum einen die grossen sozialen, psychischen und körperlichen Unterschiede zwischen gleichaltrigen Menschen angesprochen, zum anderen wird mit dem Begriff des differentiellen Alterns aber auch deutlich, dass die Prozesse des Alterns bei ein und derselben Person je nach Funktionsbereich unterschiedlich verlaufen können. Gerade in modernen Gesellschaften ist auffallend, wie sich gleichaltrige Frauen und Männer oft in ihrem psychischen und gesundheitlichen Befinden unterscheiden.

2.2.4 Vom Defizitmodell zum erfolgreichen Altern

Lange basierte laut Perrig-Chiello & Höpflinger (2009, S. 28) die gerontologische Forschung auf Defizitmodellen, welche davon ausgingen, dass Altern im Wesentlichen ein Abbau wichtiger Funktionen wie geistiger und körperlicher Abbau, Verlust von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenz sei. Dies galt gemäss Schlumpf (2005, S. 186) bis Mitte der 60er – Jahre und wurde danach durch das Aktivitätsmodell, welches ein zufriedenes Altern nur bei Erbringung von Leistung und vielfältigen Sozialkontakten für möglich hält, abgelöst. In den 80er – Jahren brachte dann das Kompetenzmodell eine weitere Korrektur der bisherigen Alterstheorien. Alter umfasst nun eine Lebensspanne von zwei bis drei Jahrzehnten, in welchen man verschiedene Entwicklungen durchmacht und sich verschiedenen Ereignissen stellen muss. Das Kompetenzmodell umschreibt eine Lebenshaltung und die Fähigkeit eines Menschen, sein Leben entsprechend seinen Möglichkeiten zu gestalten sowie die Handlungsspielräume und Potenziale des Alters zu nutzen (S. 187). Ressourcenorientierte Modelle, wie dasjenige des erfolgreichen Alterns kamen erst in den letzten zwei Jahrzehnten zum Zug (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2009, S. 28/29). Diese Bezeichnung wurde von Havighurst (1963) als inneren Zustand der Zufriedenheit und des Glücks umschrieben, der sich vor allem dann einstellt, wenn eine Zufriedenheit mit dem bisherigen Leben, mit der eigenen Entwicklung und ausserdem ein gewisses Wohlbefinden in der gegenwärtigen Lebenssituation gegeben ist. Hier wirken sowohl extrinsische wie auch intrinsische Faktoren zusammen, günstige objektive Gegebenheiten als auch eine positive innere Einstellung. Erfolgreiches Altern hat demnach eine objektive und eine subjektive Komponente (Lehr, 2007, S. 56).

2.2.5 Entwicklungsaufgaben im Alter

In der Entwicklungspsychologie geht man heute von individuellen Entwicklungsprozessen über die gesamte Lebensspanne aus (Baltes & Baltes, 1989, S.5). Dabei fordert auch das Alter innerhalb des lebenslangen Entwicklungsprozesses die Bewältigung verschiedener Entwicklungsaufgaben. In der Psychologie besagt das Konzept der Entwicklungsaufgaben, welches von Havighurst formuliert wurde, dass das Individuum in jeder Altersstufe spezielle Aufgaben zu bewältigen hat. Dabei stellt Havighurst (1972, zit. nach Martin & Kliegel, 2005, S. 44)

vor allem die Anpassungsnotwendigkeit an die veränderten Lebensumstände heraus und nennt in Bezug auf das Alter folgende Entwicklungsaufgaben:

- *Anpassung an abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit und Gesundheit*
- *Anpassung an den Partnerverlust (mögliche Prozesse zur Zielerreichung: Intensivierung von Sozialkontakten)*
- *Anpassung an den beruflichen Ruhestand und an ein vermindertes Einkommen*
- *Anpassung an den Umstand, dass der Status eines älteren Menschen erlangt ist und eine Bejahung der Zugehörigkeit zu dieser Altersgruppe*
- *Flexible Veränderung des Rollenrepertoires (z.B. Grosselternrolle)*

Montada (1996, S. 389) wiederum führt folgende Aufgaben im Alter auf:

- *Verluste bewältigen*
- *Ziele aufgeben, die nicht mehr verfolgt werden können*
- *Ziele verfolgen, die möglich und lohnend sind*
- *Verluste, so gut es geht, zu kompensieren*
- *Die Endlichkeit ohne Bitterkeit zu akzeptieren*

Unter den Entwicklungsaufgaben versteht man soziale Erwartungen, die in bestimmten Lebensabschnitten an die Person herangetragen werden. Die erfolgreiche Bewältigung dieser Herausforderungen trägt zum Wohlbefinden bei, wobei das Misslingen zu Unzufriedenheit und Missbilligung der Gesellschaft führt (Langfeldt, 2006, S. 19).

Untersuchungen (Brandstätter & Wentura 1994, Kastenbaum 1982) zeigen auf, dass im Alter eine stärkere Vergangenheitsorientierung vorhanden ist, wobei positive Gedanken an die Vergangenheit das Wohlbefinden fördern (Peters, 2004, S. 115). Die zum negativen Altersstereotyp gehörende Auffassung, wonach ältere Menschen vorwiegend in der Vergangenheit leben, kann laut dem Autor allerdings als widerlegt betrachtet werden. Ältere Menschen befassen sich auch mit ihrer Zukunft und sind in der Lage, Pläne und Ziele zu entwerfen, was Fisseni (1995) mit *temporaler Kompetenz* bezeichnet. Diese beinhaltet die Integration unterschiedlicher zeitlicher Perspektiven wie Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Ältere Menschen, denen es gelingt, sich hoffnungsvoll auf zukünftige Ziele auszurichten, sind weniger depressiv und enttäuscht und verfügen gemäss Mönks et al. (1995, zit. n. Peters, 2004, S. 116) über ein höheres Gefühl von Selbstkontrolle und Selbstwertschätzung. Erst eine überwiegende oder gar ausschliessliche Vergangenheitsorientierung kann als Ausdruck eines negativen Altersverlaufs interpretiert werden (Peters, 2004, S. 117). Es ist möglich, dass die Entwicklung in die Richtung von reduzierten sozialen Rollen, Leistungsabbau oder Kompetenz-

verlust führt. Gleichermassen kann sie jedoch mit Kompensation von Verlusten, Kompetenzerweiterung oder auch einem Wachstum der Persönlichkeit einhergehen (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2002, S. 166).

2.2.6 Kritische Lebensereignisse

Im Alter können gemäss Faltermayer, Mayring, Saup & Strehmel (2002, S. 194) folgende Situationen zu den kritischen Lebensereignissen gezählt werden: Eintritt in den beruflichen Ruhestand, Verwitung, Übersiedlung in eine Altersinstitution, Krankheit und Pflegebedürftigkeit, Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens. Die Verlustthematik erfährt im fortgeschrittenen Lebenslauf eine besondere Akzentuierung, und kein anderes Thema drückt dem Alter in ähnlicher Weise seinen Stempel auf (Peters, 2004, S. 198).

Das Älterwerden ist laut Perrig-Chiello, P. (2004, S. 6) gekennzeichnet durch eine zunehmende Zahl von nicht normativen Transitionen (biografische Übergänge) aufgrund von kritischen Lebensereignissen. Ein häufiges kritisches Lebensereignis in der zweiten Lebenshälfte ist der Verlust des Partners was mit einer Vielfalt an Gefühlen wie Trauer, Wut, Schuld, Angst, Einsamkeit, Müdigkeit, Schock, Existenzangst, aber auch Erleichterung einhergeht. Ihnen allen ist gemeinsam, dass von einer alten und sinnstiftenden Rolle Abschied genommen werden muss, dass ein Loslassen, ein Trauern stattfindet. Das Akzeptieren-Lernen von Verlusten erfordert von den Betroffenen eine einschneidende Umgewichtung von Lebenszielen und Erwartungen, insbesondere dann, wenn der Mensch auf unabänderliche Lebensumstände stösst. Im Umgang mit Transitionen gibt es grosse individuelle Unterschiede, welche abhängig sind von der Persönlichkeit und von der individuellen Biografie. Vielfach werden auch die geschlechtstypischen Bewältigungsstile hervorgehoben, wonach Frauen eher emotionsgebundene, Männer eher handlungsgebundene Strategien bevorzugen. Gemäss der Autorin (S. 8) sei dahingestellt, inwiefern der eine oder andere Stil effizienter ist. Entscheidend ist, dass die Menschen über ein vielfältiges Repertoire verfügen und es auch nutzen. Transitionen können je nach zur Verfügung stehenden physischen, psychischen und sozialen Ressourcen entweder Herausforderungen mit neuen Chancen oder schwer zu überwindende Lebenskrisen bedeuten.

2.3 Pflegebedürftigkeit

2.3.1 Begriffsdefinition, Ausbreitung und Vorkommen

Für die Definition der Pflegebedürftigkeit werden laut Höpflinger & Hugentobler (2005, S. 48) häufig die ADL-Kriterien („activity of daily living“) verwendet. Diese beinhalten die Fähigkeit beziehungsweise Unfähigkeit, sich selbst an- und auszukleiden, selbstständig zu

Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen, die Körperpflege zu verrichten und sich zumindest innerhalb der Wohnung zu bewegen.

2.3.2 Ursachen

Die Angst vor Pflegebedürftigkeit ist allen Untersuchungen zufolge stärker als die Angst vor dem Tod selbst. Dies ist darauf zurückzuführen, dass damit eine existenzielle menschliche Abhängigkeitserfahrung verknüpft ist, die fundamentalen Werten und Idealen widerspricht, die in unserem Erwachsenenleben eine so hohe Bedeutung erlangt haben. Einigen Erkrankungen fallen im Hinblick auf Hilfs- und Pflegebedürftigkeit eine besondere Rolle zu. Neben hirnorganischen Störungen (Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, Parkinson u.a.) ist hier vor allem der Schlaganfall zu nennen, der den Menschen unverhofft und aus heiterem Himmel trifft, so dass sich das ganze Leben unvermittelt verändert (Peters, 2004, S. 237–238).

Nach Mager (1999, zit. nach Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 48) ist Pflegebedürftigkeit insbesondere im hohen Lebensalter zumeist nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen, sondern die Folge verschiedener alters- und krankheitsbedingter Faktoren. Gemäss Höpflinger & Hugentobler (2005, S. 48) ist das Zusammenwirken verschiedener Krankheiten (Multimorbidität) im hohen Lebensalter häufig. Da das Risiko funktionaler Störungen mit dem Alter zunimmt, ist folglich auch ein Anstieg betagter Menschen zu erwarten. Erst ab dem 80. Altersjahr wird Hilfsbedürftigkeit zu einem epidemiologisch relevanten Problem, schreibt Oppikofer (2009, S. 30) und fügt hinzu, dass demnach ältere Menschen heute nicht nur länger, sondern auch länger behinderungsfrei leben als frühere Generationen.

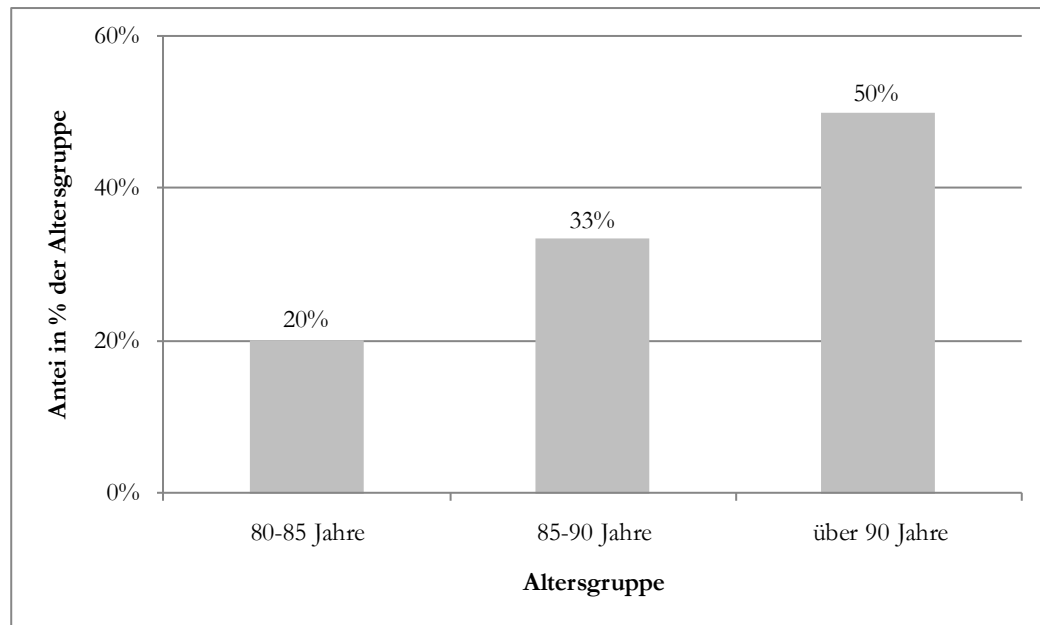
2.3.3 Umfang und Bedeutung

In der Schweiz liegt, in Zahlen ausgedrückt, die Pflegebedürftigkeit von allen älteren Menschen ab 65 Jahren, unabhängig von ihren Wohnverhältnissen (Privathaushalt oder Alters- und Pflegeeinrichtung), gegenwärtig bei 10 bis 11,5% (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 48). Laut dem Autorenpaar sind bis zum Alter von 79 Jahren weniger als 10% pflegebedürftig. Im Alter von 80 bis 84 Jahren sind gut ein Fünftel und von den über 85-Jährigen sind gut ein Drittel auf Hilfe und Pflege angewiesen (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2003).

Kruse & Wahl (2010, S. 465) prognostizieren eine deutliche Zunahme schwer pflegebedürftiger Menschen. Gemäss den Autoren hat sich die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen in Privathaushalten im Zeitraum zwischen 1991 und 2002 kaum verändert, jedoch erbrachte eine Untersuchung aus dem Jahr 2007 (Schäufele et al. 2007), eine deutliche Zunahme schwer pflegebedürftiger Menschen in Heimen. Auch Dibelius & Uzarevicz (2006, S. 17) sind der Meinung, dass die gestiegene Lebenserwartung nicht unbe-

dingt zu einer Ausweitung der Pflegebedürftigkeit führt, dass aber die Wahrscheinlichkeit mit der Erreichung der Hochaltrigkeit steigt.

Abb. 2: Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei hochaltrigen Menschen



Quelle: BMFSFJ, 2001, S.83–84; eigene Darstellung

Gemäss Dibelius & Uzarevicz (2006, S. 18) nimmt das Risiko pflegebedürftig zu werden bei hochaltrigen Menschen exponentiell zu (Abb. 2).

2.3.4 Lastenverteilung in der häuslichen Pflege

Laut Buijssen (1996, S. 18) ist bei Ehepaaren die Entscheidung, ihren Partner zu pflegen, wenn dieser hilfsbedürftig wird, etwas Selbstverständliches. Menschen können positive, aber auch negative Gründe für die Übernahme der Pflege haben, vielfach liegen diese hinter dem Motiv Selbstverständlichkeit verborgen.

Zur positiven Motivation zählen Aspekte wie Liebe oder Zuneigung, etwas zurückgeben wollen, gerne jemanden pflegen, Verantwortungs- oder Pflichtgefühl, Selbstvertrauen, Sinngebung und Lebensziel, Kontaktbedürfnis, Glaubensüberzeugung. Es gibt jedoch auch Faktoren, die eher dafür sprechen, die Pflege eines Angehörigen nicht auf sich zu nehmen (S. 20). Dazu gehören zum Beispiel schlechte Beziehung zum Angehörigen, schlechter Gesundheitszustand, anderweitige Verpflichtungen, mangelnde Assertivität (sich noch immer untergeben oder unterlegen fühlen), früheres Versprechen, Verurteilung durch andere vermeiden. Die andauernde Belastung durch Pflegeaufgaben kann zu negativen Konsequenzen für das psychische Wohlbefinden der Pflegenden führen. Insbesondere verursacht die

nächtliche Pflege Schlafstörungen, sodass Pflegende eine Hochrisikogruppe für Erschöpfung, Schlaf- und Appetitstörungen sind (Gutzmann & Zank, 2005, S. 156–157). Ebenso verursacht Pflege wesentliche Einschränkungen auf die ausserfamiliären sozialen Kontakte und Aktivitäten, was zu einer schmerzlich erlebten Isolierung führen kann.

Vollenwyder (2006, S. 32) weist darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit der Krankheit, dem Zerfall einer Persönlichkeit wie auch die Schuldgefühle, meist noch schwieriger zu ertragen sind als die körperliche Anstrengung. Es schmerzt unheimlich, die fortschreitende Krankheit mitzuerleben und an der Situation doch nichts ändern zu können. Angehörige empfinden es als eine besondere Quelle psychischer Belastung, wenn Entscheidungen getroffen werden müssen, die das Leben und die Behandlung des Pflegebedürftigen direkt betreffen, ohne sich dabei mit ihm darüber verständigen zu können (Hirschmann et al., 2006, zit. n. Engel, 2008, S. 200). Daneben werden laut Engel (2008, S. 201) viele pflegende Angehörige durch die gesamte Zeit häuslicher Pflege von Schuldgefühlen begleitet, welche sich sogar verstärken, wenn es zu einem Umzug ins Heim kommt. Diese Gefühle der Schuld sind einerseits im Zusammenhang mit der Ohnmacht zu verstehen, welche aufgrund der nicht aufhaltbaren Erkrankungen des Pflegebedürftigen empfunden werden und andererseits entspringt das Schuldgefühl dem Konflikt zwischen den Bedürfnissen nach Autonomie, Unabhängigkeit und Freiräumen. Zudem erleben Angehörige gemäss dem Autor (S. 202) häufig Rollenkonflikte und können wegen anderer Aufgaben nicht immer in dem Ausmass für die erkrankte Person da sein, wie dieser es sich vielleicht wünschen würde.

Engel (2008, S. 202–204) macht auf Studien aufmerksam, welche die Belastungen von pflegenden Angehörigen einer chronisch erkrankten Person mit Pflegebedürftigkeit untersuchten. Diese verweisen auf belastende Effekte innerhalb der folgenden vier Lebensbereiche:

Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Studien belegen, dass häusliche Pflege negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden der informellen Pflegeperson hat: So zeigte sich unter pflegenden Angehörigen eine signifikant höhere Depressionsrate im Vergleich zu Nichtpflegenden (Zarit & Edwards, 1999; Pinquart & Sörensen, 2003). Zudem verweisen Pinquart & Sörensen auf ein signifikant stärkeres Stresserleben und eine stark reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung im Vergleich zu Nichtpflegenden.

Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit

Auch konnten eine Reihe von negativen Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen unter rein somatischer Perspektive aufgezeigt werden. Neben chronischen Schmerzen, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit ergaben Untersuchungen auch ein erhöhtes Mass an Magen- und Herzbeschwerden (Adler et al., 1996). Aufgrund der chronischen Belastung lei-

den pflegende Angehörige häufiger an einem geschwächten Immunsystem sowie einer schlechteren Wundheilung (Kiecolt-Glaser et al., 1995) und sind einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse ausgesetzt.

Auswirkungen auf das soziale Leben

Aufgrund der zeitlichen Beanspruchung durch die Pflege, der Aufgabe der Erwerbstätigkeit, Konflikten mit anderen Familienangehörigen, der Scham über störendes Verhalten des Pflegebedürftigen und den Abbau der Kommunikationsfähigkeit kommt es gemäss Wilz et al. (2001) sowohl hinsichtlich Qualität als auch Quantität zu starken Einbussen der inner- und ausserfamiliären Beziehungen.

Auswirkungen auf die finanziell-materielle Situation

Die häusliche Pflegeübernahme führt für viele Angehörige zu einer Einschränkung der Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflegeleistungen, die sich nicht mehr miteinander vereinbaren lassen und letztendlich zu deutlichen finanziellen Einbussen führen (Schneekloth & Wahl, 2005).

Bei verheirateten Pflegebedürftigen ist in der Regel die Ehepartnerin beziehungsweise der Ehepartner die hauptverantwortliche Person, die die Pflege übernimmt (Tesch-Römer & Andrick, 2011, S. 89). Bemerkenswert ist, dass heute über 60% der Hauptpflegepersonen (Partner oder Kinder), die die häusliche Pflege übernehmen, 55 Jahre und älter sind. Laut den beiden Autoren sind es also vor allem ältere Menschen, die Verantwortung für alte und sehr alte Menschen tragen. Allerdings sank in den letzten Jahren die Zahl der Menschen, die zu Hause gepflegt wurden, während die Zahl der stationär in Pflegeeinrichtungen Versorgten anstieg: von 23% im Jahr 1996 auf 32% im Jahr 2007 (709 000 Pflegebedürftige).

2.3.5 Auswirkungen von Erkrankungen auf die Paarbeziehung

Nach der Zeit der Diagnose gilt es nach Vollenwyder (2006, S. 19) vieles zu planen und zu organisieren: Wie sind die finanziellen Verhältnisse geregelt? Wo soll der Erkrankte betreut werden? Welche Unterstützung ist nötig, wenn er zu Hause bleibt und in welchem Heim möchte er schliesslich die letzte Zeit verbringen? Des Weiteren gilt es, Vollmachten auszustellen, falls möglich eine Patientenverfügung zu verfassen, den letzten Willen festzuhalten und sich langsam auf den Abschied einzustellen. Die Erkrankung eines Partners wirkt sich gemäss Vogt (2001, S. 94) immer auch auf die Beziehung des Paares aus. So ergeben sich insbesondere bei chronischen Erkrankungen aufseiten des Erkrankten zunehmende Schamgefühle (z.B. bei Inkontinenz) sowie verstärkte Ängste, den anderen stark zu belasten, nicht verstanden oder gar verlassen zu werden. Unter Umständen führt dies zu einer unklaren Kommunikation. Ebenso treten aber auch Distanzerlebnisse und Konflikte stärker hervor und lassen sich nicht mehr verbergen beziehungsweise kompensieren (S. 95). Zugleich

verändert sich die Balance zwischen Geben und Nehmen der Partner, zumal Partnerschaft im Sinne von Ebenbürtigkeit nicht mehr lebbar ist, schreibt Vogt. Eine chronische Erkrankung führt aber auch aufseiten des gesunden Partners zu weitreichenden Veränderungen. So kann der Umgang mit Freiheit und Abhängigkeit, mit Hoffnung und Resignation, der alleinigen Zuständigkeit bei Alltagsdingen, mit eigenen Körperreaktionen auf die Erkrankung (z.B. Ekel bei einer Inkontinenz des Partners) zu Entfremdung, Abwehr, Aggression und Konflikten führen. Vor allem dann, meint Vogt (2001, S. 95), wenn es sich um eine wesensverändernde Krankheit handelt, wird das Bild vom Gegenüber nachhaltig verändert. Dabei wird die Stabilität innerhalb der Beziehung als bedroht erlebt, zumal die stabilisierenden Faktoren der Sozialkontakte wegbrechen.

Ob miteinander über die Krankheit, deren Verlauf sowie die Zukunft gesprochen wird, ist unterschiedlich und hängt weitgehend von bisherigen Gewohnheiten und der Gesprächskultur innerhalb des Paares und der Familie ab, schreibt Vollenwyder (2006, S. 18). Dem fügt sie hinzu, dass viele alte Ehepaare sich ohne Worte verstehen und es gerade früher weniger üblich war, alle persönlichen Sorgen miteinander zu besprechen. Doch gerade auch der gesunde Partner muss vorsorgen und sich frühzeitig nach geeigneten Unterstützungsangeboten umsehen. Es steht eine harte Zeit bevor. Wie kann mit den eigenen Kräften haushälterisch umgegangen werden? Wer wird einen darin unterstützen? Wichtig ist auch, sich frühzeitig nach geeigneten Unterstützungsangeboten umzusehen (S. 19). Insbesondere das Wissen um die Krankheit und ihr Fortschreiten ist für den gesunden Partner entlastend und er lernt, dass das Verhalten des Kranken nicht böser Absicht entspringt, sondern vielmehr ein Symptom der Krankheit ist. Gerade Selbsthilfegruppen für Betroffene wie auch spezielle Angehörigen-Gruppen können hilfreich sein. Es können Gefühle mitgeteilt werden, und Ängste, Hoffnungen, Trauer, Schmerz und Wut werden verstanden. Langjährige Mitglieder sind Experten auf ihrem Gebiet und unterstützen im Erfahrungsaustausch Menschen in dieser Situation (S. 20).

Der Wunsch eines Paares, basierend auf der Reflexion der vergangenen Partnerschaftsgeschichte in einer objektiven und subjektiven Sichtweise mit dem Ziel, Präferenzen für die Zukunft zu entwickeln, wird umso vordringlicher, je mehr sich das Gefühl etabliert, nicht unbegrenzt Zeit zu haben (Vogt, 2001, S. 96). In absehbarer Zeit gilt es, anstehende Veränderungen und Entscheidungen zu treffen. Immer wieder zeigt sich dabei die grosse Schwierigkeit, als Paar über das Sterben und den Tod sowie die Konsequenzen für die weitere Lebensführung zu sprechen. Dabei ist laut Vogt die Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Tod die Voraussetzung für das Erkennen und den Nutzen der zurzeit vorhandenen Ressourcen und Möglichkeiten. So kann gerade auch die Phase des Sterbens zu einem gegenseitigen Erleben tiefer und persönlicher Nähe werden. Dem gegenüber steht die Angst, den Partner zu verlieren, wie die Erfahrung des Autors zeigt. Dabei wird die Angst vor Vereinsamung häufig mit dem Verlust des Partners assoziiert, denn mit ihm werden eigene Entwick-

lungsmöglichkeiten verbunden. Dies ist umso bedeutender, wenn der erkrankte Partner für die Sozialkontakte nahezu allein verantwortlich war. Bereits die Verringerung kognitiver Fähigkeiten und gesundheitlicher Möglichkeiten werden als einschneidend erlebt, jedoch zählt der Verlust des Partners (krankheitsbedingt oder durch Tod) zu den umwälzenden Erfahrungen, die einer besonderen Trauerarbeit bedürfen. Solche Verluste ziehen weitere, wie die Selbstständigkeit, Geld oder Wohnung, nach sich. Insbesondere führen gerade Partnerverluste bei älteren Menschen zu Hilflosigkeit, Zukunftsangst, Orientierungsproblemen oder zu Verzweiflung. Vor allem Einsamkeit, das innere Gefühl auf sich selbst zurückgeworfen sein, kann blockierend wirken (Vogt, 2001, S. 97).

2.3.6 Heimeintritt

In einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit wird die Altersinstitution jedoch zum wichtigsten Bestandteil der Betreuung. Viele Angehörige sträuben sich gegen die Vorstellung, eine geliebte Person in fremde Obhut zu geben. Es plagen sie Schuldgefühle: Habe ich nicht geschworen, immer für die kranke Person da zu sein und sie niemals im Stich zu lassen? Zweifel kommen auf: Habe ich versagt? Hätte ich sie/ihn nicht doch noch bis zum Schluss bei mir behalten können? Auch die eigene Zukunft wird hinterfragt: Kann ich mir das leisten? Wie gehe ich mit dem Alleinsein um? (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010)

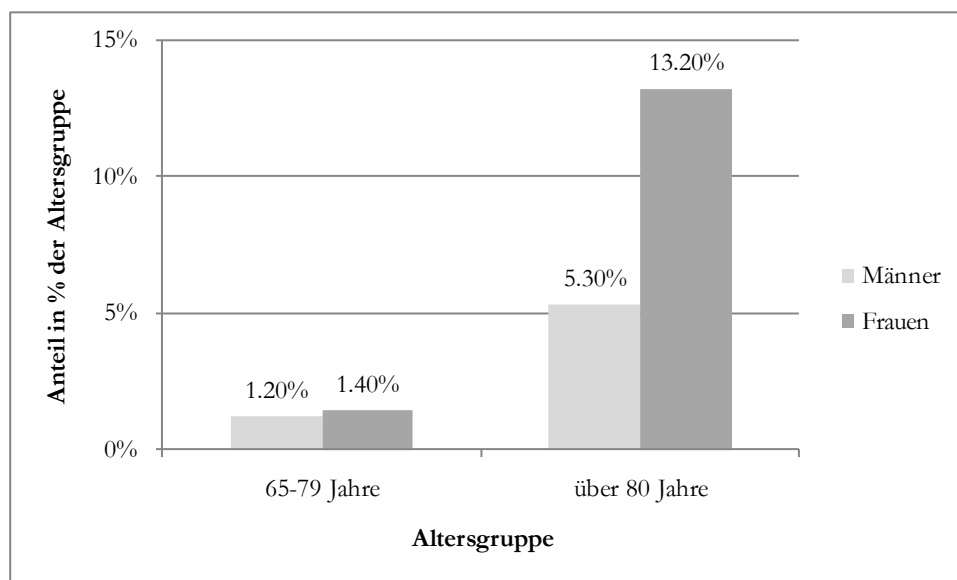
Zweifellos stellt ein Heimeintritt nach Lehr (2007, S. 313) einen sehr einschneidenden Abschnitt im Leben Älterer dar, wobei allein die Entscheidung für eine Heimplatzierung für die Zurückbleibenden emotional extrem stark belastend ist (Zarit & Whitlatch, 1992, zit. n. Ugolini, 2009, S. 7). Unter anderem ist dies darauf zurückzuführen, dass das Alters- und Pflegeheim in der Vorstellung vieler Betagter als unwiderruflich letzte Station des Lebens gilt und wegen des erlebten Endgültigkeitscharakters abgelehnt wird (Lehr, 2007, S. 313). Der Heimeintritt gehört zu den schwierigsten Momenten für die Betroffenen und ihre pflegenden Angehörigen und bedeutet einen schmerzlichen Abschied vom jahrelangen Zusammenleben, welcher gerne hinausgeschoben wird (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010). So wird eine Einweisung in eine Institution in den meisten Fällen erst dann möglich, wenn sich wirklich alle familiären und ambulanten öffentlichen Ressourcen erschöpft haben. Die Annahme, dass Angehörige ihre alten und pflegebedürftigen Menschen in Heime geben und sich dann anschliessend nicht mehr um sie kümmern, ist gemäss Ugolini (2009, S. 6) längst überholt und widerlegt. Das Verantwortungsgefühl für das physische und emotionale Wohlbefinden und auch die Bereitschaft, einen Teil der Pflege zu übernehmen, bleibt nach Keefe & Fancey (2000, zit. n. Ugolini, 2009, S. 7) in vielen Fällen bestehen. Des Weiteren weisen die beiden Autoren darauf hin, dass es wohl ein Trugschluss ist, wenn man davon ausginge, dass sich beim Heimeintritt die Belastung der Angehörigen durch Übergabe der Pflege an Professionelle reduzieren würde.

Da auf den pflegenden Angehörigen nicht mehr alle Arbeit und Verantwortung lastet, gibt das Heim allen die Möglichkeit, von den Strapazen der Krankheit Abstand zu gewinnen und sich in einer ruhigen Atmosphäre zu begegnen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010). Da gegenwärtig vergleichsweise “ehefreundliche“ Geburtsjahrgänge ins hohe Alter treten, wird sich der Anteil älterer und hochbetagter Menschen, die in einer Partnerschaft leben, gemäss Höpflinger & Hugentobler (2005) weiter erhöhen. Eine Übersiedlung in ein Alters- und Pflegeheim wird, aus diesem Grund tendenziell weiter verzögert, und in den kommenden Jahren werden vergleichsweise mehr hochbetagte Menschen, namentlich Männer, von ihrer Partnerin respektive von ihrem Partner gepflegt.

2.3.7 Stationäre Pflegebedürftigkeit

Wenn die Unterstützungsmassnahmen innerhalb der häuslichen Pflege nicht mehr ausreichen, bleibt den Betroffenen die Übersiedlung in ein Alters- und Pflegeheim. Dieser Schritt wird häufig von den Angehörigen in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt in die Wege geleitet. Der entscheidende Anstieg der Pflegebedürftigkeit ist erst nach dem 80. Lebensjahr zu verzeichnen, halten Dibelius & Uzarewicz (2006, S. 17) fest, was auch am steigenden Anteil von 80-Jährigen in den Heimen verdeutlicht wird (Abb. 3). Der Anteil an Heimbewohnerinnen liegt dabei bei 79% (S. 18).

Abb. 3: Anteil der in Heimen lebenden Älteren



Quelle: BMFSFJ, 2002, S. 24; eigene Darstellung

Gemäss der Autoren Dibelius & Uzarewicz (2006, S. 17) kann gefolgert werden, dass die gestiegene Lebenserwartung nicht unbedingt zu einer Ausweitung der Pflegebedürftigkeit führt, dass aber das Risiko der Multimorbidität und der Pflegebedürftigkeit ab dem 80. Lebensjahr zunimmt.

2.3.8 Zurückbleibende Lebenspartner und ihre Herausforderungen

Die zurückbleibenden Lebenspartner sind eine äusserst heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich im Alter, in den individuellen Lebensumständen und den daraus resultierenden Erwartungen an die Institution. Alle Angehörige sind zwar Betroffene einer ähnlichen Situation, sind und bleiben aber eigene Persönlichkeiten. Angehörige müssen sich laut Ugolini (2009, S. 7) mit der räumlichen und mit der emotionalen Distanz ihrer abgegebenen Angehörigen auseinandersetzen.

Eigene Ängste

Die Verantwortung, einen vertrauten Menschen an unbekannte Dritte zur Pflege zu übergeben, wird als belastend wahrgenommen. Ugolini (2009, S. 7) weist darauf hin, dass gleichzeitig nicht vergessen werden darf, dass Angehörige eigene Ängste bezogen auf die eigene Zukunft erleben und mit dem Einzug des Partners in ein Heim auch etwas im eigenen Leben zu Ende geht. Dieser Prozess steht häufig im Zusammenhang mit Trauer und Verlustgefühlen.

Beziehung zum Partner

Eine Herausforderung sieht Ugolini (2009, S. 7) im Leben von Beziehung in einer Altersinstitution. Intimität im eigentlichen Sinne kann häufig nicht gewährleistet werden. Allein die Alltagsstruktur der Institution gibt einen Rahmen für die Möglichkeit von echten Begegnungen. Angehörige müssen plötzlich lernen, sich gegenüber Blicken und Urteilen gegenüber Dritten abgrenzen zu können. Das gemeinsame Leben findet damit mehr in der Öffentlichkeit statt. Die Rücksichtnahme auf den zu Pflegenden kann gemäss der Autorin dazu führen, dass Angehörige eigene Gefühle gar nicht mehr wahrnehmen oder zur Seite schieben, was einer Bewältigung nicht unbedingt förderlich ist. Auseinandersetzung mit dem anderen ist oft nicht mehr möglich. Abschied nehmen von einer gelebten Beziehung und offen sein für eine neue Art der Begegnung fordern die Beziehung zum Partner (S. 8).

Veränderung des Rollengefüges

Mit der Erkrankung des Partners gerät ein sehr individuelles Gefüge in Bewegung, welches das Paar über lange Zeiträume, manchmal über Jahrzehnte in der gemeinsamen Ehe, geschaffen hat (Franke, 2006). Der Autor (S. 49) hält aber fest, dass die Verteilung von Aufgaben und Rollen in der Ehe nicht nur eine individuelle Angelegenheit des einzelnen Paares, sondern auch Ausdruck komplementärer und weiblicher Vergesellschaftungsformen ist. Mit der Übersiedlung ins Heim geht die Klärung neuer Rollen einher. Welche Rolle beinhaltet nun die Rolle als Partner von einem Menschen mit einer stationären Pflegebedürftigkeit? Gerade in der Anfangszeit tauchen viele Fragen auf. Welche Erwartungen werden an die Institution gestellt und welche Aufgaben und Verantwortungen bleiben zulasten der zurückbleibenden Person?

Alleinsein

Unter Alleinsein versteht Georg (2004, S. 9) den “objektiven Zustand des Abgesondertseins von anderen Menschen.“ Nach Tesch-Römer (2000, S. 163) ist mit dem Begriff Alleinsein die Zeit gemeint, die ein Mensch tatsächlich ohne andere Personen verbringt (alleine lesen, spazieren gehen usw.). Alleinsein kann, abhängig von der psychischen Gesundheit des Einzelnen, positiv wie auch negativ erlebt werden (Georg, 2004, S. 10). Die Balance zwischen Nähe und Alleinsein ist gemäss Riemann & Kleespies (2005, S. 146) von Mensch zu Mensch verschieden. Dies hängt unter anderem vom Alter, der gesamten Lebenssituation, aber auch von der persönlichen Anlage ab. So braucht eine extravertierte Person mehr Austausch und Kontakte und hat ein grösseres Mitteilungsbedürfnis als eine introvertierte Person, die sich schnell gestört und belästigt fühlt. Jeder Mensch ist grundsätzlich einem existenziellen Alleinsein ausgesetzt, schreibt Müller (2006, S. 14) und weist darauf hin, dass wir allein geboren werden und allein sterben. So sehr auch innige und tiefe Beziehungen zu anderen Menschen unterhalten würden, gebe es im Leben eines Menschen immer wieder Bereiche, die von anderen unberührt bleiben. Zeit, ohne andere Menschen zu verbringen, kann der Selbstbesinnung dienen und laut Tesch-Römer (2000, S. 163) für ältere Menschen im Zusammenhang mit ihrer Lebensbilanz eine grosse Bedeutung haben.

2.4 Ressourcenerweiterung des zurückbleibenden Lebenspartners

2.4.1 Definition Ressourcen

Der Begriff der Ressourcen ist laut Navon (1984, zit. n. Martin, 2001, S. 19) leicht zu gebrauchen, jedoch gilt es, sich klar zu machen, dass Ressourcen nur schwer zu definieren und zu untersuchen sind. Unter dem Konstrukt der Ressourcen versteht Martin (2001, S. 19) die Gesamtheit der Mittel und Fähigkeiten (Kompetenzen), die prinzipiell für die Bewältigung von Lebensaufgaben, die Erreichung von Zielen oder den Umgang mit Verlusten eingesetzt werden können. In diesem Sinne können Ressourcen gemäss den Autoren Martin & Kliegel (2005, S. 15) kognitive oder soziale Kompetenzen, Kompetenzen zur Konfliktbewältigung, soziale Kontakte oder finanzielle Mittel sein und dienen zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens und der Lebensqualität (Meinders, 2001, S. 84). Nach Bölicke et al. (2007, S. 11) wird zwischen externen und internen Ressourcen unterschieden. Zu den externen Ressourcen zählen Lebensumstände, materielle Sicherheiten und funktionierende soziale Beziehungen. Fähigkeiten wie beispielsweise kognitive Fähigkeiten, Problemlösekompetenzen und soziale Kompetenzen werden den internen (personalen) Ressourcen zugeschrieben.

2.4.2 Ressourcenerweiterung

Gemäss Martin (2001, S. 14) stehen Ressourcen über die ganzen Lebensspanne in unterschiedlichen Lebensbereichen zur Verfügung und können durch Training und Lernvorgänge

erhalten, ausgebaut und neu erworben werden (S. 40). Für die Nutzung von verfügbaren Ressourcen spielen psychologische Faktoren wie der biografische Hintergrund, Überzeugungen und Einstellungen, Kontrollüberzeugungen oder positive Lernerfahrungen eine wesentliche Rolle. Des Weiteren hält Martin fest, dass manche Stärken zwar vorhanden sind, aber nicht genutzt werden. Dies liegt daran, dass sicherlich alle Menschen Fähigkeiten haben, die sie nicht nutzen, obwohl sie in bestimmten Situationen angemessen wären, entweder weil sie sich bestimmte Leistungen nicht zutrauen oder weil sie gar nicht wissen, dass sie diese Fähigkeiten besitzen (S. 16). In diesem Zusammenhang weist der Autor darauf hin, dass eine Ressource nur einsetzbar ist, wenn ihr Vorhandensein auch bewusst ist.

Martin & Kliegel (2005, S. 15) betonen, dass mit zunehmendem Alter nicht zwangsläufig alle verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen in gleichem Masse geringer werden, sondern dass die unterschiedlichsten Ressourcen in Abhängigkeit vom Kontext in ganz unterschiedlichem Mass von den Personen aktiv eingesetzt werden, um ihre subjektiven, selbst gesetzten Ziele zu erreichen. Die Ziele, wie auch die Art der Erreichung, unterscheiden sich dabei spezifisch voneinander, können aber in gleicher Weise erreicht werden. Neben der Verfügbarkeit und Nutzung ist vor allem die Passung zwischen Anforderungen, verfügbaren und genutzten Ressourcen entscheidend (Martin, 2001, S. 33). Möglicherweise werden vorhandene Ressourcen auch erst dann bedeutsam, wenn besonders herausragende Ereignisse ihren Einsatz unbedingt erfordern (S. 68). Die Bedeutung einzelner Ressourcenbereiche könnten aus der Reaktion auf bestimmte kritische Lebensereignisse oder anderweitige Stressoren hervorgehen. Martin zitiert folgende Autoren, die in diesem Zusammenhang diskutieren, ob die Auseinandersetzung mit der Belastungssituation erst die Ressource schafft (Norris & Murell, 1988) oder dass Ressourcen dazu führen, dass bestimmte Belastungen gar nicht erst auftreten (Einsel & Lin, 1991). Vollenwyder (2006, S. 34) ist davon überzeugt, dass wer gut zu sich selber schaut, mit Belastungen umgehen lernt und bewusst bereit ist, für eine gewisse Zeit die eigenen Interessen zurückzustellen sowie Fähigkeiten entwickelt, die er sich nie zutraut und von denen er nichts geahnt hat. Pflegende Angehörige werden laut der Autorin zu wahren Meistern ihres Fachs. Sie zeichnen sich durch Mut, Hoffnung und Kreativität aus, haben Ideen wie sich der Alltag leichter gestalten lässt und tauschen sich mit anderen Betroffenen aus. Sie suchen sich die richtigen Hilfs- und Entlastungsmöglichkeiten und entdecken ihre eigenen Ressourcen, ihre inneren Kräfte. Der Umgang mit Widerfahrnissen, die das Leben unwiderruflich verändern können, ist nach Tesch-Römer & Andrick (2011, S. 130) eine wichtige Voraussetzung für gutes Altern. Die Fähigkeit zu trauern und die Fähigkeit, sich nach der Trauer wieder dem Leben zuzuwenden, sind den beiden Autoren dafür unerlässlich. Dem fügen sie hinzu, dass, wer viele Ziele im Leben hat, über viele Freundschaften verfügt, in verschiedenen Aktivitäten zu Hause ist, es leichter hat, mit den Widerfahrnissen des Alterns umzugehen. Die Erhebung von Belastungen pflegender Angehöriger haben laut Meinders (2001, S. 84) eine weitaus grössere Tradition als die Berücksichtigung von positiven Auswir-

kungen und Ressourcen. Offenbar sind Belastungen einfacher auszumachen als die Quellen der Stärke der Energie. So unterschiedlich sich die Belastungen auf den einzelnen Menschen auswirken, so individuell sind die Zugänge der Menschen zu ihren Ressourcen.

2.4.3 Kognitive Ressourcen

Kognitive Ressourcen sind laut Martin (2001, S. 65) Fähigkeiten und Fertigkeiten des Wahrnehmens, Erinnerns und Denkens und beinhalten unter anderem Intelligenz, Gedächtnisleistung und Handlungssteuerung (S. 20). Dabei weist der Autor darauf hin, dass natürlich auch innerhalb anderer Ressourcen (emotionalen, sozialen Ressourcen) erinnert und gedacht wird, wogegen der Schwerpunkt dieser Ressourcen nicht auf deren kognitivem Aspekt liegt. Wahrnehmung ist das unbewusste und/oder bewusste Filtrieren und Zusammenführen von Teilinformationen zu subjektiv sinnvollen Gesamteindrücken. Der Prozess der Wahrnehmung beinhaltet den Vorgang der Ermittlung und Interpretation von Sinnesausdrücken aus Reizen der Umwelt und inneren Zuständen einer Person, wobei auch kognitive Systeme wie Musterrerkenntnis, Aufmerksamkeit, Bewusstsein und Gedächtnis einbezogen werden (Solso, 2005, S. 9). Unter dem Begriff der Erinnerung wird in der Psychologie das ins Bewusstsein rufen früherer Erlebnisse und Erfahrungen im Sinne eines Innewerdens verstanden (Häcker & Stapf, 2004, S. 265). Der Ausdruck des Denkens beinhaltet dagegen die interpretierende, ordnungstiftende Verarbeitung von Informationen und fasst alle Vorgänge zusammen, die aus einer inneren Beschäftigung mit Vorstellungen, Erinnerungen und Begriffen eine Erkenntnis zu formen versuchen (S. 188).

2.4.4 Emotionale Ressourcen

Emotionen sind gemäss Häcker & Stapf (2004, S. 345) Gefühle, die Erlebnisse wie zum Beispiel Freude, Ärger, Mitleid, Angst, Abscheu, Trauer und dergleichen beinhalten. Unter Emotionen werden selbständige seelische Prozesse verstanden, welche auf psychischen Vorgängen beruhen (S. 346). So werden Gefühle aufgrund einer (un)bewussten Wahrnehmung und subjektiven Interpretation eines Objektes oder einer Situation hervorgerufen und können zu einer Verhaltensänderung führen. Die emotionale Kompetenz beinhaltet die Fähigkeit, im Leben mit seinen Gefühlen und Erfahrungen klug umzugehen, um so Stress zu vermeiden (vgl. Seidel, 2004). Die vorliegende Arbeit subsumiert unter emotionalen Ressourcen Gegebenheiten, die sich positiv im Gefühlserleben der zurückbleibenden Angehörigen auswirken, sie in der Steuerung ihrer Affekte weiterbringen und zur emotionalen Unterstützung in ihrer belastenden Situation beitragen.

2.4.5 Soziale Ressourcen

Entgegen der vorangegangenen Ressourcen bezieht sich die letzte Kategorie auf ausserhalb der Person liegenden Quellen hilfreicher und gesundheitsrelevanter Ressourcen. Unter den sozialen Beziehungen werden in der vorliegenden Arbeit Interaktionen verstanden, die sich

auf die bloße Begegnung beschränken. Die Unterkategorie “soziale Unterstützung“ beinhaltet das soziale Netzwerk als Ressource und umfasst konkret ein informelles und alltägliches Hilffsystem durch Verwandte, Freunde, Eltern, Bekannte, Nachbarn u.a. (Renneberg & Hammelstein, 2006, S. 108). Damit werden Personen, Interaktionen und Erlebnisse umschrieben, die einer bestimmten Person das Gefühl geben, geliebt, geachtet, umsorgt und in zuverlässigen Beziehungen stehend zu sein und beinhalten die subjektive Erfahrung der sozialen Unterstützung. Die Gesamtgröße des sozialen Netzwerkes nimmt zwar im höheren Lebensalter ab, aber ältere Menschen sind mit diesem verkleinerten Netzwerk zufrieden, da es enge und befriedigende Beziehungen mit Verwandten oder Freunden bis ins hohe Alter beinhalten (Forstmeier et al., 2005, S. 243). Des Weiteren umfasst die fachliche Hilfe den qualitativen Aspekt von Hilfsinteraktionen jeglicher Art zwischen einem Unterstützungsgeber sowie einem Unterstützungsempfänger und kann direkt und indirekt zur Lebensqualität und Autonomie von älteren Menschen beitragen. Unterstützung kann durch Information, praktische Hilfe oder emotionalen Beistand geleistet werden (Renneberg & Hammelstein, 2006, S. 108).

3. Empirischer Teil

3.1 Forschungsgegenstand und Methodik

3.1.1. Ausgangslage und Absicht

Im Rahmen der empirischen Untersuchung wird darauf eingegangen was Altern im 21. Jahrhundert bedeutet. Im Speziellen wird die Situation von Frauen und Männern beleuchtet, die aufgrund einer altersbedingten, stationären Pflegebedürftigkeit ihres Partners räumlich getrennt zu Hause leben. Häufig geht diesem einschneidenden Schritt eine Zeit voraus, in der die betroffenen Angehörigen ihren Lebenspartner selber gepflegt haben, bis die Belastung nicht mehr zu tragen war. Für Menschen in dieser Situation ist es eine sehr schmerzvolle Erfahrung, wenn es zu einer Heimüberweisung kommt. Beim Sichten der Literatur zeigte sich, dass dem zurückbleibenden Partner nur wenig Beachtung geschenkt wird. Doch was bedeutet dies für das Leben des zurückbleibenden Partners im Alltag?

Die darauf aufbauende qualitative Untersuchung versucht, ohne den Betroffenen ihr Leid abzusprechen, anhand der Aussagen von Frauen und Männern herauszufinden, ob auch Gewinne im grossen Verlust im Sinne einer Ressourcenerweiterung hervorgehen.

Dieser empirischen Arbeit liegt folgende Fragestellung zugrunde:

Gibt es eine Ressourcenerweiterung beim zurückbleibenden Lebenspartner infolge einer stationären Pflegebedürftigkeit des Partners im Alter?















Innerhalb der Belastungsthematik von Betroffenen, verfolgt diese qualitative Untersuchung das Ziel, allfällige Ressourcen herauszuarbeiten.

3.1.2 Stichprobe

Für diese Arbeit wurden Frauen und Männer gesucht, die zu Hause leben und deren Lebenspartner stationär im Heim gepflegt werden und die die Bereitschaft mitbringen, von ihren Erfahrungen in ihrer Situation zu erzählen.

Die Stichprobe (Abb. 4) setzt sich aus sechs Probandinnen und drei Probanden im Alter zwischen 60 und 83 Jahren zusammen. Alle sind sie mit ihrem pflegebedürftigen Partner verheiratet. Davon haben sechs Frauen und Männer ihren Partner nach der Erkrankung zu Hause selber gepflegt, bevor es zu einer Heimüberweisung gekommen ist. Drei der Probanden blieben kinderlos und bis auf eine Person sehen die interviewten Angehörigen ihre Partnerin beziehungsweise ihren Partner mindestens fünf Mal pro Woche.

Abb. 4: Übersichtsgraphik der Stichprobe

	Alter	Alter des Ehepartners	verheiratet seit ...	Kinder	Diagnose	häusliche Pflege des Partners übernommen	stationäre Pflegebedürftigkeit Eintritt des Partners in die Institution	besucht den Partner in Abständen von ... im Heim
Frau A	76	81	52 Jahren	   52 48 43	Alzheimer	5 Jahre	Mai 2010	5 x pro Woche
Frau B	70	72	40 Jahren	  34 33	Hirnblutung & Lähmung	war aufgrund der Gegebenheiten nicht möglich	März 2008	6 x pro Woche
Frau C	83	84	60 Jahren	keine	Parkinson & Demenz	1 Jahr	Dezember 2007	max. 1 x pro Woche
Frau D	75	80	50 Jahren	  48 44	Parkinson	8 Jahre	Februar 2010	5 x pro Woche
Frau E	60	61	(seit 34 J. ein Paar) 26 Jahren	   25 23 21	Hirnschlag	war aufgrund der Gegebenheiten nicht möglich	Juni 2007	7 x pro Woche
Frau F	81	82	59 Jahren	keine	Hirnschlag	4 Monate	März 2008	7 x pro Woche
Herr G	70	81	45 Jahren	keine	Parkinson & Alzheimer	3 Jahre	Juli 2010	7 x pro Woche
Herr H	78	80	18 Jahren	keine   50 46 aus 1. Ehe	unklar; sitzt im Rollstuhl	½ Jahr	Januar 2011	7 x pro Woche
Herr J	73	74	50 Jahren	  49 46	spastische Lähmung?	7 Jahre	Januar 2007	7 x pro Woche

Quelle: eigene Darstellung

Im Rahmen des Praktikums an der Beratungsstelle Leben im Alter (LiA) am Zentrum für Gerontologie (ZfG) der Universität Zürich konnten zwei Personen innerhalb der Angehörigengruppe, welche von Frau Dr. phil. Bettina Ugolini geleitet wird, rekrutiert werden. Eine Zusage ergab sich über eine Bekannte und sechs weitere Personen konnten über drei Heimleiter aus Schaffhausen vermittelt werden. Diese wurden vorgängig im persönlichen Kontakt über die Art der Arbeit informiert und erhielten ein Schreiben (Siehe Anhang B) zur Abgabe an Angehörige, deren Partner in ihrer Institution stationär gepflegt werden. Im Wissen um die Unterstützung der Heimleiter erhielten betroffene Frauen und Männer die Möglichkeit, sich an ihre Vertrauensperson zu wenden und ihre Telefonnummer zu hinterlegen.

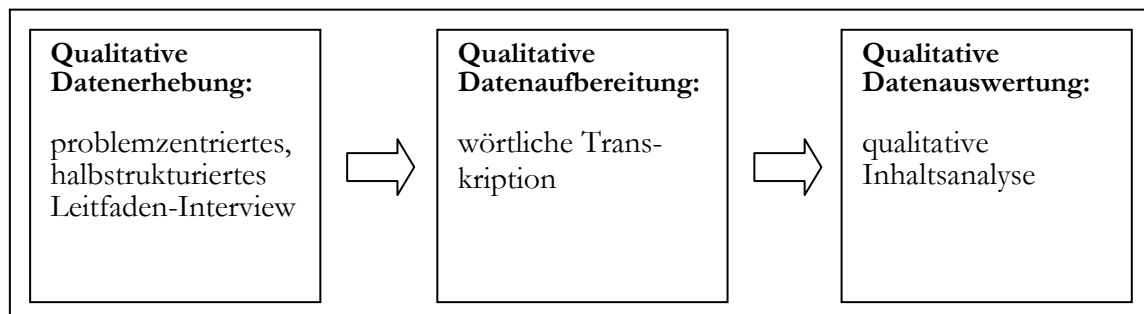
3.2 Methodische Vorgehensweise

3.2.1 Methodenwahl und Untersuchungsplan

Für die Beantwortung der Fragestellung wird das qualitative Verfahren gewählt, da die persönlichen Erfahrungen der interviewten Personen eine wertvolle Grundlage zum besseren Verständnis der vorliegenden Thematik liefern. In halbstrukturierten, problemzentrierten Interviews (Mayring, 2002, S. 67–68) kommen die befragten Frauen und Männer selber zu Wort und können ihre Sichtweise darlegen. Für das Generieren subjektiver Ressourcen erscheint das Leitfaden-Interview als geeignetes Instrument. Die Datenaufbereitung erfolgt mittels einer Transkription wird anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (S. 118) ausgewertet.

Die untenstehende Abbildung (Abb. 5) zeigt einen Überblick über das Untersuchungsverfahren und die verwendeten Methoden.

Abb. 5: Untersuchungsverfahren



Quelle: eigene Darstellung

3.2.2 Datenerhebung

Anhand der Theorie über die Belastungssituation betroffener Angehöriger wurde ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview zur Generierung allfälliger Ressourcen innerhalb der Verlustthematik entwickelt, welcher im Anhang (A) eingesehen werden kann. Die Frauen und Männer wurden dabei zu ihrer Person und zum konkreten Erleben ihrer Situation befragt. Zu Beginn wurden die Probanden einfühlsam abgeholt, worauf die Rollenveränderung und die damit neu gewonnenen Erfahrungen wie Erwartungen zur Sprache kamen. Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, woraus die Probanden Kraft schöpfen. Nach einem ersten Vorlauf erfolgten wenige Anpassungen. Zwei der neun Interviews fanden in der Beratungsstelle LiA (Leben im Alter) am Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich statt. Zwei weitere Befragungen konnten in der Altersinstitution vorgenommen werden und die noch fünf verbleibenden in vertrauter Umgebung, zu Hause bei den Probanden. Die Datenerhebung erfolgte im März 2011. Die Einzelgespräche nahmen 50 und 70 Minuten in Anspruch und wurden mittels eines elektronischen Datenträgers aufgenommen und nach Abschluss der Aufbereitung wieder gelöscht.

3.2.3 Datenaufbereitung

Die neun Interviews wurden, um mehr Lesbarkeit zu erreichen, wörtlich und vollständig aus der Dialekt- in die Standardsprache transkribiert. Satzbaufehler wurden behoben und der Stil wurde geglättet (Mayring, 2002, S. 91), wobei spezifische schweizerdeutsche Ausdrücke belassen wurden, um die Aussagekraft zu erhalten. Dieses Verfahren wurde gewählt, da mittels einer Transkription eine vollständige Textfassung des verbal erhobenen Materials nach Mayring hergestellt wird, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet. Dabei folgte die Textgestaltung allgemeingültigen Regeln nach Mayring (S. 92). Die Probanden sind mit den Grossbuchstaben A bis J (ohne I) und die Interviewerin ist mit einem I

gekennzeichnet. Der gesamte Text ist zeilen- und seitenweise durchnummeriert. Insgesamt entstanden durch die Transkription 116 A4-Seiten Text, welcher die Basis für die Interpretation lieferte. Darauf basieren alle Zitate, um eine grösstmögliche Authentizität zu gewährleisten.

3.2.4 Datenauswertung

Nach der Methode Mayrings wurden die neun Interviews mittels der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei wurde der Text systematisch analysiert, indem die erhobenen Daten schrittweise nach einem theoriegeleiteten Kategoriensystem bearbeitet wurden. Anschliessend wurden im Text konkrete Ankerbeispiele definiert und Regeln für Abgrenzungsschwierigkeiten formuliert. Durch dieses Verfahren werden spezifische Themen, Inhalte oder bestimmte Aspekte herausgearbeitet (Mayring, 2002, S. 114–123).

Anhand der drei Hauptkategorien kognitive Ressourcen, emotionale Ressourcen und soziale Ressourcen erfolgte die Zuteilung der Ankerbeispiele. Diese stellte sich aufgrund der heterogenen Aussagen der Probanden jedoch als sehr anspruchsvoll heraus. Zum Vorschein kamen immer wieder neue Kategorien, welche die interindividuellen Erfahrungen der interviewten Frauen und Männer abbilden. Die vollständige Auflistung aller Kategorien können in den Übersichtslisten unter (4.5) eingesehen werden.

4. Ergebnisse

4.1 Belastungen

4.1.1 Belastungen infolge der Erkrankung des Partners

Die Erkrankung des Partners geht mit einem grossen Belastungserleben der Angehörigen einher, da nichts mehr ist wie es war. Die daraus hervorgehende Lebenssituation führt zu Abschied nehmen von gemeinsamen Träumen, Zielen und vom Partner. In diesem Zusammenhang wurden folgende Belastungen genannt, wobei die in Klammer gesetzten Buchstaben stellvertretend für die interviewten Personen stehen:

Angst, den Partner zu verlieren (B):

- *Nach der Hirnblutung meines Mannes war am Anfang gar nicht sicher, ob er dies überhaupt überleben würde. Nachts bin ich weiss nicht wie oft aufgewacht und habe am Morgen jeweils gedacht: „Gott sei Dank hat das Telefon nicht geläutet“ (B528–530).*

Im Folgenden wurden genannt:

- Ohnmachtsgefühl, der erkrankten Frau nicht helfen zu können (G)
- Kommunikation mit dem Partner ist im herkömmlichen Sinne nicht mehr möglich (A/F)
- Verlust der sexuellen Beziehung nach einer Partnerschaft von über 40 Jahren (G)
- Wesensveränderung des Partners (A/C)
- Aufgabe des gemeinsamen Hauses aufgrund der Erkrankung (D)

4.1.2 Belastungen infolge häuslicher Pflege des Partners

Wenn immer möglich übernahmen die Angehörigen die Pflege ihres erkrankten Partners selber, solange es ihre Kräfte zuliesse. Zur Unterstützung ihrer Aufgabe wurden unter anderem die Spitex (D/J), ein Entlastungsangebot des Pflegeheimes (J) und eine Pflegerin auf privater Basis (D) beigezogen. Als Belastungen wurden genannt:

- Körperliche Erschöpfung (A/F):

„Siehst du eigentlich, dass ich nicht mehr mag?“, habe ich meinen Mann gefragt, was er bejahte. „Ich weiss einen Ausweg daraus: Wir fahren mit Vollgas in eine Mauer. Weissst du, diese Mauer habe ich mir schon lange ausgesucht.“ Darauf hatte er mich ganz entsetzt angeschaut und entgegnet: „Und was habe ich dann davon? Am Ende bist du tot und ich nicht.“ Über diese Äusserung sei sie im ersten Moment selber erschrocken und habe bei sich gedacht: „Mensch, das passt eigentlich gar nicht zu dir...“ (F2432–2436).

- Angst, den Partner einen Moment alleine zu lassen (C/G):

Wenn ich unterwegs war, fragte ich mich ständig: Was macht sie wohl jetzt? Jedes Mal war ich wie auf Nadeln gewesen. Sie hatte auch schon einmal die Herdplatten eingeschaltet gehabt und konnte diese nicht mehr selber abstellen. Ein andermal hatte sie ein Messer durch den Raum geworfen. Am Schluss wollte meine Frau jeweils zur Nachbarin hinüber, hatte dabei die Orientierung verloren und überall im Quartier geklingelt. So haben sich mit der Zeit die Nachbarn auch etwas über das Verhalten meiner Frau genervt (G3129–3133/G3276–3281).

- Innerliche Unruhe und Nervosität (C):

Bereits frühmorgens ist mein Mann „rumgetigert“ und es blieb mir kein Raum für Privatsphäre mehr. Sobald ich nicht mehr in seiner Nähe war, ist er unruhig geworden – man kann fast sagen „Gewehr bei Fuss“ gewesen. Habe ich ein anderes Zimmer betreten, so fragte er mich: „Wohin gehst du?“, und ist mir nachgelaufen. Ich war sein Halt und die Orientierung! Und das hat mich eigentlich nervös gemacht (C1056-1058/C1090).

- Im Verlauf der Erkrankung folgte eine Inkontinenz, einhergehend mit Hemmungsgefühlen, was sie vor neue Herausforderungen gestellt habe (D):

Bis man nur einmal die richtigen Windeln hat, darin berät sie gar niemand. Hier in Schaffhausen konnte ich doch nicht einfach in eine Drogerie gehen und nach Pampers für meinen Mann fragen. Irgendwie ist man gehemmt und weiss nicht recht, wo und an wen man sich wenden kann. Dabei bleibt einem nichts anderes übrig, als diese Hemmschwelle zu nehmen. Ich hatte einen Weg für mich gefunden und liess mich in einer Apotheke ausserhalb der Umgebung, in der ich nicht so viele Leute kennen, beraten (D1840–1860).

- Eigene Bedürfnisse vernachlässigen (D/F):

Ich konnte abends ja gar nie weggehen, sechs, sieben Jahre lang. Mich lädt heute niemand mehr ein und ich bin mir natürlich auch nicht gewohnt, alleine wegzugehen, wenn man alles immer miteinander gemacht hat. Das ist eigentlich im Moment für mich das grösste Problem (D1831–1834).

... In diesen vier Jahren bin ich keinen einzigen Tag mehr fort gewesen (F2664–2666).

Des Weiteren wurden auch genannt:

- psychische und physische Probleme, mit der ganzen Situation zurechtzukommen (J)
- langes Ringen mit dem Entscheid, den Partner ins Heim zu geben, wobei das Loslassen den Angehörigen sehr schwer fällt (A)
- Schlafstörungen (A/C/D)
- Gewichtsverlust (C)
- Schwindel (D)

4.1.3 Belastungen infolge stationärer Pflege des Partners

In den meisten Fällen wurde die Überweisung des Partners in eine Altersinstitution so lange hinausgeschoben, bis die Belastung nicht mehr selber zu tragen und zu bewältigen war. Schweren Herzens erfolgte darauf die Trennung vom Partner. Diesem Schritt ging die Empfehlung des Arztes voraus (F), wie auch die Gelegenheit eines frei gewordenen Zimmers im Wunschheim (D). Als Belastungen wurden genannt:

- Trennung vom Partner (J/E):

Das Loslassen der Kinder konnte ich organisieren, weil mir bewusst war, dass diese gehen würden. Aber das Loslassen von meiner Frau hat mir riesige Probleme bereitet, weil ein Stück von meinem Leben damit fortgegangen ist. Ein Stück von meinem Leben hat mich verlassen. Es ist vielleicht nicht ganz richtig, aber es entspricht dem Gefühl, das ich gehabt habe. Ich hatte riesige Mühe zu akzeptieren, dass meine Frau nun nicht mehr zu Hause ist. Auch die Angst, was passiert mit ihr am neuen Ort? Was sind das für Leute, die sie betreuen würden? Wird ein guter Arzt nach ihr schauen? Ist auch nachts jemand in der Nähe? Das sind Fragen, die einen unheimlich belastet haben (J3743–3749).

- Alleinsein (D/F/G):

Den Partner in der Institution zurückzulassen sei eine absolute Katastrophe gewesen: Ich komme abends in das leere Haus hinein und bin allein. Anfangs habe ich geweint. Mir wurde so richtig bewusst, jetzt bist du alleine. Morgens sagt dir niemand „hoi“ und abends „schlaf guet“ und wenn man dies über Jahre gewohnt war, so fehlt einem dann schon die Partnerin an der Seite (G3011–3012).

- Schuldgefühle gegenüber Vorwürfen des Partners (D):

Manchmal war mein Mann schon wütend über mich und hat zu mir gesagt: „Das kannst du doch nicht machen. Du kannst mich doch jetzt nicht einfach da lassen...“ (D1691–1696).

- Die stationäre Betreuung wird zur Belastung für den Angehörigen (B/F):

Wenn Frau F um 17 Uhr von den Besuchen nach Hause zurückkehrt, sei sie dermassen „auf dem Hund“, dass es höchstens noch für ein Gläschen Wein reichen würde, bevor sie einschlafe. Es gibt schon Tage, da liege ich einfach nur im Wohnzimmer, liege einfach nur da und denke dabei: Ich kann nicht mehr. Mittlerweile sind es schon vier lange Jahre. Seit vier Jahren jeden Abend: „Adie,...anstatt einmal recht.“ Der Tod ist so viel anständiger wie das (F2515–2516/F2631–2633)!

- Übertrag von Suizidgedanken auf den Partner (B):

Es wäre gescheiter gewesen, damals gleich zu sterben, oder ...wenn ich könnte, würde ich mir Zyankali besorgen (B710–714).

- Finanzierung des Pflegeplatzes und Absicherung des zurückbleibenden Partners (C/E/F):

Ich bekomme keine Ergänzungsleistungen und bezahle alles selber. Man ist einfach dumm, wenn man gespart und das Geld versteuert hat. Das kann man nun einfach nachweisen. Als mein Mann vor vier Jahren krank geworden ist, hat man mir in der Stadt ans Herz gelegt, mich scheiden zu lassen, damit ich das Geld zurückziehen könne. „Wie bitte? Ich glaube ich bin im falschen Film“, habe ich darauf entgegnet. Ich lasse mich doch „allweg“ scheiden nach 55 Ehejahren! Die Empörung darüber war gross. Zudem hätte sie damals versprochen, in guten wie schlechten Tagen für ihren Mann da zu sein. Auf diesen Weg der Absicherung wollte sich Frau F nicht einlassen (F2588–2595).

- Die Last, alles alleine tragen zu müssen (B):

Man hat zwar Menschen um sich, die auch bereit sind zu helfen, aber das wirklich zu tragen, für das ist man alleine, finde ich (B1016–1017).

- Schmerzvolle Äusserungen, die von aussenstehender Seite herangetragen werden (E):

„Sie müssen immer noch genug Geld haben, wenn Sie nach wie vor noch Auto fahren.“ Ich könnte ein ganzes Büchlein schreiben, mit allen Ratschlägen und blöden Versen, die ich schon zu hören bekommen habe. Damit habe ich wirklich Mühe, die ertrage ich nicht (F2827–2830).

- Bewusstwerden über das unumkehrbare Abschiednehmen (G):

Realität ist, dass meine Frau im Heim sterben wird. Wer dort eintritt, wird über kurz oder lang dort sterben. In diesem Sinne ist der Ausblick sehr traurig (G3357–3359).

Des Weiteren wurden genannt:

- Sehnsucht des Partners, nach Hause zurückzukehren (B/J)
- Trennung vom Partner (J/E)
- Selbstvorwürfe, den Partner weggegeben zu haben (A)
- Vorwürfe und Erwartungen seitens des Partners (D/F)

4.2 Kognitive Ressourcen

In dieser Kategorie werden alle kognitiven Ressourcen aufgeführt, welche sich im Erleben des „grossen Verlustes“ des Partners innerhalb der Belastungsthematik gezeigt haben.

4.2.1 Wahrnehmung

Zwei Personen (A/J) in langjähriger Ehe bedienen sich der Strategie über Mimik und Gestik auf die Bedürfnisse des Gegenübers zu schliessen, da die Kommunikation im gewohnten Sinne nicht mehr möglich ist.

- *In etwa 20% kann ich noch aus ihren Gesichtszügen lesen und verstehen. Ich habe gelernt von ihrer Mimik und Gestik her auf ihre Bedürfnisse zu schliessen (J3855–3856).*

4.2.2 Denken

Diese Unterkategorie beinhaltet die Felder Wissenszuwachs, Akzeptanz der Situation sowie das Entwickeln von Problemlösestrategien.

Wissenszuwachs

Darunter werden das Sich-stellen einer neuen kognitiven Herausforderung, Neues lernen, um sich Vorteile zu verschaffen und sich weiterzubringen subsumiert.

Sich pflegerische Kompetenzen im Umgang mit dem Partner aneignen

Insgesamt geben fünf Frauen (A/B/D/E/F) und zwei Männer (G/J) an, innerhalb der Besuche beim Partner pflegerische Aufgaben selbstständig auszuführen. Frau B berichtet über die Physiotherapeutin neue Handgriffe dazugelernt zu haben. Mithilfe der Pflege hat Frau E gelernt wie sie ihren Mann in ein anderes Sitzen oder Liegen bringen kann, was mit „Transfer“ bezeichnet wird. Damit ist ihr die Möglichkeit gegeben, ihren Mann ab und zu für ein paar Stunden zu sich nach Hause zu nehmen (E2290–2296). Frau D übernimmt bei ihren Besuchen weiterhin die Intimpflege ihres Mannes selber (D1779–1781). Dem Anliegen, seine Frau noch besser pflegen und gerechter werden zu können, hat sich auch Herr G angenommen.

- *Die Pflege brachte mir bei, meine Frau aus dem Bett herauszunehmen, sie in den Rollstuhl zu setzen und mit ihr auf die Toilette zu gehen. Vorher brauchte es dafür immer zwei Leute und nun kann ich das alleine. In Absprache mit dem Pfllegeteam wird vereinbart, welche Aufgaben ich als Partner übernehmen darf und welche in den Verantwortungsbereich der Pflege fallen (G3236–3244).*

Umgang mit dem Handy aneignen

Zwei Personen (A/D) geben an, sich der Bedienung des Handys angenommen zu haben. Frau A führe das Telefon bei ihren Spaziergängen mit ihrem Mann zusammen ausserhalb der Institution mit sich, was ihnen nun auch längere Spaziergänge (u.a. in den Wald) ermöglichen würde.

- *Das Handy ist für mich eine Sicherheit, darum trage ich es immer mit (A295–299).*

Aufgrund der eingetretenen Pflegebedürftigkeit des Partners haben sich die Angehörigen mit folgenden für sie neuen Lernfeldern auseinandergesetzt

Führen eines Haushaltes (kochen, waschen, bügeln, putzen, staubsaugen und abstauben, Fenster reinigen, Pflanzen giessen) (E/F/G/H/J), Umgang mit Finanzen (D/E/F), Verhandlungen führen (F), Gartenarbeit inklusive Baum fällen (E)

- *Früher hatte mein Mann die Finanzen unter sich. Aufgrund dieser Situation bin ich da hineingewachsen und kann nun meinen „Meister darin stellen“, was für mich sehr wertvoll ist (E201–2203).*
- *Die Freundin meiner Frau hat mich im Lernprozess unterstützt. Ich habe sie darum angefragt, mir eine Checkliste zu schreiben, wie die Waschmaschine funktioniert. Nach dieser konnte ich dann selbstständig waschen. Oder sie hat mir gezeigt, wie die Filterpatrone ersetzt wird (G3076–3080).*

Haltung und Einstellung (persönliche Entwicklung/Reife)

In Bezug auf die persönliche Haltung und Einstellung infolge der stationären Pflegebedürftigkeit des Partners wurde erwähnt: sich schneller auf neue Situationen einstellen zu können (J); Jammern wenn immer möglich, unterlassen, ansonsten würde sich das Umfeld von einem abwenden (D); sich für eine optimale Lebensqualität des Partners einsetzen (J); Hilfe annehmen und sich helfen lassen (A/D); Mut aufbringen, auch Fragen zu stellen (D); Aufrechterhaltung wichtiger Freundschaften (D); Erfahrungsaustausch mit anderen Menschen in der gleichen Situation (D); vertrauenswürdiger Hausarzt als Ansprechperson (D); sich vor Augen führen, dass das Leben weitergeht (H); Hilfe der Kinder nicht überbeanspruchen (B/D); sich abgrenzen: Leben im Heim gegenüber Privatleben (F); sich selber gegenüber kritischer geworden zu sein (J), sich bewusst Zeit für eigene Freiräume herausnehmen (J):

- *Ganz zu Beginn hatte ich mir Überlegungen dazu angestellt, wie viel mir meine Beziehung wert ist und wie viel Zeit ich dafür investieren will. Investieren ist vielleicht das falsche Wort. Vielleicht besser, wie viel Zeit ich bereit bin zu bringen. Und das ist für mich ein Stück weit auch ein Verarbeitungsprozess gewesen (J4109–41018).*
- *Seit seine Frau nicht mehr bei ihm sei, hat sich Herr G angewöhnt, Alkohol nur noch in Gesellschaft zu trinken, wenn Kollegen vorbeikommen. Denn ich möchte nicht als einsamer Alkoholiker enden (G3338–3342).*
- *Wenn mich etwas beschäftigt, dann suche ich das Gespräch. Wichtig ist mir dabei aber der Grundsatz, dass nie über jemand reklamiert wird. Aber wenn ich Verbesserungsvorschläge für Abläufe und dergleichen habe, dann bespreche ich dies mit der Leitung (F2911–2915).*
- *Ich habe vielleicht heute ein grösseres Verständnis für gewisse Situationen. Früher hatte ich alles als eine Selbstverständlichkeit hingenommen. Heutzutage, ein paar Jahre älter, überdenkt man die Situationen, die sich im Leben ereignen (J3821–3823).*

Akzeptanz der Situation

Die Gegebenheiten annehmen und sich dem kritischen Lebensereignis stellen.

Vier Nennungen in Bezug auf die Akzeptanz der Situation wurden abgegeben. Dabei nehmen die persönliche Einstellung und Lebenserfahrung eine zentrale Rolle ein, gibt Herr G an. *Ich stelle mich darauf ein, dass ich meiner Frau nun helfen muss, nehme die Situation wie sie ist und muss das Beste daraus machen. Das gibt mir Kraft wie auch die Liebe zu ihr (G3305–3312).* An diesem kritischen Lebensereignis könne man wachsen oder aber auch brechen. Jeder Mensch würde wieder anders damit umgehen. *Daher muss man auch lernen, auf sich selber zu hören und herausfinden was man kann und was nicht (G3428–3429).* Frau C lebt dabei nach der Grundhaltung, ihren Mann so oft zu besuchen wie es die eigene Gesundheit und eigenen Kräfte zulassen (C1565–1566) und Herr J erachtet es als wichtig, dass Betroffene lernen, die Gegebenheit zu akzeptieren, ansonsten würde man daran zugrunde gehen (J4072–4073).

- *sich selber zutrauen mit der belastenden Situation umzugehen (A)*
- *Ich muss mit mir selber damit fertig werden ja, und ich werde damit auch fertig (A388)!*
- *Man muss sich damit irgendwie abfinden (B978–980).*

Sich schwierigen Situationen stellen, Widerstände überwinden

Herr G gibt an, dass ihm nichts anderes übriggeblieben sei, als seine Widerstände, ein Heim zu betreten, zu überwinden, um seine Frau besuchen zu können.

- *Auf einmal musste ich lernen, mich dorthin zu begeben, wo ich sonst nie hin wollte. Teilweise ist es auch sehr „brutal“ in der geschlossenen Abteilung, wo Leute leben, die nicht mehr viel vom Leben haben (G3197–3199).*

Sich auf den abgelegten Eid und das gegenseitige Versprechen berufen

Eine Trennung sei auch für Frau E nie zur Diskussion gestanden. Sie hätte einen Eid vor dem Altar abgelegt und ist davon überzeugt, dass ihr Mann sich auch im umgekehrten Fall gleich verhalten hätte (E2155–2158). Das Lebensziel von Herrn J sei es, seiner Frau täglich eine Freude zu bereiten. Daraus schöpfe er Kraft.

- *Denn wir haben beide einmal „Ja“ zueinander gesagt – in guten wie in schlechten Zeiten. Für mich sind das eben keine schlechten Zeiten. Es ist für mich eine andere Situation. Die Zeit und die Frau ist immer noch die gleiche. Daran ändert sich ja nichts. Ich habe das Glück, dass ich die Umstände akzeptieren kann. Ich möchte dies jetzt nicht als Belastung bezeichnen, sondern es bereitet mir Freude, dass ich mit ihr zusammen noch etwas unternehmen kann (J4054–4068).*

Prozesse des Loslassens

Für Menschen, deren Partner aufgrund einer Pflegebedürftigkeit ins Heim kommen, möchte Frau C mit auf den Weg geben, dass Loslassen im grossen Verlust zentral sei. *Solange Sie nicht loslassen können und solange Sie sich selber immer ein schlechtes Gewissen machen, sind Sie auf der ganzen Linie ein Verlierer (C1544–1545).* Loslassen werde möglich ...

- *... indem sie sich immer wieder sagen müsse, die Zeit, die wir miteinander diese Beziehung gelebt haben, die ist endgültig vorbei. Die ist irreparabel. Ich habe ihn dort in der Pflegeinstitution, weil er diese Hilfe braucht, darauf angewiesen ist und ich weiss, dass sie ihm gut schauen. Dafür bezahle ich ja auch, das muss ich mir immer wieder vor Augen führen. Man muss lernen loszulassen, sonst geht man unter. Sie haben keine Chancen, denn dann holt einen das Selbstmitleid ein und man sieht nur noch, was jetzt alles nur noch schlecht ist. Jetzt muss ich immer wieder versuchen, das zu sehen was eben auch immer noch gut ist (C1548–1551).*

Lösungsstrategien bei Problemen entwickeln

Belastungen entschärfen durch Strategien seitens der Partner, die innerhalb der stationären Pflegebedürftigkeit zurückbleiben.

Wenn der Partner nach Hause möchte

Wenn sich Frau A nach einem Besuch verabschiedete, wollte ihr Mann jeweils mit ihr nach Hause, was es nicht immer einfach machte. So hat sie sich eine Strategie zurechtgelegt, diese Situation zu entschärfen und Herr J hatte bei allen, die seine Frau kannten das Anliegen deponiert, künftig das Altersheim mit ihrem Zuhause gleichzusetzen.

- *So bin ich mit meiner Frau auch nie nach Hause in die Wohnung oder habe davon gesprochen, so – dass sie soweit möglich geistig unsere Wohnung vergessen konnte. Es hat in etwa zwei Jahre gedauert, bis meine Frau akzeptiert hat, dass sie nun da, also im Altersheim, zu Hause ist. Wenn wir nun nach Hause gehen, so gehen wir ins Altersheim (J3790–3796).*

Den erkrankten Partner besänftigen

Frau B berichtet, dass die Qualität der Begegnung mit ihrem Mann stark von der aktuellen Verfassung des Erkrankten abhängen würde. Ihr Partner sei überhaupt nicht belastbar, worauf sie ihn jeweils ins Gleichgewicht bringen würde, indem sie versuche, ruhig zu bleiben und auf das was ihr Mann geäußert hat, einzugehen (B639–645). Sie hätte gelernt, sich zurückzunehmen und nichts einzubringen, was ihn ärgern oder aufregen könnte. Wenn dies doch einmal passiert, spiele sie das Gesagte sofort wieder herunter.

Alltag organisieren und strukturieren

Herr G gibt an, tagsüber ein vielbeschäftigter Mann zu sein. Dabei hilft ihm die Tagesstruktur, die er sich aufgebaut hat, indem er immer die gleichen Abläufe auf die gleichen Wochentage verteile. So gehe er jeweils am Montag mit seinem Nachbarn spazieren, am Dienstag und Samstag einkaufen, am Dienstag in die Therapie, am Mittwoch und Freitag ins Krafttraining, am Donnerstag werde Staubgesaugt und nachmittags stehe Radfahren auf dem Programm (G3184–3187). Eine Person (B) lebt nach einem sehr strengen Tagesplan und gibt an, an Genauigkeit und Disziplin zugelegt zu haben. Der Standort der Institution des Partners wird in Bezug auf die Heimbesuche als zentral angegeben. Es wird sehr geschätzt, den Erkrankten in der Nähe zu wissen. Kurze Wegstrecken ermöglichen den Partner öfters und unkompliziert besuchen zu können, geben zwei Personen (E/G) an:

- *Einen weiteren Vorteil habe ich, indem ich so nahe bei der Institution wohne. Hier kennt jeder den anderen. Ich sehe es schon als Vorteil, wenn jemand in der Umgebung auch nach der Erkrankung bleiben kann. Das wäre bestimmt anders, wenn meine Frau viel weiter weg von ihrem ehemaligen Zuhause gepflegt würde. Wenn ich heute mit ihr im Rollstuhl eine Runde drehe, so ist es die gleiche Runde, die wir zusammen noch vor der Erkrankung miteinander zu Fuss gemacht haben. Es gibt und entwickelt in ihr das Gefühl von Heimat hier zu sein (G3374–3386).*

Mit erkrankten Menschen innerhalb der stationären Abteilung umgehen

Als sehr schwierig wird der Erstkontakt mit Menschen der stationären Abteilung angegeben. Für Herrn G sei der Besuch seiner Frau auf der Station mit einem grossen Schock verbunden gewesen. Besonders beansprucht hätte ihn der Kontakt mit Personen, die sich sehr auffällig in ihrem Verhalten zeigten. Die Besuche hätten ihn sehr viel Überwindung gekostet, doch wisse er mittlerweile, wie er im Direktkontakt mit den erkrankten Menschen umzugehen habe. Beispielsweise habe eine Person ununterbrochen mit der Hand auf den Tisch geklopft:

- *Ich spreche die Person bestimmt auf ihr Verhalten an. Wenn dies nichts nützt, so halte ich ihre Hand fest, dann hört sie damit auf. Von da her habe ich schon viel gelernt, aber zum Teil auch widerwillig, da ich das eigentlich nicht wollte (G 3212–3222).*

Belastende Besuche im Heim beim Partner reduzieren

Bei einem Besuch hatte der Mann von Frau C, ihr eine Patientin als „seine Frau“ vorgestellt. Wenig später beobachtete Frau C wie ihr Mann dieser Bewohnerin nacheilte. *Es haben ihn nicht einmal mehr seine Knie geschmerzt, dann ist sie still gestanden, hat ihn angelächelt und er hat ihr über ihren Rücken gestreichelt (C1576–1582).* Diesem belastenden Erlebnis folgten viele. Besonders schmerzvoll erinnerte sich Frau C jedoch an ihre letzte Begegnung mit ihrem Mann. Als sie ihm gegenüber stand, fuhr er sie an und wies sie zurück. *Auf diese Begegnung brauchte ich einfach Zeit für mich (C1201–1203).* Im Kopf sei ihr bewusst, was diese Krankheit mit sich bringe, aber ihre Gefühle und das Herz würden sich nicht auf gleicher Ebene befinden. Samstags darauf habe sie einen neuen Anlauf nehmen und ihren Mann wieder besuchen wollen. Doch dies habe sie nicht geschafft (C1209–1213).

- Frau C hat die Besuche bei ihrem Mann auf Anraten des Hausarztes kontinuierlich reduziert: *So bin ich einmal von sechs Tage, auf fünf, vier, drei und dann auf zwei runter, immer in Abständen von ein paar Monaten und jetzt bin ich bei einem Mal pro Woche. Das ist jetzt das erste Mal, dass ich am Freitag vor vierzehn Tagen das letzte Mal bei meinem Mann gewesen bin. Ich konnte einfach nicht hingehen. (C1193-1217).* Frau C bezeichnet sich selber mit „Witwe mit Mann“ (C1441-1442).

Entscheidungen treffen

Aufgrund der Abwesenheit des Partners und dessen Erkrankung, geben drei Personen an (D/F/E), gelernt zu haben für sich zu schauen, alle Entscheidungen selber zu treffen und die Konsequenzen dafür zu tragen.

Aufgrund der finanziellen Belastung sparsam leben

Frau C fügt dem hinzu, dass sie sich nun lange darüber Gedanken mache, wann sie etwas kaufen würde und zu welchem Preis. Diese Gedanken hätte sie früher nicht gehabt. Für sie sind die finanziellen Konsequenzen in Bezug auf die stationäre Pflegebedürftigkeit absolut

vordergründige Belastungen. Aufgrund dieser Veränderung habe sie gelernt, *mit dem Geld sparsamer umzugehen* (C1427–1430).

- *Wenn ich den Hauszins, die Krankenkasse und das Geld für meinen Mann zusammenrechne, so brauche ich 10`000 Franken pro Monat, ohne dass ich gelebt habe* (C1418–1422).

Während der letzten vier Jahre sei sich Frau F selber gegenüber wahnsinnig kleinlich geworden.

- *In dieser Zeit habe ich mir null, rein gar nichts gekauft! Zum Glück hatte ich einen sehr grosszügigen Mann gehabt. Jetzt gehe ich jeweils in den Estrich und hole mir immer wieder einmal eine andere Jacke herunter. „Kauf es dir doch, wenn es dir gefällt“, hatte er jeweils früher zu mir gesagt und so habe ich so viele schöne Kleidungsstücke, dass ich mir nun gar nichts über die letzten Jahre kaufen musste, und ich kaufe mir auch nichts* (F2622–2626).

Feblende Privatsphäre aufgrund der stationären Pflegebedürftigkeit umgehen

Liebevoll spricht Frau E davon, dass ihre Sexualität mit der Erkrankung ihres Mannes eingeschlafen sei:

- *Wir können uns trotzdem gern haben. Ich kann meinen Mann genau gleich umarmen und mit ihm Zärtlichkeiten austauschen, aber es bleibt dann bei dem. Beide sind wir uns darüber bewusst. Mühsam ist, wenn ich im Zimmer von meinem Mann bin und sein Bett Nachbar gerade anwesend ist, dann geht es natürlich nicht. Aber wenn dieser nicht dort ist, dann können wir uns nahe sein, so dass wir uns dabei geborgen fühlen. Das ist meiner Meinung nach wichtig. Daher ist es auch schön, dass ich meinen Mann ab und zu mit nach Hause nehmen kann. Natürlich nicht nur wegen dem Austausch von Zärtlichkeiten, aber zu Hause haben wir Privatsphäre und unsere eigene Welt* (E2223–2231).

4.2.3 Erinnerung

Alte Zeiten aufleben lassen

Erinnerung an gemeinsame, schöne Zeiten hervorrufen und sich mit den eigenen Bedürfnissen, dem Ende des Lebens auseinandersetzen.

Gemeinsame Erlebnisse in Erinnerung rufen

Nicht vorstellbar ist es für drei Personen (A/D/G), für eine längere Zeit zu verreisen. *Das sagt mir gar nichts. Das hatten wir gehabt* (D1817). Solange seine Frau im Heim sei, könne er auch nicht in die Ferien fahren.

- *Einmal wollte ich auf eine Kreuzfahrt, aber ich kann mich doch nicht amüsieren, während sie hier zu Hause im Rollstuhl sitzt. Das schaffe ich einfach nicht. Das wäre für mich wie ein Verrat* (G3421–3423).

- *Wir waren zusammen fort gewesen, haben schöne Zeiten miteinander verbracht, von denen ich oft noch heute zehre. Dann sage ich mir: Ja, wir haben es schön gehabt und jetzt ist es halt einfach so (A492–497).*
- *Wir hatten miteinander eine gute Zeit gehabt, das darf ich nicht vergessen (C1259–1260).*

Relativieren

Eigene Situation in Vergleich mit belastenden weltweiten Ereignissen stellen. Helfen mit dieser Situation umzugehen, würde der Glaube und der Selbstbetrug im Sinne von *anderen geht es noch viel schlechter (F2823).*

- *Und Schicksale, die heute eben auch weltweit noch da sind wie Japan, die dürfen wir nicht einfach ignorieren. Die gehören ja auch dazu. Da sind wir ja wieder privilegiert mit dem Ganzen, mit was wir hier ja haben, mit dem Altersheim, dem Pflegeheim und mit unserer medizinischen Vorsorge (C1595–1600).*

4.3 Emotionale Ressourcen

In dieser Kategorie werden alle emotionalen Ressourcen aufgeführt, welche sich im Erleben der stationären Pflegebedürftigkeit des Partners innerhalb der Belastungsthematik zeigen.

4.3.1 Gefühle

Zu wissen, dass der Partner in der Institution gut aufgehoben ist

An Ruhe gewonnen

Vier Personen (A/D/J/G) geben an, im Wissen darum, dass ihr Partner gut aufgehoben ist, Erleichterung zu verspüren und an Ruhe gewonnen zu haben. Frau D erlebt den Eintritt ihres Mannes ins Pflegeheim als grosse Erleichterung (D1717). *Ich habe es jetzt eigentlich mit meinem Mann viel besser als er noch zu Hause war und* macht dies daran fest, dass sie nun entspannter und ausgeruhter in der Begegnung sei (D1680). Diese Erfahrung teilt auch Frau A und fügt hinzu, aufgrund dessen ihren Mann gut aufgehoben zu wissen, ruhiger geworden zu sein. Herr J berichtet, durch die neue Situation sei er geduldiger geworden und habe gelernt, dass nicht alles sofort immer umgesetzt werden könne (J3933–3934). Herr G gibt an, seiner Frau würde es an nichts fehlen und dass es ihr sogar noch gefallen würde. Sie an einem guten Ort zu wissen, gebe ihm Trost (G3361–3363). Wenn sie sich die Situation noch vor der Überweisung vor Augen halte, so gehe es ihrem Mann im Grunde genommen vielleicht gar noch besser, erzählt Frau A (A127–129) und fügt hinzu, *wenn sie mit ihm reden, ihm Zuwendung schenken, dann ist er zufrieden, strahlt und lacht dabei (A 200–202).* Wenn es zu einer stationären

Pflegebedürftigkeit komme, so konzentriere man sich nur noch auf das Ziel, den Partner gut aufgehoben zu wissen, meint Frau D, und sie sei ja so froh darum, diesen schönen Platz für ihren Mann bekommen zu haben (D1794–1797).

Entlastung verspüren

Fünf Personen (C/ E/D/G/H) geben an, Verantwortung abgeben zu dürfen und den Partner gut aufgehoben zu wissen, das sei eine Entlastung gewesen und habe eine befreiende Wirkung gehabt.

Frau D verspürte im ersten Moment nach dem Heimeintritt ihres Mannes grosse Erleichterung und der Gedanke daran, fortan liegen bleiben zu können, erlebte sie als sehr befreiend (D). Die stationäre Pflege ermöglicht es den Herren G und H wieder angstfrei die Wohnung zu verlassen, da sie ihre Frauen nicht mehr alleine zurückzulassen brauchen. Frau E gibt an, die Wahl ihres Mannes sei auf ein Alters- und Pflegeheim in seiner vertrauten Umgebung in der Nähe seiner Familie gefallen, was für sie mit einer grossen Entlastung einherging (E). Frau C sieht in der stationären Pflegebedürftigkeit auch Vorteile, indem sie die Verantwortung für ihren Mann nicht alleine zu tragen habe und als Angehörige den Partner am Abend nach einem Besuch wieder der Obhut der Pflegenden übergeben könne (C1553–1554).

Bedürfnis, dem Partner etwas zurückgeben zu wollen

Für den Partner da sein wollen

Es ist das Anliegen einer Frau und von zwei Männern, für ihre Partnerin beziehungsweise ihren Partner da sein zu wollen. Frau D ist sehr dankbar darüber, ihren Mann noch zu haben und wichtig sei ihr, nun nur noch für ihn da zu sein (D1753). Über all die Jahre, die sie nun miteinander verheiratet sind, hätte sie seine berufliche Tätigkeit, welche auch immer wieder mit Auslandsaufenthalten verbunden war, akzeptiert. Immer habe sie gut für ihn geschaut und nun sei es sein Bedürfnis, für sie da zu sein (G3056–3061).

- *Ich verdanke meiner Frau sehr viel und jetzt kann ich ihr etwas retour geben, von dem was ich über all die Jahre von ihr erhalten habe. Das finde ich schön (J3886–3891).*

4.3.2 Steuerung und Verarbeitung von Affekten

Gefühle zulassen

Eigene Gefühle wahrnehmen und zulassen.

Reaktionen auf Wutgefühle

Es sei schon vorgekommen, dass ihr Mann bei einem Besuch stundenlang nichts gesprochen habe, erzählt Frau F. Innerhalb solcher Begegnungen habe sie auch schon die Nerven und die Kontrolle über sich verloren und ihren Mann angeschrien:

- *Darauf wollte er von mir wissen, warum ich ihn anschreien würde. Ich entgegnete ihm, dass ich es auch nicht wissen würde (F2504–2505).*

Dialog ohne Antwort

Wenn niemand in der Nähe ist, erzählt Frau C hätte sie gelernt *einen Dialog ohne Antwort mit ihrem Mann zu führen (C1454)* und kann darin auch ihrer Wut Luft verschaffen. *Wenn ich alleine reise und unterwegs bin, dann spreche ich jeweils mit meinem Mann und äussere dabei manchmal auch meine Wut: „Weisst du, du hast mir schon viele Sorgen bereitet! Dass ich für alles zuständig war, hast du immer als Selbstverständlichkeit hingenommen, was ich einfach nicht korrekt von dir finde.“ Auf diesem Weg kann ich Dampf ablassen, wenn ich an meine Grenzen stosse, eine Unruhe in mir drin habe, die man mir jedoch von aussen nicht ansieht (C1448–1458).* Diese Dialoge sind jedoch nicht nur von negativen Inhalten geprägt. Wenn Frau C unterwegs sei, trage sie den Ehering ihres Mannes, den er nicht mehr anziehen kann, bei sich und holt diesen wenn ihr danach ist, hervor ... *und dann bespreche ich mit ihm das Schöne wie auch andere, und so ist er mir eben nah (C1487–1488).*

4.3.3 Emotionale Unterstützung

Der zurückbleibende Partner erfährt durch das Gegenüber positive Zuneigung, Trost und Verständnis.

Verständnis vom Gegenüber erfahren

Sich verstanden und getragen fühlen

Frau C nimmt sich vor, zuerst mit ihren Gefühlen klarzukommen, bevor sie ihren Mann wieder besuchen will. Die Pflege habe Verständnis für ihr Handeln aufgebracht und habe nachvollziehen können, warum sie im Moment nicht in der Lage sei, ihren Mann zu besuchen:

- *Alle wollen sie mir in meiner Situation helfen und sagen mir: „Jetzt müssen Sie zuerst einmal für sich schauen, ihr Mann ist ja betrent und gut aufgehoben.“ (C1215–1217)...*

Des Weiteren werden erwähnt, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen davon abgeraten haben, den Partner weiterhin/oder überhaupt zu Hause zu pflegen (A/B/C/D/E/F/G/H/J).

Bei der Entscheidung ihren Mann einer stationären Pflege zuzuweisen, sei sie von ihren Kindern und ihrem Umfeld getragen worden, erzählt Frau D. Laut ihrer Familie und ihren Bekannten hätte sie diesen Schritt schon längst machen sollen. Bewunderung sei ihr dafür entgegen gebracht worden, dass sie ihren Mann so lange selber gepflegt hätte. (D1741–1743).

Die Kinder wären eine wichtige Stütze gewesen und hätten sie in dieser schwierigen Zeit getragen, geben vier Personen (A/B/D/J) an.

4.3.4 Kraft schöpfen

Alle genannten Ressourcen, welche die Belastungssituation erleichtern, zu innerer Ruhe, Erholung und Energie verhelfen und in „Kraft schöpfen“ münden.

Kraftquellen

Für alle Frauen (A/B/C/D/E/F) und zwei Männer (G/J) wird das Verbringen von Zeit mit der Partnerin beziehungsweise dem Partner als sehr bereichernd erlebt, was ihnen wiederum Kraft gibt beim Aushalten des Verlustes, und sie ermunterte, im Alltag vorwärts zu gehen.

Mit dem Partner Zeit verbringen

Besonderes viel liegt Frau A an dem gemeinsamen Besuch einer musikalischen Veranstaltung innerhalb der Altersinstitution. ... „*Mein Mann hat daran so grossen Gefallen gefunden. Er singt Lieder und Melodien, die er noch von früher her kennt (A457–458). Einmal haben wir auch schon zusammen getanzt, also tanzen kann man dem nicht mehr sagen, aber es ist der Wille da, etwas zu machen. (A206–208).* Ihrem Mann nahe zu sein und ihn zufrieden und glücklich zu sehen gebe ihr Kraft. Wenn Frau B die Kraft aufbringen kann, führt sie ihren Mann aus: *Damit er andere Leute sieht. Gerade der Besuch kultureller Veranstaltungen bringt ihnen beiden Abwechslung ... wir gehen auch regelmässig ins Theater (B912–913).* Das Auto habe sie längst aufgegeben, meint Frau C. Dieses würde sie nur noch ihrem Manne zuliebe behalten. *Das ist noch seine einzige Freude, dass er ausfahren kann (C2474–2775). ... er war immer sehr gerne mit mir im Auto unterwegs und hat dies auch immer sehr geschätzt (C1186).* Auch Frau F kann sich im Moment nicht vorstellen, ihr Auto wegzugeben. Ihr Mann liebe es über alles, mit ihr zusammen auszufahren und Momente mit ihrem Mann zusammen möchte sie sich nicht nehmen lassen. Kraft im Zusammensein würde Frau A auch im Kleinen erleben ... *dass ich zu ihm gehe, mit ihm spaziere und wir im Sommer miteinander im Freien sitzen können. In solchen Momenten geniessen wir das Miteinander (A486–489).* Durch die stationäre Pflege sei Frau D wieder zu Kraft gekommen. Unter anderem würde nun der Stress mit dem Kochen wegfallen und *nun habe ich für meinen Mann Zeit und bin nur für ihn da*

(D1685–1686). Sie liebe ihn noch immer wie am ersten Tag. Zudem nimmt Frau D ihren Mann sonntags jeweils zu sich mit nach Hause und koche für ihn. Aufgrund der stationären Pflege gibt Herr J an, hätte er nun eine ganz andere Beziehung zu seiner Frau: *Das ist erstau-lich, aber es ist einfach so, dass ich wirklich Freude habe, wenn ich mit meiner Frau etwas machen kann. Wenn ich mit ihr spazieren gehen oder mit ihr zusammen zum Einkaufen fahren kann ... sind das „High-lights“ für mich* (J3842–3845). Des Weiteren wurden genannt: miteinander spazieren gehen (A/D) zusammen Kaffee trinken (A/D), miteinander über aktuelle Themen diskutieren (B).

Zeit mit Menschen verbringen, die einem wichtig sind

Zeit mit Menschen zu verbringen, die das Zusammensein bereichern, schenke neue Energie, geben alle Personen an.

- *Ich habe kürzlich eine alte Freundin wieder getroffen, ich bin in Graubünden gewesen, da sind wir über den See spaziert, das war ein sehr schöner Tag gewesen* (B999–1000).

Wenn der Partner zum Besuch wird

Drei Frauen (A/D/F) und ein Mann (G) schöpfen Kraft darin, dass ihr Partner von Bekann-ten regelmässig besucht wird. Im Wissen darum, dass ihre Partnerin beziehungsweise ihr Partner nie allein ist, fühlen sie sich entlastet und getragen.

- *Ich schöpfe Kraft darin, dass meine Frau von vielen Bekannten regelmässig besucht wird. Eine Freundin von ihr kommt jeweils mit ihrem Mann zusammen nach dem Heimbesuch auf einen Sprung bei mir vorbei. In einer gemütlichen Runde trinken wir dann noch einen Whisky miteinand-er* (G3296–3298).

Insbesondere erwähnt Frau A die Besuche ihrer Enkel bei ihrem Mann, woran sie grosse Freude hätte und Frau D kann auch innerhalb der stationären Pflegebedürftigkeit weiterhin auf ihre Betreuerin bauen:

- *An zwei Nachmittagen übernimmt die Betreuerin, die bereits seit vier Jahren an meiner Seite steht. Sie versteht es, in einer guten Art und Weise mit ihm umzugehen. So ist gewährleistet, dass täglich jemand bei meinem Mann ist. Das geht so weit ganz gut* (D1696–1701).

Aus der Erinnerung Kraft schöpfen

- *Wir haben unsere Zeit gehabt, wir hatten es schön zusammen und das ist das, was mir eigentlich immer wieder Kraft gibt, denn anders kommt man nicht draus* (A510–513).

Glaube

Kraft schöpfen Frau C und E im Glauben, der sie auch weiterbringen würde. In der Hand-tasche, gibt Frau C an, trage sie das „Tägliche Wort“, ein überkonfessionelles Büchlein mit sich. Je nach Thema, das sie gerade beschäftigt, könne sie die entsprechenden Textstellen dazu nachlesen.

- *Der Glaube gibt mir so viel Kraft, Zufriedenheit und Dankbarkeit* (E2365–2366). Frau F be-tet jeden Tag um Kraft. *Damit ich stark bleiben darf, solange mein Mann mich noch braucht. Nachher ist es mir egal* (F2815–2819).

Lebensweisheiten

In schwierigen Momenten bezieht sich Frau F auf einen Leitspruch ihres über alles geliebten Vaters. Seine Worte würden ihr helfen die ganze Belastung und den Schmerz auszuhalten:

- *„Es wird uns nicht mehr auferlegt, als wir noch tragen können.“ Wobei ich heute manchmal, wenn ich darüber nachdenke, der Meinung bin, dass dies nicht wahr ist ... aber ich habe es bis jetzt ja trotzdem tragen können (F2695–2697).*

Lebensweisheiten nehmen auch im Leben von Frau C eine wichtige Bedeutung ein. Einen Zettel, mit den ihr wichtigsten Sprüchen trage sie immer bei sich. Diese würden ihr in schwierigen Momenten Kraft geben:

- *“Jedesmal wenn ich vergebe, öffnet sich mein Herz“ (C1519) oder „Ich bat um Kraft und mir wurden den Schwierigkeiten gegeben, um mich stark zu machen. Ich bat um Weisheit und mir wurden Probleme gegeben, um sie zu lösen und dadurch Weisheit zu erlangen.“ (C1498-1500)...*

Auf sich vertrauen

- *Ich sage immer „Glauben ist nicht – Wissen“. Ich bin eben nicht so gläubig und lebe nach der Einstellung: „Hilf dir selbst, so hilft dir Gott.“ Ich war alleine in Amerika, in Indien ... ich musste selber zurechtkommen ... und habe mir immer wieder auch Mut zugesprochen. Ich muss einfach nur für mich schauen, dann wird das schon klappen. Das ist meine Einstellung, die mich begleitet hat (G3258–3264).*

Sich gebraucht fühlen / sich aktiv einbringen dürfen

- *Ich gehe mit meinem Mann spazieren, mit ihm auch selber auf die Toilette, ziehe ihm selber die Schuhe und Kleider an. Ich finde das ja auch noch schön und er schätzt es (A243–252).*

Tagesausflüge

Drei Personen (A/C/J) geben an, in Tagesausflügen Kraft zu tanken. Die Söhne von Herrn J würden ihm immer wieder ans Herz legen, nebst der ganzen Belastung auch für sich zu schauen. Dies würde er soweit als möglich auch umsetzen (J3814–3815). Seit letztem Jahr ist Frau C im Besitz eines Generalabonnements der SBB und unternimmt nun rege Ausflüge:

- *... so bin ich nun einmal nach Basel oder Luzern an ein Konzert gefahren oder war in diesem Jahr am Automobilsalon in Genf, weil mich Motoren interessieren ... (C1333–1335).*
- *Normalerweise bin ich täglich hier im Altersheim. Mittwochs oder wenn ich einmal an der Turnfahrt teilnehme, komme ich nur abends nach dem Ausflug kurz vorbei, oder wenn der Haushalt erledigt ist. Mittwoch ist mein Tag. Es gibt einfach gewisse Sachen, da nehme ich mir das Recht heraus, hier fernzubleiben, weil ich das so für mich will. Denn ich will in diesem Sinne ja auch leben. Ich bin absolut bereit hier viel mitzuhelfen, aber ich muss mein Leben auch geniessen können. Es ist immer das Problem, das man hat (J4140–4149). Er würde mit dem Zug nach Zürich fahren und vor Ort spontan über die Weiterreise entscheiden. Das braucht es, das ist ganz wichtig für mich und würde ihm zu Energie verhelfen.*

Besuch der Angehörigengruppe

Frau B besucht eine Angehörigengruppe unter psychologischer Leitung:

- *Auch wenn jede Situation wieder anders gelagert ist, schöpfe ich Kraft in dieser Gruppe. Das ist eine Entlastung. Ich habe das Gefühl, wenn ich mit Leuten rede, die von der Situation keine Ahnung oder nichts dergleichen erlebt haben, nicht wirklich wissen wovon man spricht. Im Rahmen dieser Gruppe weiss ich, dass ich verstanden werde (B873–901).*

Freiheit

- *Nun kann ich mich frei bewegen. Vorher hatte mich mein Mann eher etwas gebremst, oder selber bestimmt wie etwas gemacht werden sollte und darüber bin ich glücklich (E2244–2246/C).*

Kraft schöpfen im Alleinsein

- Frau A bringt ein, dass sie auch gerne einmal für sich alleine Zeit verbringe.
- *Ich suche nicht unbedingt das Geschwätz der Leute, sondern bin dann gerne auch wieder mal für mich (A227–228). Ich fühle mich nicht einsam, also gar nicht ... (A156)*

Stricken

- *Wenn ich abends alleine bin, kann ich nicht einfach nur dasitzen und nichts machen ... und so stricke ich. Das Stricken hat mir auch über die Zeit der Pflege hinweggeholfen. Wenn ich total am Boden und erschöpft gewesen bin, habe ich gestrickt, denn wenn ich stricke, werde ich ruhig (D1919–1922).*

Hobbys, persönliche Unternehmungen

Weitere Nennungen

Spazieren in der Natur, am Rhein, im Wald (5); Zeit mit den Kindern (2) und Enkeln verbringen (1); wandern (2); schöne Erinnerungen hervorrufen (2); turnen (2); walken (1); Glaube (4); meditieren (1); Ferienwohnung (1); Schaffhauser Bauernmarkt (1); Garten genießen (2); Freude an schönen, alten Gegenständen (Antiquitäten) (1); schöne Wolle kaufen (1); Zuhause gemütlich einrichten (1); Jassen (1); Modelleisenbahn (1); Englischkurs (1).

4.4 Soziale Ressourcen

In dieser Kategorie werden alle sozialen Unterstützungsleistungen aufgeführt, welche sich im Erleben der stationären Pflegebedürftigkeit des Partners innerhalb der herausfordernden Situation zeigen.

4.4.1 Soziale Beziehungen

Beinhalten die menschliche Gesellschaft innerhalb der Paarbeziehung, Familie inklusive Kinder, Arbeit, Freizeit und Nachbarschaft.

Im Kontakt sein

Interaktion in der Begegnung steht im Vordergrund.

Partner

Früher hätten sie alles miteinander abgesprochen. Gegenseitig habe man alles an den anderen herangetragen, insbesondere als kinderloses Paar (G3085–3090). Heute besteht die Beziehung darin

- ... dass ich in der Rolle des Besuchers bin. Denn oftmals wenn ich komme, weiss sie nicht, wer ich bin (G3091-3092). Die Beziehung ist dann eben beschränkt auf diese drei bis vier Stunden, in denen ich mit ihr spazieren, ein Eis essen oder ins Restaurant gehe. Gegen 16 Uhr sagt sie: „Du ich bin müde und möchte mich gerne hinlegen“, worauf sie schlafen geht und ich nach Hause zurückkehre (G3102-3105).

In Gesellschaft sein

Frau A gibt an, spontan Kontakt zu Bekannten und Nachbarn aufzunehmen, wenn ihr danach ist. Vermehrt Kontakt habe Frau B nun zu alleinstehenden Frauen im Englischkurs, mit denen sie in der Zeit vor der Erkrankung ihres Mannes kaum gesprochen hatte (waren gemeinsam dort).

4.4.2 Soziale Unterstützung

Hilft kritische Lebensereignisse zu bestehen und alltägliche Probleme auf der Sachebene zu bewältigen.

Verwandtschaft

Kinder, Nichten und Neffen

Unterstützung wird über Familienmitglieder erfahren. Vier Personen (A/B/D/H) geben an, dass sie sich auf ihre Kinder berufen können, wenn Probleme auftauchen, die sie nicht selber bewältigen können. Frau F bringt ein, jederzeit in ihren Neffen und ihrem Gottenkind (Nicht-

te) eine wertvolle Stütze zu finden. Alle sind sich einig, Hilfe anzufordern falls nötig, möchten dies aber nicht überstrapazieren.

Nachbarschaft

Wenn sie nicht ans Ziel komme, könne sie sich auf ihre hilfsbereite Nachbarschaft verlassen (E2312).

Bekanntenkreis

Neue Bekanntschaften eingehen

Neue Bekanntschaften hätten sich gezwungenermassen jeweils am Ort der Pflege ihres Mannes ergeben, meint Frau C. In diesem Zusammenhang berichtet auch Frau F in Herrn J einen guten Bekannten gefunden zu haben. Beide in der gleichen Situation als Angehörige beziehungsweise Angehöriger wären zwei fürchterliche Spötter. Zusammen stehen sie für ihre Partner innerhalb der Institution ein (F2747–2748). Ebenfalls über die Heimbesuche ist Herr G in Kontakt mit vier Männern gekommen, deren Frauen am gleichen Ort gepflegt werden wie seine Frau. Der Gedankenaustausch bei einem Bier würde ihm schon etwas bringen.... *ich denke immer, wenn es der schafft, dann schaffe ich dies auch* (G3394). Frau C gibt an, neue Bekanntschaften über die Angehörigen und die Gesprächsgruppe geschlossen zu haben, die sie regelmässig besuchen würde.

Frau E berichtet, dass sie aufgrund der Möglichkeiten, die ihr offen stehen würden und der verschiedenen Tätigkeiten, denen sie beruflich nachzukommen habe auch neue Bekanntschaften geschlossen hätte. Dabei habe ihr geholfen, dass sie eine kontaktfreudige Person sei, die gerne auf Menschen zugehen würde (E2278).

Aufgrund häufiger Besuche in der Altersinstitution teilen sieben Personen (A/B/D/F/G/H/J) mit, dass sich ihr Bekanntnetz ausserhalb der Institution nicht erweitert habe. Im Gegenteil, viel eher sind Beziehungsabbrüche die Folge auf die grosse Belastung und wenn die Kräfte ausreichen, würden hauptsächlich bestehende Freundschaften gepflegt beziehungsweise intensiviert.

Bestehende Bekanntschaften vertiefen

Bei sechs Personen (B/C/E/G/H/J) ist es zu einer Vertiefung einzelner Bekanntschaften gekommen.

Herr G ist der Meinung, dass es von Vorteil sei, wenn jemand am Ort, wo er wohnt über gute Kontakte verfüge. Denn alleine zu sein, sei eine absolute Katastrophe. ... *eine gute Vernet-*

zung und soziale Kontakte sind schon wichtig, aber die muss man sich vorher schon aufbauen und wenn es dann soweit ist, so hilft der Bekanntenkreis beim Tragen dieser Last mit. Die Freunde unterstützen einen in dieser schweren Situation, sodass man nicht ganz alleine mit allem auf sich gestellt ist (G3366–3371). Mittlerweile kenne er seine Freunde und Bekannte, mit denen er noch regelmässig in Kontakt steht, schon über 30 Jahre. Die Beziehungen wachsen über die Jahre und die Bekannten helfen einem dann in schweren Stunden auch mit. Ich fühle mich nun nicht alleine, wenn irgendetwas ansteht, was ich nicht selber erledigen kann, so genügt ein Anruf und meine Bekannten packen mit an. Eine grosse Herausforderung sieht Frau E im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Familie, Beruf, Besuch beim Partner, eigener Bedürfnisse und dem Pflegen der Freundschaften. Die sozialen Kontakte gilt es zu behalten und aufrechtzuerhalten, was manchmal gar nicht so einfach ist, alles unter einen Hut zu bringen (E2269–2270). Auch Herr J ist der Meinung, dass es wichtig sei, sich selber nicht zu vergessen. So treffe er sich mit Freunden, um auf andere Gedanken zu kommen und Abstand zu gewinnen. Nachher würde es ihm jeweils besser gehen (J3824–3833). Unterstützung seitens des Umfeldes hat auch Frau C immer wieder erhalten: Ich habe natürlich einen sehr grossen Bekannten- und Freundeskreis und ohne diesen wäre es vielleicht ein bisschen schwieriger (C1381–1382). Und Herr H bringt ein, sich seit Jahren mit seinen Bähnlerfreunden, jeweils am Freitag, zu dritt treffen (3634–3635). Frau B hat die Erfahrung gemacht, dass sich bestehende Beziehungen intensiviert haben und sie ihre Freundinnen nun häufiger sehen würde, als zu Zeiten als ihr Mann noch zu Hause gewesen sei (B768–773).

4.4.3 Fachliche Hilfe

Anlaufstellen für Betroffene

Medizinische Beratung und Begleitung (Arzt)

Alle Personen geben an, dass sie über den Arzt angehalten wurden, ihre Partnerin beziehungsweise ihren Partner stationär pflegen zu lassen. In Rücksprache mit den Therapeuten und in der persönlichen Auseinandersetzung sei es letztendlich dazu gekommen, sich von der häuslichen Pflege zu verabschieden. Gerade in der Anfangszeit sei die Verunsicherung sehr gross und eine Kontaktperson, die einem weiterhilft sehr schwierig zu finden (J3728–3729). Der Hausarzt wird insbesondere in der Anfangsphase als zentral erachtet, sodass man als Angehöriger in der Situation gut beraten wird (D1971–1972), Fragen stellen und fachliche Ratschläge in Bezug auf diese Thematik einfordern kann.

Finanzielle Beratung und Unterstützung (Treibhändler)

Insgesamt geben drei Personen an (C/F/H) Unterstützung im Umgang mit den Finanzen in Anspruch zu nehmen. In Bezug auf die finanzielle Mehrbelastung suchte Frau C eine Beratungsstelle auf.. weil ich das Gefühl hatte, jetzt würde ich mir nichts mehr leisten können (C1406–1407).

Angehörigengruppe

Der Besuch einer Angehörigengruppe in der Institution unter der Führung des Heimleiters wird von Frau A geschätzt. Die Sitzungen finden vierteljährlich, intern in einer kleinen, vertraulichen Gruppe statt. Damit wird einem die Gelegenheit gegeben, Themen die einen beschäftigen, zu diskutieren und man erfährt in diesem Rahmen das Wichtigste seitens der Institution ... *in diesem Rahmen lernt man sich selber besser kennen und weiss was so läuft und geht (A349–355)*. Welcher Belastung Angehörige in dieser Situation ausgesetzt sind, können nur Betroffene wirklich nachvollziehen. Von aussen werde oft gewertet und ein Urteil gefällt. *Die Leute können einem schon weh tun (C1563)*, meint Frau C. Regelmässig nimmt Frau E mit ihrem Mann zusammen in einer Selbsthilfegruppe der FRAGILES Suisse für Hirngeschädigte teil und hat damit gute Erfahrungen gemacht. *Das Wertvolle dieser Gruppe besteht darin, dass man sich austauschen kann (E2390)*.

Die Pflege, die Heimleiterin wie auch die Psychologin der Angehörigengruppe, der sich Frau C angeschlossen hatte, konfrontierten sie immer wieder mit der gleichen Aufgabe. *„Jetzt überlegen Sie sich mal, an was Sie Freude hätten oder an welchen Hobbys.“ (C1343–1344)*. Darauf antwortet Frau C, dass sie keine Hobbys hätte und auch nicht wisse, an was sie eigentlich Freude hätte (C1344–1345)... *ja, ich habe ja gearbeitet bis ich 70 gewesen bin (C1351)*. In der Auseinandersetzung mit sich selber erinnerte sich Frau C daran, dass sie auf Reisen sehr gerne Schlösser und Ausgrabungen besucht hatte und sich, im Gegensatz zu ihrem Mann, für andere Kulturen interessiert. Dabei ist in ihr auch der Wunsch gewachsen, Neues auszuprobieren

- ... *bis anhin bin ich noch nie im Kino gewesen und so habe ich schon oft gedacht, das könnte ich jetzt noch. In Freienstein muss es ein ganz kleines, „gmögiges“ Kino geben, und wenn dann dort einmal etwas Interessantes läuft, so würde ich dann gerne einmal mit meiner Bekannten über den Hügel fahren und dort ins Kino gehen (C1362–1366)*.

Unterstützung im Umgang mit ihrer belastenden Situation fand Frau C im Austausch mit Betroffenen im Rahmen einer Angehörigengruppe.

- *Ich muss jetzt lernen, nach vorne zu schwimmen und möchte nicht immer von einem Haufen Problemen umgeben sein. Denn die Probleme holen mich immer wieder ein, ich bin jetzt vielleicht schon etwas weiter als viele Frauen und Männer, die gerade am Anfang stehen. Und ich muss dies jetzt auch anerkennen und auch ein bisschen egoistisch hinterfragen, möchte ich das jetzt überhaupt noch? Denn von Haus aus bin ich eine fröhliche Natur, und ich kann dann den anderen schon Kraft geben und für die, die den Kurs leitet, ist es eben nicht schlecht, wenn jemand dabei ist, die schon etwas weiter ist. Aber ich habe am Anfang natürlich auch geweint und vieles nicht verstanden und immer wieder bei mir gedacht: Das halte ich im Kopf nicht aus! (C1568–1575)*

4.4.4 Begegnungen mit den Mitmenschen

Gemachte Erfahrungen im direkten Kontakt

Persönliche Lernfelder im Kontakt mit anderen

- *Nicht alle wollen gleich viel von sich preisgeben. Wenn sie dies spüre, so könne sie sich nun gut zurück nehmen, das musste ich auch lernen, weil ich, von mir aus, eigentlich eine sehr offene Person bin (C1374–1376).*
- *Frau E hält am Grundsatz fest: Man kann nicht nur nehmen, man sollte auch bereit sein zu geben (E2323–2324).*

Was ich auch lernen musste, ist wieder auf Menschen zuzugehen und mit Ihnen in Kontakt zu treten, gerade wenn man alleine unterwegs ist (C1385–1386). Am Durchsetzungsvermögen und Selbstvertrauen müsse sie jedoch noch etwas arbeiten, meint Frau E (E2201–2203).

Lernerfahrungen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen

Durch die hohe Präsenz in der Institution hat Herr G viele Heimbekanntschaften geschlossen. Mittlerweile kenne er die meisten Personen im Heim. *Wenn ich jemanden zwei-, dreimal getroffen habe, so spreche ich mit ihm. Wenn man sich im Restaurant aufhält, lernt man viele Menschen kennen. Einige davon sind dement wie meine Frau. Aber eine Beziehung ist das ja nicht. Man trifft sich, wechselt ein paar Worte miteinander und fragt nach wie es geht. Die meisten von ihnen sind schon älter. Wenn man sich ihnen annimmt und sie grüsst – es kostet einen ja nichts, freundlich zu sein. Eine Frau zum Beispiel hat MS und das schon über 30 Jahre. Wenn ich sie anspreche und ihr ein bisschen über den Arm „streichle“ hat sie eine „schiess Freud“. Sie kann ja auch nichts dafür. Zum Teil ist es aber schon eine elende Sache zu sehen, was da alles für Leute leben. Aber man kann ja nichts machen (G3155–3164).* Herr G erzählt, auch im Umgang mit dementen Bewohnern Neues gelernt zu haben. *Das lernt man einfach, wenn man mehrmals am Tag vor Ort ist. Es ist schon so, wenn ich die Menschen auf meinem Gang zu meiner Frau persönlich anspreche und grüsse, haben sie grosse Freude darüber. Manchmal geben sie einem die Hand als Zeichen der Freude. Das wird sehr geschätzt und auch verdankt. Ja, sie haben schon Freude, wenn ich mich ihnen annehme. Man sieht teilweise auch alte, demente Leute, wie sie sich noch an Kleinigkeiten erfreuen können, aber man sieht auch aggressive Bewohner, die gibt es halt auch (G3213–3221).*

Er habe auch erfahren, wie wenig es brauche, Menschen glücklich zu machen. Wenn er sich den Mitbewohnerinnen seiner Frau annehme, mit ihnen ein paar Worte wechsle oder ihnen die Hand reiche, so würde unheimlich viel zurückkommen (J3936–3939).

4.5 Übersichtstabellen der Ergebnisse

HAUPTKATEGORIE KOGNITIVE RESSOURCEN 4.2	
UNTERKATEGORIEN	ANKERBEISPIELE
Wahrnehmung 4.2.1 Mimik und Gestik: <ul style="list-style-type: none"> • Gesichtszüge lesen (2) 	<p><i>Nach langjähriger Beziehung ist es möglich, sich ohne Worte zu verstehen (D1655).</i></p>
Denken 4.2.2 Wissenszuwachs: <ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Aufgaben übernehmen (7) • Umgang mit dem Handy aneignen (2) • Neue Kompetenzbereiche übernehmen: Haushalt führen (5); Finanzen übernehmen (3); Verhandlungen führen (1); Baum fällen und Gartenarbeit (1) • Haltung und Einstellung: sich selber gegenüber kritischer geworden (1); wie viel Zeit bin ich bereit zu investieren (1); eigene Freiräume schaffen (1); Alkohol nur noch in Gesellschaft (1); bei Fragen das Gespräch suchen (1); grösseres Verständnis für Situationen (1); sich schneller auf neue Situationen einstellen können (1); Jammern unterlassen (1); sich für eine optimale Lebensqualität des Partners einsetzen (1); Hilfe annehmen (2), Mut aufbringe Fragen zu stellen (1); Freundschaften aufrechterhalten (1); Erfahrungsaustausch mit anderen in der gleichen Situation (1); Arzt als Ansprech- und Vertrauensperson (1); Leben geht weiter (1); Hilfe der Kinder nicht überbeanspruchen (1); sich abgrenzen (1) 	<p><i>Über die Krankheit meiner Frau, die Spastik, habe ich hier viel im Altersheim gelernt und weiss nun, wie sich diese lösen lässt. Das hat mir die Betreuerin auf mein Interesse hin gezeigt. Mittlerweile kann ich meine Frau wieder selbstständig lösen, damit sie wieder einigermaßen gerade im Rollstuhl sitzt, wenn es draussen beim Spazieren zu einer Blockade kommt (J4029–4035).</i></p> <p><i>Aneignen musste ich mir die Kompetenz eines Hausmannes, sodass man in der Lage ist den Haushalt zu führen. Es sollte ja ordentlich und sauber sein (G3184–3189).</i></p> <p><i>Solange meine Frau noch lebt, möchte ich für sie da sein und mich für eine optimale Lebensqualität einsetzen. Es ist mir bewusst, dass mir Grenzen gesetzt sind. Als Partner sehe ich es als meine Aufgabe, dafür zu sorgen, dass meine Frau und die Bewohner das erhalten was ihnen auch zusteht (J3799–3807/3907–3909).</i></p>
Akzeptanz der Situation: <ul style="list-style-type: none"> • Sich selber zutrauen, mit der belastenden Situation umzugehen: Gegebenheit akzeptieren (4); Einstellung und Lebenserfahrung sind zentral (1); individueller Umgang (1); auf sich selber hören (1) • Sich schwierigen Situationen stellen, Widerstände überwinden: Hemmschuh ablegen beim Betreten der geschlossenen Abteilung (1) • Sich auf den abgelegten Eid berufen: In guten und schlechten Zeiten füreinander da sein (4) • Prozesse des Loslassens schlechtes Gewissen ablegen; sich Schönes in Erinnerung rufen und eigenes Leben leben (1) 	<p><i>Ich habe Hilfe von den Söhnen, ob ich jetzt etwas mit dem Auto habe, dem nimmt sich mein Ältester an, oder wenn es um das Ausfüllen der Steuern geht, so ist da der Jüngste zur Stelle und der Mittlere ist psychologisch wieder sehr gut (A235–237).</i></p> <p><i>Ich muss mir einfach immer wieder selber einreden, dass ich nun damit leben muss. Klar fehlt mir meine Frau, aber man darf sich dann einfach nicht fallen lassen als Mann (H3521–3522).</i></p> <p><i>Ich muss sagen, ich muss mit mir selber damit fertig werden und ich werde damit auch fertig (A388)!</i></p> <p><i>Man muss sich damit irgendwie abfinden (B978–980).</i></p> <p><i>Daher muss man auch lernen, auf sich selber zu hören und herausfinden was man kann und was nicht (G3428–3429).</i></p>

HAUPTKATEGORIE KOGNITIVE RESSOURCEN 4.2	
UNTERKATEGORIEN	ANKERBEISPIELE
<p>Problemlösestrategien entwickeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn der Partner nach Hause möchte vermeiden von Zuhause zu sprechen (1); Altersinstitution mit Zuhause gleichsetzen (1) • Den erkrankten Partner besänftigen eigene Bedürfnisse zum Wohle des Partners zurückstellen (1) • Alltag organisieren und strukturieren Standort der Institution in Nähe der Wohnsituation des Angehörigen verschafft Vorteile: kurze Wegstrecken (2); vertraute Umgebung bleibt für den Erkrankten bestehen (2); gute Organisation lässt Besuche und Haushalt miteinander vereinbaren (1); Tagesablauf strukturieren gibt Halt (2); setzt Disziplin und Genauigkeit voraus (1) • Umgang mit erkrankten Menschen innerhalb der Pflegeabteilung zielführende Strategien im Umgang mit erkrankten Menschen in Bezug auf ihr Verhalten über das Beobachten und den Direktkontakt aneignen (1) • Belastende Besuche beim Partner im Heim reduzieren sich selber der Belastung bewusst werden und entsprechende Massnahmen ergreifen (1) • Entscheidungen treffen Verantwortung selber übernehmen und Konsequenzen alleine tragen (3) • Aufgrund der finanziellen Belastung sparsam leben eigene Bedürfnisse zurückstellen oder auf später verschieben (2) • Fehlende Privatsphäre aufgrund der stationären Pflegebedürftigkeit umgehen den Partner zu sich nach Hause nehmen für einen Moment der Zweisamkeit (1) 	<p><i>Einen weiteren Vorteil habe ich, indem ich so nabe bei der Institution wohne. Hier kennt jeder den anderen. Ich sehe es schon als Vorteil, wenn jemand in der Umgebung auch nach der Erkrankung bleiben kann. Das wäre bestimmt anders, wenn meine Frau viel weiter weg von ihrem ehemaligen Zuhause gepflegt würde. Wenn ich heute mit ihr im Rollstuhl eine Runde drehe, so ist es die gleiche Runde, die wir zusammen noch vor der Erkrankung miteinander zu Fuss gemacht haben. Es gibt und entwickelt in ihr das Gefühl von Heimat hier zu sein (G3374–3386).</i></p> <p><i>So bin ich einmal von sechs Tage, auf fünf, vier, drei und dann auf zwei runter, immer in Abständen von ein paar Monaten und jetzt bin ich bei einem Mal pro Woche. Das ist jetzt das erste Mal, dass ich am Freitag vor vierzehn Tagen das letzte Mal bei meinem Mann gewesen bin. Ich konnte einfach nicht hingehen (C1193–1196).</i></p> <p><i>Wir können uns trotzdem gern haben. Ich kann meinen Mann genau gleich umarmen und mit ihm Zärtlichkeiten austauschen, aber es bleibt dann bei dem. Beide sind wir uns darüber bewusst. Mühsam ist, wenn ich im Zimmer von meinem Mann bin und sein Bett Nachbar gerade anwesend ist, dann geht es natürlich nicht. Dabei ist es auch schön, dass ich meinen Mann ab und zu mit nach Hause nehmen kann. Natürlich nicht nur wegen dem Austausch von Zärtlichkeiten, aber Zuhause haben wir Privatsphäre und unsere eigene Welt (E2223–2231).</i></p>
<p>Erinnerung 4.2.3</p> <p>Alte Zeiten aufleben lassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Erlebnisse in Erinnerung rufen schöne Momente an vergangene Zeiten und Ferien schenken Kraft, welche das Bedürfnis für ein paar Tage in die Ferien wegzufahren nicht aufkommen lässt (3) • Relativieren eigene Situation in Vergleich mit belastenden, weltweiten Ereignissen stellen, helfen mit dieser Situation umzugehen würde der Glaube und der Selbstbetrug im Sinne von anderen geht es noch viel schlechter (F2823). 	<p><i>Wir waren zusammen fort gewesen, haben schöne Zeiten miteinander verbracht, von denen ich oft noch heute zehre. Dann sage ich mir: Ja, wir haben es schön gehabt und jetzt ist es halt einfach so (A492–497).</i></p> <p><i>Und Schicksale, die heute eben auch weltweit noch da sind wie Japan, die dürfen wir nicht einfach ignorieren. Die gehören ja auch dazu. Da sind wir ja wieder privilegiert mit dem Ganzen, mit was wir hier ja haben, mit dem Altersheim, dem Pflegeheim und mit unserer medizinischen Vorsorge (C1595–1600).</i></p>

HAUPTKATEGORIE EMOTIONALE RESSOURCEN 4.3	
UNTERKATEGORIEN	ANKERBEISPIELE
<p>Gefühle 4.3.1</p> <p>Den Partner in der Institution gut aufgehoben zu wissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • An Ruhe gewonnen (4) Entspannter und ausgeruhter in der Begegnung (2); ruhiger geworden (1); geduldiger geworden und gelernt, dass nicht alles sofort immer umgesetzt werden kann (1); es gefalle der Frau, es würde ihr an nichts fehlen, das gebe ihm Trost (1) den Partner glücklich und strahlen zu sehen, sei eine Erleichterung (1) in dieser Situation sei es das Ziel des Partners nach einem guten Platz für die erkrankte Person umzuschauen (1) • Entlastung verspüren (5) länger liegen bleiben und nachts nicht mehr aufstehen zu müssen (1); angstfrei die Wohnung verlassen, da der Partner nicht mehr alleine zurückgelassen werden muss (2); Heimwahl fiel innerhalb des Quartiers aus (1) 	<p><i>Wenn die erkrankte Person eine Zeit lang in der Institution ist und man dabei als Partner sieht, dass das Personal sich um die Bewohner bemüht, dann gibt das eine gewisse Befriedigung. Das heisst dann für mich, ich kann abends nach Hause gehen, mit dem Wissen, es wird ihr geschaut und das ist für mich wichtig. Denn dann kann ich zu Hause in Frieden leben, weil ich weiss, dass meine Frau gut aufgehoben ist (3898–3902).</i></p> <p><i>Wenn die Pflege mit ihm spricht, ihm Zuwendung schenkt, dann ist er zufrieden und strahlt dabei (A200–202).</i></p> <p><i>Der Trost ist in dem Sinne, dass ich weiss, dass meine Frau an einem guten Platz ist und auch gut betreut wird. Es fehlt ihr an nichts. Es gefällt ihr sogar noch. Das ist mein Trost (G3361–3363).</i></p>
<p>Bedürfnis, dem Partner etwas zurückgeben zu wollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für den Partner da sein wollen dem Partner viel verdanken (2); glücklich darüber, den Partner noch am Leben zu wissen (1); das Bedürfnis, das Optimum an Lebensqualität zu ermöglichen (1) 	<p><i>Ich verdanke meiner Frau sehr viel und jetzt kann ich ihr etwas retour geben, von dem was ich über all die Jahre von ihr erhalten habe. Das finde ich schön (J3890–3891).</i></p>
<p>Affektsteuerung/-verarbeitung 4.3.2</p> <p>Gefühle zulassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen auf Wutgefühle den Partner anschreien (1); ins Auto sitzen, aufs Lenkrad schlagen und laut schreien (1) • Dialog ohne Antwort führen dem Partner ausserhalb seiner Anwesenheit alles mitteilen was einen beschäftigt (1) 	<p><i>Wenn ich alleine unterwegs bin, dann spreche ich jeweils mit meinem Mann und äussere dabei manchmal auch meine Wut: „Weisst du, du hast mir schon viele Sorgen bereitet!“ Auf diesem Weg kann ich Dampf ablassen, wenn ich an meine Grenzen stosse, eine Unruhe in mir drin habe, die man mir jedoch von aussen nicht ansieht (C1448–1458).</i></p>
<p>Emotionale Unterstützung 4.3.3</p> <p>Verständnis vom Gegenüber erfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich verstanden und getragen fühlen (4) persönliche Reaktion sei auf Verständnis seitens der Pflege gestossen (1); Kinder und Bekannte tragen den Entscheid einer stationären Pflegebedürftigkeit mit (4); eigene Kinder als wichtige Stütze erlebt (4) 	<p><i>Alle wollen sie mir in meiner Situation helfen und sagen mir: „Jetzt müssen Sie zuerst einmal für sich schauen, ihr Mann ist ja betreut und gut aufgehoben“ (C1215–1217).</i></p>

HAUPTKATEGORIE EMOTIONALE RESSOURCEN 4.3	
UNTERKATEGORIEN	ANKERBEISPIELE
<p>Kraft schöpfen 4.3.4</p> <p>Kraftquellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Partner Zeit verbringen (8) singen und tanzen (1); für den Partner zu Hause kochen (1); zusammen: ins Theater gehen (1); ausfahren (2); zu Einkaufen (1), spazieren gehen (2); Kaffee trinken (2); diskutieren (1) • Zeit verbringen mit Menschen, die einem wichtig sind (9) • Wenn der Partner besucht wird (4) • In der Erinnerung Kraft schöpfen (2) • Glaube (4) Kraft, Zufriedenheit und Dankbarkeit (2), beten (3) • Lebensweisheiten (2) • Auf sich vertrauen (1) • Sich gebraucht fühlen / sich einbringen dürfen (1) • Tagesausflüge (3) Zeit für sich herausnehmen • Besuch einer Angehörigengruppe (1) • Freiheit (2) • Kraft schöpfen im Alleinsein (1) • Stricken (1) 	<p><i>... zudem erlebe ich die Beziehung zu meinem Mann nun gar noch etwas intensiver (E2207–2208).</i></p> <p><i>... aber die Beziehung zu meinem Mann ist inniger geworden. Vorher hatten wir gewusst, dass wir zusammen gehören, aber jedes hatte dabei seine Freiheiten gehabt (F2644–2645).</i></p> <p><i>... dass ich zu ihm gebe, mit ihm spaziere und wir im Sommer miteinander im Freien sitzen können. In solchen Momenten genießen wir das Miteinander (A486–489).</i></p> <p><i>Der Glaube gibt mir so viel Kraft, Zufriedenheit und Dankbarkeit (E2365–2366).</i></p> <p><i>Ich bat um Kraft und mir wurden Schwierigkeiten gegeben, um mich stark zu machen. Ich bat um Weisheit und mir wurden Probleme gegeben, um sie zu lösen und dadurch Weisheit zu erlangen (C1498–1500).</i></p>
<p>Hobby, persönliche Unternehmungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • weitere Nennungen: <p>Spazieren in der Natur, am Rhein, im Wald (5); Zeit mit den Kindern (2) und Enkeln (A) verbringen; wandern (2); schöne Erinnerungen hervorrufen (2); Turnen (2); Walken (1); Glaube (4), meditieren (1), Ferienwohnung (1); Schaffhauser Bauernmarkt (1); Garten genießen (2); Freude an schönen, alten Gegenständen (Antiquitäten[1]), schöne Wolle kaufen (1), Zuhause gemütlich einrichten (1); Jassen (1); Modelleisenbahn (1); Englischkurs besuchen (1)</p>	<p><i>Es gibt einfach gewisse Sachen, da nehme ich mir das Recht heraus, hier fernzubleiben, weil ich das so für mich will. Denn ich will in diesem Sinne ja auch leben. Ich bin absolut bereit hier viel mitzuhelfen, aber ich muss mein Leben auch genießen können. Es ist immer das Problem, das man hat (J4140–4149).</i></p> <p><i>Ich suche nicht unbedingt das Geschwätz der Leute, sondern bin dann gerne auch wieder mal für mich (A227–228).</i></p> <p><i>Wenn ich abends alleine bin, kann ich nicht einfach nur dazsitzen und nichts machen... so stricke ich. Das Stricken hat mir auch über die Zeit der Pflege hinweg geholfen. Wenn ich total am Boden und erschöpft gewesen bin, habe ich gestrickt, denn wenn ich stricke, werde ich ruhig (D1919–1922).</i></p>

HAUPTKATEGORIE SOZIALE RESSOURCEN 4.4	
UNTERKATEGORIEN	ANKERBEISPIELE
Soziale Beziehungen 4.4.1 Im Kontakt sein: <ul style="list-style-type: none"> • Partner: Von der Rolle des Partners in die Rolle des Besuchers wechseln (1) • In Gesellschaft sein: spontane Treffen mit der Nachbarschaft, wenn einem danach ist (1) 	<p><i>Heute besteht die Beziehung darin, dass ich in der Rolle des Besuchers bin. Denn oftmals wenn ich komme, weiss sie nicht wer ich bin (G3091–3092)</i></p>
Soziale Unterstützung 4.4.2 Verwandtschaft: <ul style="list-style-type: none"> • Kinder, Nichten und Neffen sich auf Familienmitglieder berufen können, wenn Probleme anstehen (4) • Nachbarschaft: Nachbarschaftshilfe beiziehen (1) Bekanntenkreis: <ul style="list-style-type: none"> • Neue Bekanntschaften eingehen innerhalb der Institution: in Kontakt kommen mit anderen betroffenen Angehörigen (4); innerhalb einer Angehörigen oder Selbsthilfegruppe (4); über Freizeit und Beruf (1) → 7 Personen geben an, ausserhalb der Institution keine neuen Bekanntschaften gemacht zu haben • Bestehende Bekanntschaften vertiefen: Vertiefung bestehender Bekanntschaften (6); Herausforderung Beruf, Mutter- und Angehörigenrolle unter einen Hut zu bringen (1) 	<p><i>Eine gute Vernetzung und soziale Kontakte sind schon wichtig, aber die muss man sich vorher schon aufbauen und wenn es dann soweit ist, so hilft der Bekanntenkreis beim Tragen dieser Last mit. Die Freunde unterstützen einen in dieser schweren Situation, sodass man nicht ganz alleine mit allem auf - sich gestellt ist (G3366-3371)</i></p> <p><i>An meinem Bekanntennetz hat sich nichts geändert. Bis auf ein paar neue Leute, die ich im Heim getroffen habe, sind keine neuen Freundschaften oder Kontakte entstanden (J3993–3994).</i></p> <p><i>Das ist ein klares Prinzip bei mir, so lange meine Frau lebt, werde ich auch keine neue Beziehung eingehen (J3983-3986)</i></p>
Fachliche Hilfe 4.4.3 Anlaufstellen für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Beratung (Arzt) Hausarzt als zentrale Anlaufstelle (9) • Finanzielle Beratung (Treuhänder) Beratungsstelle aufgesucht, aus Angst den Pflegeplatz nicht finanzieren zu können (1); Verwaltung des Vermögens über den Treuhänder (3) • Angehörigengruppe Teilnahme: Angehörigengruppe im Heim (1); Angehörigen- gruppe unter psychologischer Begleitung (2); Selbsthilfe- gruppe (2) 	<p><i>Ich suchte eine Beratungsstelle auf, weil ich das Gefühl hatte, jetzt würde ich mir nichts mehr leisten können (C1406–1407).</i></p> <p><i>Das wertvolle dieser Gruppe besteht darin, dass man sich austauschen kann (E2390).</i></p>
Begegnungen mit den Mitmenschen 4.4.4 Gemachte Erfahrungen im direkten Kontakt: <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Lernfelder im Kontakt mit anderen gelernt auf andere zuzugehen (1); gelernt sich zurückzunehmen (1); Geben und Nehmen sollen sich die Waage halten (1) • Lernerfahrungen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen Lernen mit Verhalten der Erkrankten zurechtzukommen (1); Dankbarkeit folgt auf ein paar nette Worte (2) 	<p><i>Es ist schon so, wenn ich die Menschen auf meinem Gang zu meiner Frau persönlich anspreche und grüsse, haben sie grosse Freude darüber. Manchmal geben sie einem die Hand als Zeichen der Freude. Das wird sehr geschätzt und auch verdankt. Ja, sie haben schon Freude, wenn ich mich ihnen annehme (G3216–3219).</i></p>

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

5.1.1 Zusammenfassung der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit nimmt sich der Situation allein lebender älterer Frauen und Männer an, die aufgrund einer stationären Pflegebedürftigkeit ihrer Partnerin beziehungsweise ihres Partners zu Hause zurückbleiben. Der Übertritt eines Partners in die Pflegeabteilung gilt für das Paar als besonders schwere Krise. Wie wird jedoch die grosse Lebensumstellung, bedingt durch die räumliche Trennung seitens des Partners, der zurückbleibt, erlebt? Finden sich innerhalb der ganzen Belastungsthematik, der Trauer und des Verlusts auch positive Aspekte? Gewinnen die betroffenen Lebenspartner aufgrund ihrer Lebenssituation Kenntnisse im Wissen um die Belastungen, aber auch um die Ressourcen? Aufgrund der vorliegenden Thematik wurde der Frage nachgegangen, ob es eine Ressourcenerweiterung bei der zurückbleibenden Person infolge einer stationären Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners im Alter gibt und falls ja, wie sich diese zeigen.

5.1.2 Zusammenfassung der Belastungen im „grossen Verlust“

Die Erkrankung des Partners geht mit einem grossen Belastungserleben der Angehörigen auf verschiedenen Ebenen einher, wobei die Situation des Erkrankten im Vordergrund steht. Zudem findet eine Umverteilung der Verantwortlichkeiten statt, und es trägt nun der gesunde Teil die Hauptlast aller anfallenden Aufgaben und Entscheidungen. Dabei gilt es, zu berücksichtigen, dass bis auf Frau E (60 Jahre alt) alle befragten Personen 73 Jahre und älter sind. Vier Frauen und drei Männer haben sich in der Anfangszeit der Erkrankung ihres Partners, der Herausforderung der häuslichen Pflege angenommen. Solange es ihre eigenen Kräfte zulassen, setzten sie alles daran, ihren Partner möglichst lange bei sich zu Hause zu behalten. In einem Fall wurde gar das Haus verkauft und ein Umzug in eine altersgerechte Wohnung in Kauf genommen, um so den Heimeintritt noch etwas hinauszuschieben. Teilweise wurden auch externe Unterstützungsmassnahmen beigezogen oder eine Pflegerin auf privater Basis zur Mithilfe angestellt. Diese Zeit war geprägt von der Angst, den Partner zu verlieren und von Ohnmachtsgefühlen nichts gegen die Krankheit ausrichten zu können.

Das Verabschieden und Loslassen gemeinsamer Ziele wurde und wird noch immer als grosse Belastung angegeben. Dieser Prozess ist verbunden mit tiefer Trauer und Schmerz. Durch die Krankheit bedingt folgen zusätzliche Belastungen in Form einer Wesensveränderung des Erkrankten, eines Kommunikationsverlusts zwischen dem Paar, einer Inkontinenz sowie des Verlusts der sexuellen Beziehung. Die permanente Präsenz sowie die körperliche Beanspruchung führten zu Belastungssymptomen wie Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Schwindel, innerlicher Unruhe, Depression und/oder Nervosität. In diesem Zusammenhang ist es kaum

verwunderlich, dass die Mehrheit der Befragten angaben, ihre eigenen Bedürfnisse während der Zeit der häuslichen Pflege vernachlässigt zu haben.

Der Übertritt ins Pflegeheim erfolgte bei sechs der neun Erkrankten im Alter von 80 Jahren und deckt sich mit den Untersuchungsergebnissen, welche einen Anstieg der Pflegebedürftigkeit in diesem Alter verzeichnen. Als wichtige Stütze und Vertrauensperson haben alle Befragten ihren Hausarzt angegeben, welcher im Zusammenhang des Übertritts in eine Institution eine zentrale Stellung eingenommen hat. Zum einen wurde durch die ärztliche Unterstützung der Übertritt in die Wege geleitet, und zum anderen haben die Betroffenen eine Entlastung im Zusammenhang mit ihren Schuldgefühlen erfahren. Des Weiteren werden die Finanzierung des stationären Pflegeplatzes, das Abschiednehmen vom langjährigen Partner, der Umgang mit Alleinsein, die Überbeanspruchung infolge häufiger Besuche im Heim sowie Suizidgedanken des Partners als Belastungen in der Situation einer stationären Pflegebedürftigkeit des Erkrankten seitens der Angehörigen angegeben.

5.1.3 Zusammenfassung der Ressourcen im „grossen Verlust“

Unter den Kategorien *Kognitive* -, *Emotionale* - und *Soziale Ressourcen*, werden die Kompetenzen (Mittel und Fähigkeiten) subsumiert, welche sich in der Bewältigung dieser schwierigen Lebenssituation innerhalb des „grossen Verlustes“ der zurückbleibenden Partnerin beziehungsweise des zurückbleibenden Partners zeigen. Die in Klammer gesetzte Ziffer entspricht der Anzahl Nennungen der befragten Personen. Die detaillierte Zusammenstellung aller genannten Ressourcen ist den Übersichtstabellen (4.5) zu entnehmen.

Kognitive Ressourcen

Die kognitiven Ressourcen beinhalten die Unterkategorien *Wahrnehmung*, *Denken* und *Erinnerung*. Der Strategie über das Lesen der Gesichtszüge auf die Bedürfnisse des Partners zu schliessen, haben sich zwei Personen innerhalb der Unterkategorie Wahrnehmung bedient. Unter der Unterkategorie Denken werden die Ressourcen in Bezug auf den Wissenszuwachs, die Akzeptanz der Situation sowie die entwickelten Lösungsstrategien bei vorhandenen Problemen zusammengefasst. Ein Wissenszuwachs zeigt sich bei der Übernahme pflegerischer Aufgaben (7), im Umgang mit dem Handy (2) sowie neuer Verantwortungsbereiche wie dem Führen eines Haushaltes (5), in der Auseinandersetzung mit den Finanzen (3) sowie den Haltungs- und Einstellungsänderungen (17) infolge der Bewältigung der gegebenen Situation. Diesbezüglich wird genannt, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie viel man aufgrund der Gegebenheit als Angehöriger bereit ist, für seinen Partner zu investieren, wenn immer möglich, Jammern zu unterlassen, Mut haben, Fragen zu stellen, Hilfe anzunehmen und lernen, sich abzugrenzen.

Die Angehörigen sind in ihrer aktuellen Situation mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert, denen sie mit eigenen Problemlösestrategien begegnen. Gerade in der ersten

Zeit der stationären Pflegebedürftigkeit wird oft der Wunsch der Erkrankten an die Angehörigen herangetragen, nach Hause zurückkehren zu wollen. Eine Person gibt an, die Altersinstitution mit dem Zuhause gleichzusetzen, damit der ehemalige Wohnort im Verlaufe der Zeit in Vergessenheit gerät. Eine weitere Frau berichtet, bei ihren Besuchen keine Themen anzusprechen, die ihren Mann in Rage bringen könnten. Den Alltag bewusst zu strukturieren, wirkt sich unterstützend auf die Organisation der Heimbesuche aus, geben vier Personen an. Eine Angehörige hat sich dafür entschieden, die Regelmässigkeit der Besuche aufgrund belastender Begegnungen mit ihrem Partner zu reduzieren und eine andere Frau erzählt, aufgrund fehlender Privatsphäre in der Altersinstitution ihren Mann für einen Moment der Zweisamkeit zu sich nach Hause zu nehmen. In der Unterkategorie Erinnerung geben drei Angehörige an, sich bewusst schöne, gemeinsame Erlebnisse vergangener Zeiten in Erinnerung zu rufen, und zwei Personen berichten, ihre eigene Situation zu relativieren, indem sie einen Vergleich mit belastenden, weltweiten Ereignissen herstellen würden.

Emotionale Ressourcen

Die emotionalen Ressourcen setzen sich aus den Unterkategorien *Gefühle*, *Affektverarbeitung* und *Emotionale Unterstützung* zusammen. Den Partner gut aufgehoben zu wissen, äussert sich bei vier Angehörigen durch die Zunahme an innerer Ruhe. In diesem Zusammenhang werden genannt, wieder besser schlafen und die Wohnung angstfrei verlassen zu können. Ein grosses Bedürfnis dem Partner etwas für die vergangenen Jahre zurückgeben zu wollen, ist vier Angehörigen besonders wichtig, und es liegt ihnen viel daran, für den Partner da zu sein. Zudem geben fünf Personen an, eine Entlastung zu verspüren, indem sie nun die Verantwortung für den Partner nicht mehr alleine zu tragen haben. Wenn der Partner innerhalb einer Begegnung stundenlang nichts spricht, berichtet eine Angehörige von Wutgefühlen, die bei ihr aufsteigen würden. Sie setze sich daraufhin ins Auto, schlage aufs Lenkrad und schreie ihre Wut heraus. Einen anderen Weg mit Wutgefühlen umzugehen und den Affekt zu verarbeiten, zeigt sich im Führen eines Dialoges ohne Antwort, dabei werden eigene Gefühle in Abwesenheit des Partners verbalisiert. Die emotionale Unterstützung wird erfahren durch das Verständnis des Gegenübers, indem sich der Angehörige seitens der Verwandten, Bekannten und Pflegenden verstanden und getragen fühlt. Ebenfalls der emotionalen Unterstützung sind alle eingebrachten Kraftquellen im Umgang mit der Situation zugordnet. Alle befragten Frauen und Männer geben an, Kraft in der Begegnung mit Menschen, die ihnen wichtig sind, zu schöpfen. Acht Nennungen fallen auf das Verbringen von Zeit mit dem Partner, vier Personen erwähnen, Kraft darin zu finden, wenn ihr Partner besucht wird, und vier Angehörige berichten, Kraft durch den Glauben zu erhalten. Des Weiteren werden etliche individuelle Kraftquellen angegeben, die den Übersichtstabellen (4.5) zu entnehmen sind.

Soziale Ressourcen

Die sozialen Ressourcen beinhalten die Unterkategorien *Soziale Beziehungen*, *Soziale Unterstützung*, *Fachliche Hilfe* und *Begegnungen mit den Mitmenschen*. Unterstützung erfahren die Angehörigen durch ihre Familienmitglieder, Bekannten und Nachbarn. Alle Personen geben an, zwangsläufig aufgrund der häufigen Heimbesuche, oberflächliche Bekanntschaften in der Institution geschlossen zu haben. Neue Bekanntschaften ausserhalb des Pflegeheims und der Angehörigengruppe nennt nur eine Person, die im Unterschied zu den anderen Angehörigen noch im Berufsleben steht. Sechs Nennungen fallen auf die Vertiefung bereits bestehender Bekanntschaften aufgrund der vorliegenden Gegebenheiten.

5.2 Beantwortung und Interpretation der Fragestellung

Im Rahmen dieser Untersuchung lassen sich – ohne den Betroffenen ihr Leid abzusprechen – Gewinne im grossen Verlust ausmachen. Die neun interviewten Frauen und Männer, die aufgrund einer stationären Pflegebedürftigkeit ihres Partners beziehungsweise ihrer Partnerin zurückbleiben, berichten in ihrer schmerzvollen Erfahrung auch von positiven Aspekten innerhalb ihrer belasteten Lebenssituation. Die erhobenen Gewinne zeigen sich in Form einer Ressourcenerweiterung bei den Betroffenen selber, aber auch in Erfahrungen, Erlebnissen und Gefühlszuständen. So berichtet Frau E unter anderem, trotz widriger Umstände, sich „beseelt“ zu fühlen (E2331) und bezeichnet ihre gewonnene Freiheit als grossen Gewinn. Diese Freiheit habe es ihr ermöglicht, sich selber zu behaupten, an Selbstvertrauen zuzulegen und daran zu wachsen.

Ressourcenerweiterungen konnten in den kognitiven, emotionalen und sozialen Bereichen ausgemacht werden, wobei die meisten Nennungen auf die ersten beiden Kategorien fallen. Aufgrund der Situation kam es bei allen Paaren zu einer Veränderung des Rollengefüges, welche unter anderem auf die Verschiebung der Verantwortlichkeiten aller Betroffenen zurückzuführen ist. Die eingespielte Aufgabenteilung in Bezug auf Geben und Nehmen ist ins Wanken geraten, wobei die Hauptlast auf den Schultern des Partners, der zurückbleibt, getragen wird. Bestehende Aufgaben bleiben, und es kommen neue dazu. Eine Rollenumkehr zeigte sich darin, dass die drei Männer sich nun als „Hausmänner“ bezeichnen und drei Frauen angeben, sich den Finanzen angenommen zu haben. In sieben Fällen wird erwähnt, sich mit der Erkrankung des Partners auseinandergesetzt und sich in diesem Zusammenhang auch pflegerische Aufgaben angeeignet zu haben, um den Partner auch innerhalb der Besuchszeit in der Institution zu betreuen. Die Auseinandersetzung mit den neuen Herausforderungen wurde von gemischten Gefühlen begleitet. So berichtet Herr G, das Pflegeheim nur mit grosser Überwindung betreten zu können. Um seine Frau sehen zu können, sei ihm nichts anderes übriggeblieben, als sich dem zu stellen. Mittlerweile habe er den Schock der stationären Abteilung überwunden, die Hemmungen in der Begegnung der erkrankten Be-

wohner abgelegt und wisse nun, wie er auf diese zugehen müsse. Durch die täglichen Besuche bei seiner Frau habe er gelernt, auf ihr Verhalten zu reagieren und wisse nun wie wenig es brauche, seine Frau wie auch ihre Mitbewohner glücklich zu machen. *Die stationäre Pflege ist eine grosse Entlastung für mich (G3271-3292).* Diese Erfahrung teilen mehr als die Hälfte der befragten Personen, die angeben, durch die Ressource der stationären Betreuung und kompetenten Unterstützung in der professionellen Pflege, Erleichterung zu verspüren. Diese zeige sich unter anderem in einem besseren Schlafverhalten oder darin, die Wohnung nun wieder angstfrei verlassen zu können, da ihnen bewusst ist, dass der Partner gut aufgehoben ist. Des Weiteren betont Frau E ihre neu gewonnene Freiheit, welche sie der stationären Betreuung ihres Mannes zuschreibe und aufgrund deren ihr nun die Möglichkeit gegeben wird, selber über ihre Zeit verfügen zu können. *Der eigentliche Gewinn im Verlust ist für mich, dass ich jetzt wieder ruhiger bin und ich die Verantwortung nicht mehr alleine tragen muss. Früher, als ich meine Frau noch zu Hause gepflegt habe, waren Angst und Unruhe ständige Begleiter gewesen. Es hätte so viel passieren können. Schlimme Gedanken und peinliche Erlebnisse habe ich nun nicht mehr und das ist für mich ein Gewinn. Früher war ich noch ganz alleine für sie verantwortlich gewesen. Auch für die Einnahme der Medikamente. Meine Frau musste täglich 6 bis 7 Medikamente zu sich nehmen, und ich war verantwortlich dafür gewesen, dass sie die richtigen Tabletten zum richtigen Zeitpunkt einnimmt. Diese Verantwortung nehmen sie mir nun in der Institution ab.* Er habe gelernt, loszulassen und Verantwortung abzugeben, gibt Herr G an. Eine weitere Bereicherung in Bezug auf die stationäre Pflege, erlebe Frau E in der Distanz zu ihrem Mann, welche ihre Gemeinsamkeit eigentlich noch reicher machen würde (E2193-2196). Zeit mit dem Partner zu verbringen, geben bis auf eine Person alle als Kraftquelle an. Dies widerspiegelt sich auch in den regelmässigen Besuchen beim Erkrankten. Fünf Personen besuchen ihren Angehörigen täglich in der Institution und drei Personen fünf- bis sechsmal pro Woche. Gerade in Bezug auf die täglichen Besuche beim Partner hinterlassen zwei Frauen aber auch einen sehr belastenden Eindruck. Ihr persönlicher Anspruch ihrem Partner in Vereinbarung mit den zu verrichtenden Alltagslasten gerecht werden zu wollen, haben sich in Erschöpfungszuständen niedergeschlagen. Eine Person erzählt von ihren belastenden Momenten in der Begegnung mit ihrem Partner, sodass sie den Weg des Abstandes zu ihrem Selbstschutz gewählt habe. Auf sich selber zu hören und eigene Grenzen wahrzunehmen, habe ihr nun den Zugang zu neuen Erfahrungen ermöglicht, gibt Frau E an, welche ihr ansonsten wahrscheinlich nicht zuteil geworden wären. In diesem Zusammenhang würde ihr das Erinnern an gemeinsame, schöne Erlebnisse helfen, der belastenden Situation standzuhalten, womit sie nicht alleine ist. Diese wichtigen Ressourcen machen sich noch zwei weitere Angehörige zu eigen. Drei Personen (F/E/J) erleben heute die Beziehung zu ihrem Partner inniger als im Vergleich zu früher. Frau E und Herr J führen dies auf die stationäre Pflege zurück, durch deren Entlastung sie ihren Partnern ruhiger begegnen können, wobei Momente der Zweisamkeit genossen werden. Obwohl Frau F einen sehr belastenden Eindruck hinterlässt, sei ihre Liebe zum Partner noch inniger geworden. Heute spreche er ihr gegenüber nette Komplimente aus, äussert ihr gegenüber seine Liebe zu

ihr, was früher unausgesprochen blieb (F2682-2687). Über alles gesehen meint Herr J: *Ich würde sagen, es ist kein Verlust. Für mich ist es ein Gewinn, denn ich habe meine Frau noch (J4048).*

5.3 Auseinandersetzung mit Methode und Studiendesign

Für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung stellte sich das qualitative Vorgehen nach Mayring als geeignet heraus. Das Verfahren ermöglichte einen vertieften Einblick in das subjektive Erleben der befragten Frauen und Männer. Aufgrund der geringen Stichprobe von neun Personen gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass nicht auf die Allgemeinheit geschlossen werden darf. Die Auswertung der Interviews mittels einer strukturierten Inhaltsanalyse gestaltete sich schwieriger als angenommen. Insbesondere erwies sich das Definieren der einzelnen Kategorien als sehr anspruchsvoll. So beinhalteten viele Aussagen einerseits kognitive, emotionale oder soziale Elemente, was die Zuordnung der einzelnen Nennungen als äusserst schwierig gestaltete. In Bezug auf die Fragestellung konnten Zugewinne an Ressourcen im Erleben dieser belastenden Situation ausgemacht werden. Jedoch ging nicht immer klar daraus hervor, ob der Zugewinn auf die Erkrankung, die stationäre Pflege oder anderweitige Umstände zurückzuführen war.

5.4 Fazit

Die befragten Frauen und Männer mit einem stationär pflegebedürftigen Lebenspartner an ihrer Seite sind eine äusserst heterogene Gruppe, was sich im Alter und ihren individuellen Lebensumständen abbildet. Alle Lebenspartner, die zurückbleiben, sind zwar Betroffene einer ähnlichen Situation, sind und bleiben jedoch eigene Persönlichkeiten. Genauso vielseitig wie sich Frauen und Männer in ihrer Persönlichkeit zeigen, sind auch der Umgang und das Erleben Betroffener mit diesem schwierigen Lebensereignis. Nebst der stationären Pflegebedürftigkeit ist den Angehörigen gemeinsam, dass alle betroffenen Frauen und Männer auf Anhieb das Datum angeben konnten, an welchem ihr Partner beziehungsweise ihre Partnerin in die Altersinstitution eingetreten ist. *Ich mag mich daran erinnern, als wäre es gestern gewesen Das ist noch so präsent und werde ich mein ganzes Leben nicht mehr vergessen. Genauso wie man das Hochzeits- oder Kennlerndatum nicht vergisst (E 2015-2017).* Dies macht noch einmal deutlich wie belastend die Situation, einhergehend mit der Trennung vom Partner, erlebt wird. Nach Wegfall der objektiven Belastungsfaktoren, nämlich der Pflege und Betreuung, liesse sich vermuten, dass für die Person selber mehr Zeit auch für ihre sozialen Aktivitäten bleiben würde. Bis auf Frau E, die noch im Berufsleben steht, zeigte sich kein Aufbau einer sozialen Ressource. Eine Belastung kann aber immer auch wieder eine Chance bedeuten. Insbesondere dann, wenn in gelungener Art und Weise mit der kritischen Lebenssituation umgegangen werden kann. Gerade aus belastenden Ereignissen resultieren oftmals Entwicklungsschritte, und so konnten auch im Rahmen dieser Untersuchung Gewinne im Sinne einer Ressourcenerweiterung, insbesondere im kognitiven und emotionalen Bereich ausgemacht werden.

5.5 Ausblick und weiterführende Gedanken

In den nächsten Jahrzehnten wird die Schweiz einen deutlichen Wandel bei der Altersverteilung der Wohnbevölkerung erfahren (2.1.3). Es ist von einer Zunahme älterer Menschen auszugehen. Aufgrund der differentiellen Altersprozessen (2.2.3) und heterogenen Lebensformen ist es gut möglich, dass in den nächsten Jahren vermehrt Frauen und Männer in die Situation geraten, aufgrund einer stationären Pflegebedürftigkeit ihres Partners beziehungsweise ihrer Partnerin, alleine zurückzubleiben. Bei betroffenen Angehörigen zeigen sich im Erleben ihrer Situation grosse, interindividuelle Unterschiede. Die Bewältigung dieser Belastungssituation hängt unter anderem von der personalen Disposition, den Vorerfahrungen, den kognitiven Bewertungen und vom Geschlecht ab. In diesem Zusammenhang wäre es spannend, sich der weiterführenden Frage anzunehmen wie es zur Aneignung einer gewinnbringenden Ressource kommt. Welche Voraussetzungen müssen vorhanden sein oder geschaffen werden, damit Gewinne seitens der Betroffenen erfahren werden oder Ressourcen ausgebaut werden können?

Innerhalb der Aussagen betroffener Angehöriger kam zum Ausdruck, dass sie Kraft schöpfen in der Begegnung mit ihrem Partner und ihnen wichtigen Menschen. Es gilt sich der Tatsache bewusst zu sein, dass mit der stationären Pflegebedürftigkeit Privatsphäre nur noch beschränkt gelebt werden kann, da die Paare der Öffentlichkeit ausgesetzt sind. Daher wäre es wünschenswert, Möglichkeiten innerhalb der Institution zu schaffen, die es zulassen, in einer ruhigen, geschützten Atmosphäre Zeit mit dem Partner verbringen zu können. Ebenso kam deutlich zum Ausdruck, dass der Bekanntenkreis der Angehörigen sich eher verringert als vergrössert. Im Bewusstsein, dass die soziale Unterstützung eine wichtige Ressource darstellt, wäre es denkbar, ein Angebot für Angehörige innerhalb der Institution zu schaffen, welches die Begegnung Betroffener in einer ungezwungenen Atmosphäre ermöglicht.

Vereinzelt konnte im Rahmen dieser Untersuchung auch ein Zugewinn an Ressourcen ausgemacht werden, der letztendlich nicht als Kraftquelle im positiven Sinne erfahren wird. So wurde unter anderem eingebracht, dass man gelernt habe, die eigene Meinung zurückzuhalten, um schwierige Situationen in der Begegnung mit dem Partner zu verhindern. Ein Ausbau einer Ressource, wie beispielsweise sich auf die Bedürfnisse des Gegenüber einzustellen, hat sich aufgrund der Bedürftigkeit des Gegenübers zwangsläufig ergeben. Für meine subjektive Einschätzung als Gesprächspartnerin hat sich diese gewachsene Stärke in eine Schwäche gewandelt, weil es den betroffenen Personen nicht gelungen ist, sich selber dabei einmal in den Fokus zu stellen. Weil der Blick für den anderen den Blick für sich selbst überlagert hat. Diese Personen hinterlassen schon einen sehr belasteten Eindruck und nehmen sich im Formulieren eigener Wünsche und Bedürfnisse zurück. Gerade diese Menschen können letztendlich einen Schritt weiterkommen, wenn sie von aussen mit der Aufgabenstellung konfrontiert werden, sich zu überlegen, was sie denn eigentlich brauchen, da sie sich immer da-

mit auseinandersetzen, was denn der andere braucht. Innerhalb dieser Arbeit wurde auch die Feststellung gemacht, dass der gesunde Partner von sich auf die erkrankte Person schliesst. So wurde unter anderem eingebracht, mit der ständigen Anwesenheit beim Partner das Beste für ihn zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wäre es auch interessant, folgender Frage nachzugehen: Wie belastet fühlen sich die erkrankten Partner im Wissen darum, ihre zurückbleibenden Partner aufgrund der täglichen Heimbesuche ihrer Freiheit und eigenen Bedürfnisse zu berauben?

Die Daten der vorliegenden Arbeit sind nicht systematisch nach der Erkrankung des Partners ausgewertet worden. Eine Auffälligkeit zeigte sich insbesondere darin, dass das Krankheitsbild im Erleben von Verlust und Gewinn eine grosse Rolle spielt, dass Angehörige von dementen Patienten vielleicht in einer anderen Form belastet sind als andere. In einer weiterführenden Arbeit wäre es interessant, der Geschlechterdifferenz im Umgang dieser schwierigen Situation nachzugehen. Alle interviewten Frauen gaben an, sich einer Angehörigen- oder Selbsthilfegruppe angeschlossen zu haben, während kein Mann von einem Angebot dieser Art Gebrauch macht. Frauen scheinen über den Austausch in einem professionellen Setting weiterzukommen, während Männer ihre Widerfahrnisse anderweitig angehen. Dafür wurde im Rahmen dieser Untersuchung die Feststellung gemacht, dass Männer über Strategien verfügen, sich im Vergleich zum anderen Geschlecht „besser“ abgrenzen zu können. Ob dem wirklich so ist, bedarf es einer sorgfältigen Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Unabhängig vom Geschlecht ist der Heimeintritt nicht nur für den betroffenen Menschen, sondern auch für den zurückbleibenden Partner eine bedeutsame Transition und erfordert entsprechende Aufmerksamkeit. Das Thema der Angehörigenarbeit im Alter ist noch längst nicht erschöpft und öffnet noch viele Fragestellungen für weitere Untersuchungen im gerontologischen Feld.

6 Literaturverzeichnis

- Adler, C., Gunzelmann, T., Machold, C., Schumacher, J. & Wilz, G. (1996). Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Z Gerontol Geriatr* 29: 143-149.
- Backes, G. & Clemens, W. (2003). *Lebensphase Alter - Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim: Juventa.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1989). Erfolgreiches Altern. Mehr Jahre und mehr Leben. In M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen* (S. 5-10). Zürich: Huber.
- Bölicke, C., Möhle, R., Romero, B., Sauerbrey, G., Schlichting, R., Weritz-Hanf, P. & Zieschang, T. (2007). *Ressourcen erhalten*. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Bern: Hans Huber.
- BMFSFJ (Hrsg.). (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft*. Bonn.
- BMFSFJ (Hrsg.). (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin.
- Brandstätter, J. & Wentura, D. (1994). Veränderungen der Zeit- und Zukunftsperspektive im Übergang zum höheren Erwachsenenalter: Entwicklungspsychologische und differentielle Aspekte. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 26: 2-21.
- Buijssen, H. (1996). *Die Beratung von pflegenden Angehörigen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bundesamt für Statistik. (2010a). *Die Bevölkerung der Schweiz 2009* [On-line]. Verfügbar: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4057
- Bundesamt für Statistik. (2010b) [On-line]. *Weiteres Wachstum und markante Alterung der Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten. Medienmitteilung: Szenarien der Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2010 – 2060*. Verfügbar: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/press.html
- Dibelius, O. & Uzarewicz, Ch. (2006). *Pflege von Menschen höherer Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Engel, S. (2008). Angehörigenberatung – Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger als ein zentrales Arbeitsfeld der Gerontopsychologie. In: WD. Oswald, G. Gatterer & UM. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie – Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S.195-212). (2. Aufl. akt. und erweitert). Wien: Springer.

Ensel, W. M. & Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 321-344.

Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Trehmel, P. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters* (2. Ausg., Bd.14). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Fisseni, H.J. (1995). Zeiterleben und Lebensalter. In: A. Kruse, R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.). *Psychologie der Lebensalter* (S. 131-147). Darmstadt.

Forstmeier, S., Uhlenhorff, H. & Maercker, A. (2005). *Diagnostik von Ressourcen im Alter*. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 18, 2005, (4), 227–257.

Franke, L. (2006). *Demenz in der Ehe – Über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung. Eine Studie zur psychosozialen Beratung für Ehepartner von Menschen mit Demenz*. Frankfurt am Main: Mabuse.

Georg, J. (2004). Einsamkeit – Vereinsamungsgefahr bei alten Menschen. *NOVA*, 2004 (9), 9-11.

Gutzmann, H. & Zank, S. (2005). *Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und Psychosoziale Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Häcker, H. & Stapf, K. (2004). *Dorsch – Psychologisches Wörterbuch*. (14. Aufl.), Bern: Hans Huber.

Havighurst, R.J. (1963). Successful aging. In : C. Tibbits & W. Donahue. (Ed.). *Processes of aging* (pp.299-320). New York : Williams.

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3. Ausg.). New York: Longmans, Green.

Hirschmann, K., Kapo, JM. & Karlawish JHT. (2006). Why doesn't a family member of a person with advanced dementia use a substituted judgement when making a decision for that person ? *Am J Geriatr Psychiatry* 14 : 1194-1196

Höpflinger, F. (2003). Hochaltrigkeit – Eine Herausforderung für Individuum und Gesellschaft. Demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen [On-line]. 4-12 aus Debatte Nr. 1. Verfügbar: https://www.pro-senectute.ch/data/551/04-12_debatte_01.pdf

Höpflinger, F. (2004). Auswirkungen weiblicher Langlebigkeit auf Lebensformen und Generationenbeziehungen. In P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.), *Jenseits des Zenits – Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte* (S.61-74). Bern: Haupt.

Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern: Huber.

Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.

Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Demographische Alterung und individuelles Altern*. Zürich: Seismo.

Kastenbaum, R. (1982). Time course and time perspective in later life. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 3: 80 – 101.

Keefe, J. & Fancey, P. (2000). The care continues : Responsibility for elderly relatives before and after admission to a long term care facility. *Family Relations*, 49, 235-244.

Kiecolt-Glaser, JK., Marucha, PT., Malarkey, WB., Mercado AM., Glaser R. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet* 346: 1194-1196.

Klingemann, C. (1996). Das Alter als Exempel für die Moderne. In: *Das Parlament*, Nr. 10, S. 17.

Kruse, A. (2007). *Was stimmt? Alter – Die wichtigsten Antworten*. Breisgau: Herder Freiburg.

Kruse, A & Wahl, H.-W. (2010). *Zukunft Altern – Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Heidelberg: Spektrum.

Langfeldt, M. (2006). *Psychologie in der Altenpflege – Lehrbuch*. München: Reinhardt.

Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns*. (11. Aufl. korrigiert). Wiebelsheim: Quelle und Meyer.

Mager, C.-C. (1999). Pflegebedürftigkeit im Alter: Dimensionen und Determinanten. In: R. Eisen, & H.-C. Mager (Hrsg.) *Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern* (S. 30 – 77). Opladen: Leske + Budrich.

Martin, M. (2001). *Verfügbarkeit und Nutzung menschlicher Ressourcen im Alter: Kernpunkte eines gerontologischen Leitkonzeptes*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Martin, M. & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Mayring, Ph. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung – eine Anleitung zu qualitativem Denken*. (5. überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Meinders, F. (2001). *Sind Angehörige von chronisch kranken älteren Menschen zur belastet?* Positives Erleben und Lebenszufriedenheit bei Angehörigen dementiell erkrankten Menschen. In J. Bengel & W. Jäckel (Hrsg.). *Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin*, Band 1. Regensburg: Roderer.

Montada, L. (1996). Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In: M.M Baltes, & L. Montada (Hrsg.). *Produktives Leben im Alter*. (S. 382–392). Frankfurt a. M.: Campus.

Mönks, F.J., Bouffard, L. & Lens, W. (1995). Zeitperspektive im Alter. In: A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 271 – 283). Darmstadt.

Müller, W. (2006). *Allein – aber nicht einsam*. (2. Aufl.). Münsterschwarzach: Vier-Türme.

Navon, D. (1984). Resources – a theoretical soup stone? *Psychological Review*, 91, 216-234.

Norris, F. & Murrell, S.A. (1988). Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults. *American Journal of Community Psychology*, 16, 665-683.

Oppikofer, S. (2009). *Temporäre Entlastung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz*. Erkenntnisse aus der Praxis – Empfehlungen für die Praxis, Evaluationsprojekt Tag/Nacht-Station Sonnweid. Universität Zürich: Zentrum für Gerontologie.

Perrig-Chiello, P. (2004). Kritische Lebensereignisse als Entwicklungschancen? *NOVA*, 2004 (2). 6-8.

Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2009). *Die Babyboomer – Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.

Peters, M. (2004). *Klinische Entwicklungspsychologie des Alters – Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 18: 250-267.

Renneberg, B. & Hammelstein, Ph. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin.

Riemann, F. & Kleespies, W. (2005). *Die Kunst des Alterns – Reifen und Loslassen*. (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Schäufele, M., Hendlmeier, I., Teufel, S. Köhler, L. & Weyerer, S. (2007). *Demenzkranke in der stationären Altenhilfe: Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schlumpf, E. (2005). *Wenn ich einst alt bin, trage ich Mohnrot – Neue Freiheiten genießen*. (4. Aufl.). München: Kösel.

Schneekloth, U. & Wahl, H.W. (Hrsg) (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten* (MuG III): Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Schweizerische Alzheimervereinigung. (2010). *Den Heimeintritt ins Auge fassen*. Yverdon-les-Bains, Selbstverlag.

Seidel, W. (2004). *Emotionale Kompetenz – Gehirnforschung und Lebenskunst*. München: Spektrum.

Solso, R. (2005). *Kognitive Psychologie*. Heidelberg: Springer.

Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2010. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Tesch-Römer, C. (2000). Einsamkeit. In: H-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 163-167). Stuttgart: Kohlhammer.

Tesch-Römer, C. & Andrick, R. (2011). *Alter und Altern*. Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung Thüringen.

Thiele, G. (2001). *Soziale Arbeit mit alten Menschen*. Köln: Fortis Verlag.

Ugolini, B. (2009). Angehörige als zentrale Partner – Erwartungen und Möglichkeiten. *NOVAcura*, 2009 (9), 6-9.

Vogt, M. (2001). *Partnerschaft im Alter – als neues Arbeitsfeld psychosozialer Beratung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Vollenwyder, U. (2006). *Anna und Arthur – Alzheimer: Leben mit dem Abschied*. Zürich: Zeitlupe.

Wilz, G., Adler, C. & Gunzelmann, T. (2001). *Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden*. Göttingen/Bern: Hans Huber.

Zarit, SH. & Edwards, AB. (1999). Family caregiving: Research and clinical interventions. In: Woods, R. (Ed.) *Psychological problems of ageing*. London: John Wiley.

Zarit, S.H. & Whitlatch, C.J. (1992). Institutional placement: Phases of the transition. *The Gerontologist*, 32, 665-672).

Anhang

A Interviewleitfaden

B Brief Heimleitung

C Brief Angehörige

A Interviewleitfaden

Zum Thema Ressourcenerweiterung bei einer zurückbleibenden Person infolge einer stationären Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners im Alter
(problemzentriert, halbstrukturiert)

Formalitäten

Interview-Nr.: _____ Datum: _____
Ort des Interviews: _____ Dauer: _____

Beobachtungen während des Gesprächs:
(Erscheinung, Verhalten, Befindlichkeit der interviewten Person)

Angaben zur interviewten Person

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
Geburtsjahr: _____
Zivilstand: ☐ verheiratet ☐ Konkubinat
Dauer Ihrer gemeinsamen Beziehung/Partnerschaft: _____
Kinder? ☐ Ja; wie viele? _____ Alter: _____ ☐ nein
Muttersprache: ☐ deutsch ☐ andere; welche _____
Schulbildung: ☐ Primarschule ☐ Realschule ☐ Sekundarschule
☐ Mittelschule / Lehrerseminar / Gymnasium ☐ Universität
aktuelle / ehemalige Berufstätigkeit: _____
Wohnort / Lebenssituation: ☐ Stadt ☐ Land
Ungefähres Eintrittsdatum Ihrer Partnerin/Ihres Partners ins Heim: _____
Diagnose Ihres Angehörigen: _____
Haben Sie vor dem Heimeintritt mit Ihrem Angehörigen zusammen in einem Haushalt gelebt? ☐ Ja ☐ nein

Haben Sie Ihren Angehörigen vor dem Heimeintritt selber gepflegt?

☐ Ja ☐ teilweise ☐ nein

(Inanspruchnahme von versch. Entlastungsangeboten vor dem Heimeintritt? ambulanten und teilstationären Dienstleistungsangebote wie Spitex, Tagesbetreuung oder Ferienangebote)

Wie häufig besuchen Sie Ihren Angehörigen im Heim?

☐ täglich ☐ ca. einmal in der Woche ☐ mehrmals pro Woche
☐ ca. zweimal im Monat ☐ weniger als zweimal pro Monat

Einstieg (5 min)

- Begrüssung
- Bereitschaft zur Teilnahme verdanken
- kurze persönliche Vorstellung
- Vorstellung der Bachelorarbeit im Rahmen des Psychologiestudiums
- Ablauf des Interviews erläutern
(Dauer des Gesprächs ca. 60 Minuten, offene Gesprächsform mit Fragen zur Vertiefung)
- schriftliches Einverständnis zur Tonbandaufzeichnung und fürs „Direktzitieren“ einholen
- Hinweis auf Anonymisierung und Löschung der Daten

Gesprächseinstieg

Vertiefungsfragen: werden je nach Antworten situativ beigezogen

Interviewerin:

Die Menschen werden immer älter, was unter anderem zu einer Zunahme an Alterskrankheiten (Demenz, Schlaganfall, u.a.) führt. Häufig werden die betroffenen Personen in der Anfangsphase von ihrem Lebenspartner gepflegt, bis die Belastung nicht mehr zu bewältigen ist und eine stationäre Einweisung ins Pflegeheim unumgänglich wird. Die damit verbundene räumliche Trennung und Trauer lastet schwer auf den zurückbleibenden Ehe- oder Lebenspartnern. Ihre neue Lebenssituation, welche aufgrund dieser Umstände damit einhergeht, ist bis jetzt kaum erforscht. Dies hat in mir das Interesse geweckt, der Frage nachzugehen, wie die grosse Lebensumstellung von den Frauen und Männer eines Partners mit einer stationären Pflegebedürftigkeit im Alltag erlebt wird, und ob sich innerhalb der Trauer und es Verlustes auch positive Aspekte finden lassen.

Leitfrage 1

Drehen wir das Rad der Zeit zurück. Welche Belastungen zeigten sich bei Ihnen im Zusammenhang der Erkrankung ihres Partners?

- In Bezug auf Geben und Nehmen (Ungleichgewicht)?
- Verlust der Paarbeziehung
- Veränderung der Persönlichkeit
- Veränderung innerhalb der Kommunikation in der Paarbeziehung
- Im Bereich Psychosomatik / körperliche Beschwerden

Leitfrage 2

Was war für Sie schlimm beim Heimeintritt Ihres Partners? Was war schwierig?

Vertiefungsfragen:

- *Wie kam es zu dieser Entscheidung? Wer hat sie gefällt / wer war daran beteiligt?*
 - Wie reagierten Ihre Familie, Ihr Freunde (soziales Umfeld) darauf?
Abschieben vs Akzeptanz
- *Wie reagierte der Partner auf den Heimeintritt?*
- *Wie haben Sie diesen selber erlebt?*
- *Können Sie die Belastungen im Zusammenhang des Heimeintritts näher beschreiben?*
 - Im psychischen Bereich (Schuldgefühle – eigene Akzeptanz diesem Schritt gegenüber, ...)
 - im Bereich Psychosomatik / körperliche Beschwerden
 - Verlust der Paarbeziehung – keine Intimität mehr?
 - Erwartungen aus dem näheren Umfeld (Familie) und Bekanntenkreis

Leitfrage 3

Welche Erwartungen werden an Sie in Ihrer Situation gestellt?

Vertiefungsfragen:

- *Was erwartet Ihr Umfeld von Ihnen?*
- *Was wird im Pflegeheim von Ihnen erwartet?*
- *Was erwarten Sie selbst von sich?*
- *Gibt es noch andere Erwartungen, die an Sie gestellt werden?*

Leitfrage 4

Inwieweit hat sich Ihre Rolle als Lebenspartner von damals (vor dem Heimeintritt) zu heute verändert?

Vertiefungsfragen:

- *Welche Rolle hatten Sie in Ihrer Partnerschaft vor der Erkrankung?*
- *Wer hat welche Entscheide getroffen? Wie ist das heute?*
- *Wie war Ihre Beziehung zu Ihrem Partner – wie erleben Sie diese heute?*
- *Inwieweit hat sich Ihre Beziehung zum Partner / anderen Familienmitglieder / Bekannten verändert?*

Leitfrage 5

Der Heimeintritt Ihres Partners ist mit einer grossen Lebensumstellung verbunden. Gibt es für Sie wenn Sie zurückblicken (aus heutiger Sicht) auch positive Veränderungen?

Vertiefungsfragen:

- *Veränderungen auf persönlicher Ebene?*
 - mehr Zeit für sich selber, für eigene Bedürfnisse (Ausflüge, ...)
 - Steigerung des körperlichen Wohlbefindens (bewusste Ernährung, regelmässiger Schlaf, u.a.)
 - mehr an Sicherheit dazu gewonnen
- *Gibt es heute mehr Freiräume für Sie als vor dem Heimeintritt? – Welche?*
 - auf psychischer Ebene: entlastet durch kompetente Pflege / Partner in guten Händen zu wissen, u.a.
 - mehr Zeit für die eigene Familie, das Pflegen von Beziehungen im Bekanntenkreis
- *Sind auch neue Bekanntschaften entstanden? Veränderungen innerhalb des sozialen Umfeldes?*

Leitfrage 6

Was denken Sie, welche Kompetenzen haben Sie sich bedingt durch die stationäre Pflegebedürftigkeit Ihres Partners angeeignet? Was haben Sie neu gelernt oder mussten Sie auch lernen, seid Ihr Partner nicht mehr Zuhause ist?

Vertiefungsfragen:

- *Was waren früher Ihre Aufgaben – was beinhalten diese heute?*
- *In Bezug auf die Krankheit?*
 - Wissenszuwachs, u.a.
- *Was haben Sie im Umgang und in der Begegnung mit Ihrem Partner gelernt?*
 - Pflegerische Unterstützung, Mimik lesen, u.a.

- *Im Bereich der Selbstverantwortung?*
 - Entscheidungen selber tragen
 - mehr Verantwortung übernehmen
 - Stärkung des Selbstwertes
 - Auseinandersetzung mit Loslassen und Abschied nehmen

Frage 7

Gibt es Ihrer Meinung nach auch „Gewinne im grossen Verlust“?

Frage 8

Worin schöpfen Sie Kraft (nicht aufzugeben)?

Frage 9

Welchen Trost / Ausblick würden Sie heute jemandem mitgeben, der in diese Situation kommt?

Frage 10

Gibt es noch irgendetwas, was Sie gerne sagen würden, was bisher nicht zur Sprache gekommen ist?

Herzlichen Dank für die Teilnahme an diesem Interview!

B Brief Heimleitungen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



**Angewandte
Psychologie**

Anita Theiler
Fäsenstaubstrasse 21
8200 Schaffhausen
Tel. 078 740 93 35
e-mail: anita.theiler@gmx.net

Alters- und Pflegeheim
X
z.H. Heimleitung
Strasse
PLZ Ort

Schaffhausen, 20. Februar 2011

Zurückbleibende Angehörige zu Wort kommen lassen

Sehr geehrter Herr Y

Im Rahmen meines Psychologiestudiums an der ZHAW und in Verbindung mit meinem Praktikum an der Beratungsstelle Leben im Alter (LiA) am Zentrum für Gerontologie (ZfG) der Universität Zürich, schreibe ich eine Bachelorarbeit zum Thema:

„Gewinne im grossen Verlust?“ - Ressourcenerweiterung bei einer zurückbleibenden Person infolge einer stationären Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners im Alter

Die Menschen werden immer älter, was unter anderem zu einer Zunahme an Alterskrankheiten führt. Häufig werden die betroffenen Personen in der Anfangsphase von ihrem Lebenspartner gepflegt, bis die Belastung nicht mehr zu bewältigen ist und eine stationäre

Einweisung ins Pflegeheim unumgänglich wird. Die damit verbundene räumliche Trennung und Trauer lastet schwer auf den zurückbleibenden Lebenspartnern.

Mein Interesse gilt der persönlichen Sichtweise von Frauen und Männern, die Zuhause leben und deren Lebenspartnerin oder -partner im Heim gepflegt werden. So bin ich nun auf der Suche nach 4–5 Angehörigen, die bereit sind, mir von ihren Erfahrungen in ihrer Situation zu erzählen. Für das Interview rechne ich mit einem zeitlichen Aufwand von ca. einer Stunde.

Ihre persönlichen Erfahrungen liefern eine wertvolle Grundlage zum besseren Verständnis für zurückbleibende Lebens- oder Ehepartner. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und die erfassten Daten und Aussagen werden anonymisiert.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mich auf der Suche nach geeigneten Personen unterstützen, indem Sie Ihre Stationsleitungen über mein Anliegen informieren und den Begleitbrief streuen. Gerne bin ich bereit, nähere Auskünfte zu geben.

Für Ihre Bereitschaft, mich zu unterstützen, danke ich Ihnen herzlich.

Freundliche Grüße

Anita Theiler



C Brief Angehörige

Anita Theiler
Fäsenstaubstrasse 21
8200 Schaffhausen
Tel. 078 740 93 35
e-mail: anita.theiler@gmx.net

Schaffhausen, 20. Februar 2011

Zurückbleibende Angehörige zu Wort kommen lassen

Liebe Angehörige
Lieber Angehöriger

Ich studiere angewandte Psychologie und schreibe im Rahmen meiner Ausbildung eine Arbeit über folgende Thematik:

Die Menschen werden immer älter und die Krankheiten im Alter nehmen zu. Betroffene Frauen und Männer werden häufig in der ersten Zeit Zuhause von ihrer Lebenspartnerin/ihrem Lebenspartner gepflegt bis die Belastung zu gross wird und eine Einweisung ins Alters- oder Pflegeheim erfolgt. Dieser Schritt ist sehr schmerzlich und mit grosser Trauer verbunden.

In diesem Zusammenhang bin ich nun auf der Suche nach Angehörigen, die Zuhause leben und deren Lebenspartnerin oder -partner im Heim gepflegt werden und die bereit sind mir von ihren Erfahrungen in ihrer Situation zu erzählen. Für das Interview rechne ich mit einem zeitlichen Aufwand von ca. einer Stunde. Ihre persönliche Sichtweise liefert eine wertvolle Grundlage zum besseren Verständnis für zurückbleibende Lebens- oder Ehepartner. Alle Angaben zu Ihrer Person unterliegen der Schweigepflicht und die von Ihnen erfassten Daten und Aussagen werden anonymisiert. Falls Sie sich eine Teilnahme vorstellen können, so bitte ich Sie, sich an die Stationsleitung zu wenden. Mit Ihrem Einverständnis werde ich Ihre Telefonnummer für eine Kontaktaufnahme erhalten.

Für Ihre Bereitschaft, mich zu unterstützen, danke ich Ihnen herzlich.

Freundliche Grüsse

Anita Theiler

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift:

