



Lerneffekte und Lernprozesse bei pflegenden Angehörigen

Autorinnen:

Prof. Dr. Katharina Gröning

Carina Lagedroste

Ruth von Kamen



Modellprojekt der Universität Bielefeld
gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg & der AOK NORDWEST

Inhaltsverzeichnis

1.	Problemstellung	s	05
2.	Zusammenfassung	s	08
3.	Das Rollenlernen und die Rollenkonflikte im Kontext der Pflegetrainings – eine Auswertung der Kurzkomentare	s	12
3.1	Fallgruppe: Annahme der Rolle und Konflikte um die moralische Dimension der Rolle	s	12
3.2	Fallgruppe: Differenzierung der Rolle	s	16
3.3	Fallgruppe: Erfolgreiches Rollenhandeln durch Erlernen pflegerischer Handlungskompetenz	s	19
3.4	Fallgruppe: Kompetenzentwicklung im Umgang mit dem Gesundheitsmarkt	s	21
3.5	Fallgruppe: Transformierung und Aufgabe der Rolle	s	23
3.6	Fallgruppe: Umgang mit Krisen	s	26
4.	Lernprozesse pflegender Angehöriger – Auswertung der Gruppendiskussionen	s	29
4.1	Angehörige lernen im Kontext von Vertrauensbeziehungen ihre neue Rolle	s	30
4.2	Das Role-taking der Angehörigen ist erst nach der Entlassung möglich	s	33
4.3	Lernen als Entwicklung des Möglichkeitssinns	s	36
4.4	Lernen im Kontext der Rollenübernahme heißt Reflexion von inneren kulturellen Bildern	s	38
4.5	Durch Lernprozesse werden Lebenslagen verbessert und Wissensdefizite reduziert	s	40
4.6	Hygiene erhält eine wichtige Bedeutung im Lernprozess	s	42
4.7	Lernen in Krisen	s	43
4.8	Abgeben und Selbstsorge als Lernprozess	s	44

5.	Auswertung der Angehörigenbriefe	s	46
5.1	„Halte-“ und „Ankerfunktion“ und die Dimension des „seelischen Sehens“ der Pflegetrainer_innen	s	47
5.2	Aufbruch und Identifizierung mit der Rolle als pflegende_r Angehörige_r	s	49
5.3	Bestätigung und Institutionalisierung der Rolle der Pflegetrainer_innen als zentrale Institution für die poststationäre Versorgung	s	50
6.	Literaturverzeichnis	s	52

1. Problemstellung

Die Entscheidung, eine pflegebedürftige Person zu Hause zu versorgen, wird aus der Perspektive der Loyalität in Familien gefällt. Sie folgt dem, was die Sozialphilosophie als lebensweltliche Sinnhaftigkeit bezeichnet. Die gemeinsame Geschichte mit dem Pflegebedürftigen, der gelebte Alltag und die guten Bindungen geben einen zentralen Rahmen für Pflegeentscheidung und Pflegemotivation. Dies wird auch in den Evaluationen deutlich, die das Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ durchführt. Es wäre also falsch, den Angehörigen zu unterstellen, sie trafen die Entscheidung zur Pflege unreflektiert. Sie treffen sie nur auf der Basis eines anderen, nämlich des familialen, lebensweltlichen und des biografischen Sinns. Notwendig folgt im Laufe der Pflegeübernahme ein Zusammenprall mit den formalen Anforderungen, welche nun Angehörige des Gesundheitswesens, das heißt Pflegedienste, Pflegekasse, Sanitätshäuser, Ärzte und viele andere an die Angehörigen stellen. Dass sich Angehörige in einem sozialrechtlichen System befinden, merken sie spätestens beim ersten Qualitätsbesuch nach § 37.3 SGB XI. Wer sich für die Pflege entscheidet, befindet sich bald in einem teilweise extrem krisenhaften Lern- und Entwicklungsprozess. Hilfen müssen entsprechend so konzipiert sein, dass eine Spange und ein Übergang zwischen den lebensweltlichen Sinnstrukturen und den objektiven vielfältigen Rollenanforderungen gefunden werden kann.

Nicht selten übernehmen Angehörige die Pflege ohne genaue Kenntnisse zur Krankheit des Pflegebedürftigen, der Prognose und den damit verbundenen Auswirkungen auf das tägliche Leben. Kenntnisse über die Möglichkeiten einer aktivierenden und ressourcenorientierten Pflege sind eher ausgebildeten Expert_innen vorbehalten und gehören nicht zum lebensweltlichen Alltagswissen. Das gilt besonders für die Demenzpflege. Hier können Angehörige schnell in eine Normalisierungsfalle geraten, wenn sie z. B. mit Wissen aus dem Internet versuchen, den Menschen mit Demenz zu aktivieren, oder wenn sie einen gewissen Anschein von Normalität nach außen zu bewahren versuchen. Dabei beeinflusst das Wissen der Angehörigen nicht nur die konkrete Pflegesituation, sondern entscheidet über die Qualität der Pflege als Ganzes, wie über das Gelingen der psychosozialen Entwicklungsaufgabe der Sorge für einen pflegebedürftigen Menschen in der Familie und die damit einhergehende Rollenübernahme.

In der Pflege- und Sozialforschung wird die Situation der pflegenden Angehörigen meist aus der Perspektive der Anforderungen an die Rolle und aus der Perspektive des pflegerischen Wohlergehens des Pflegebedürftigen betrachtet. Kann man den Laien in der Familie die Pflege anvertrauen? Hat der Staat ein Wächteramt? Wie muss man beraten und überwachen? Es sind in der Regel Experten im Gesundheitswesen, die die Lage in der Familie beurteilen – und zwar vorwiegend auf der Basis ihres gesundheitswissenschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Wissens. Die Experten kommen meist zum Ergebnis, dass die familiäre Pflege defizitär ist. Allenfalls ist sie billiger, weshalb die familiäre Pflege als kostengünstige, aber pflegerisch schlechtere Alternative gedeutet wird. Die lebensweltlichen Sinnstrukturen werden zumeist nur am Rande einbezogen. Es entwickelt sich selten ein haltendes Arbeitsbündnis zwischen Experten und Angehörigen, sondern vielmehr eine instrumentelle und fachliche Beziehung. Belastungen der Pflegesituation stehen im Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses, allerdings, wie Franke (2005) bemerkt, eher aus einer grundlagentheoretischen Sicht, nicht um Umsetzungskonzepte für die Entwicklung der familialen Pflege zu entwickeln.

Lediglich der Selbstmanagement-Ansatz versucht, an individuellen Kompetenzen der pflegenden Angehörigen anzusetzen und durch Mobilisierung Entlastungsmöglichkeiten für die pflegenden Angehörigen zu schaffen (vgl. Haslbeck/Schaeffer 2007). Aber auch hier wird die Perspektive der Lebenswelt und ihrer alltäglichen Sinnstrukturen wenig einbezogen. Neben diesen Herausforderungen lassen sich weitere Merkmale identifizieren, die als Erkenntnisbarrieren für die Entwicklung des häuslichen Pflegesettings wirksam werden:

- Die Übertragung der Logik des gesellschaftlichen Generationsvertrages auf die familiäre Pflege und die Übernahme der entsprechenden Formulierung wie „Sandwichfrauen“,
- das Ausblenden der Wohlfahrtsproduktion in der familialen Pflege und die Fokussierung auf ein Konsum- und Kundenmodell,
- die Therapeutisierung, das heißt die Deutung der Pflege als neurotisches, von mangelnder Autonomie und Abhängigkeit geprägtes Generationenverhältnis (vgl. Kunstmann 2010, Gröning 2007).

Diese Deutungen blenden aus, dass es sich bei der familialen Pflege von Angehörigen um eine psychosoziale Entwicklungsaufgabe und damit einhergehend um

zusammenhängende Prozesse des Rollenlernens handelt. Die Komplexität des Lernprozesses wird deutlich, wenn die familiäre Pflege als Übergang im Familienzyklus, als Prozess der Rollenübernahme, als Lernen von instrumentellen Kompetenzen und als Erwerben von psychosozialen Fähigkeiten differenziert wird.

Der vorliegende Bericht zu Lerneffekten und Lernprozessen bei pflegenden Angehörigen im Rahmen des Modellprogramms „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ ermöglicht eine genauere Aufschlüsselung dieser Prozesse.

Das **Erkenntnisinteresse** dieser Analyse basiert hierbei auf folgenden **Leitfragen**:

- Wie sprechen die pflegenden Angehörigen über ihre Entwicklung?
- Wie werden Lernschritte und Lernprozesse bei pflegenden Angehörigen angestoßen?
- Welche Lernfelder werden in den Bausteinen des Angebotes berücksichtigt?
- Welche Rahmenbedingungen begünstigen das Lernen im Kontext der Projektinstrumente bzw. der Interventionen der Pflegetrainer_innen?
- Wie ist das Verhältnis von Lernprozessen zur Entwicklung?
- Welche Kompetenzen werden durch die verschiedenen Projektangebote gestärkt?
- Wie lassen sich gewonnene Erkenntnisse über Lernprozesse in eine Verbesserung der Angebotsformen überführen?

Die Ergebnisse wurden hierbei aus drei unterschiedlichen Quellen extrahiert. Neben Kurzkomentaren der Pflegetrainer_innen wurden drei Gruppendiskussionen mit Pflegetrainer_innen sowie Angehörigenbriefe ausgewertet. Eine detailliertere Aufschlüsselung erfolgt in der Zusammenfassung.

2. Zusammenfassung

Ausgehend von der zugrunde liegenden qualitativen und interpretativen Forschungslogik des Modellprogramms „Familiale Pflege“ und einer ersten Analyse der empirischen Auswertungen lassen sich folgende Lern- und Bildungsprozesse bzw. Konzepte pflegender Angehöriger identifizieren:

- (1) das Rollenlernen,
- (2) das Identitätslernen bzw. die Selbstveränderung durch die Aneignung von psycho-sozialen Fähigkeiten und kritische Reflexion von Normen. In diesen Kontext gehört auch die Reflexion von innerfamilialen Ordnungen auf der Ebene von Geschlecht und Generation sowie das Anstreben von praktischer Fairness und Anerkennung,
- (3) das pflegerische Verrichtungslernen,
- (4) das Lernen in Belastungssituationen bzw. in Krisen.

Die einzelnen Lernbegriffe umfassen sowohl technische Kompetenzen, Aneignung von spezifischem Wissen, Reflexion, Persönlichkeitsbildung und Schlüssel- bzw. soziale Kompetenzen. Insbesondere das Erlernen der Rolle als pflegende_r Angehörige_r, die Identifizierung mit dieser Aufgabe und die Differenzierung und Gestaltung dieser Rolle, bildet für den nachfolgenden Bericht eine zentrale Kategorie.

Im Rahmen dieses Berichtes wurden 230 Kurzkommentare der Pflegetrainer_innen aus den Mittelanforderungsbögen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ unter der Fragestellung von Markern qualitativ analysiert. Zudem wurden drei Gruppendiskussionen mit Pflegetrainer_innen zum Thema Lerneffekte geführt und gestalttheoretisch (Rosenthal 1995) ausgewertet. Schließlich wurden Briefe, die Angehörige an die Pflegetrainer_innen geschrieben haben und Aufschlüsse über die Lernbeziehung und den Lernprozess während der Pflegetrainings geben, untersucht.

Ergebnisse der Kurzberichte

Eine erste Sichtung der Kurzberichte zeigt, dass bei den Pflegetrainings und den Reflexionen zwischen Pflegetrainer_innen und pflegenden Angehörigen zur Gestaltung der häuslichen Pflegesituation insbesondere das Rollenlernen und, damit verbunden, Prozesse der Rollenübernahme sowie der Rollendifferenzierung im Fokus stehen.

Darüber hinaus wird der Pflegeprozess von familiendynamischen und krankheitsbezogenen Komponenten eingerahmt. Wilkening unterscheidet hierbei folgende drei Phasen zur Rolle:

- (1) Die Annahme der Rolle durch die pflegenden Angehörigen,
- (2) eine Ausdifferenzierung der Rolle über die Einbeziehung professioneller und institutioneller Entlastung bis hin zur Transformierung der Rolle, zum Beispiel bei Übersiedlung in ein Pflegeheim, und
- (3) Aufgabe der Rolle nach dem Tod des Pflegebedürftigen (vgl. Wilkening 2000; 2001).

Vor dem Hintergrund der Rollenübernahme als psychosoziale Entwicklungsaufgabe der pflegenden Angehörigen konnten wir folgende sechs Fallgruppen herausarbeiten.

1. Fallgruppe: Annahme der Rolle und ihre Störungen
2. Fallgruppe: Differenzierung der Rolle
3. Fallgruppe: Erfolgreiches Rollenhandeln durch Erlernen pflegerischer Handlungskompetenz
4. Fallgruppe: Kompetenzentwicklung im Umgang mit dem Gesundheitsmarkt
5. Fallgruppe: Transformierung und Aufgabe der Rolle
6. Fallgruppe: Umgang mit Krisen

Durch die Differenzierung dieser Fallgruppen werden auch die Lernprozesse der pflegenden Angehörigen deutlich.

Ergebnisse der Gruppendiskussionen

In einem zweiten Schritt wurden offene Gruppendiskussionen mit Pflegetrainer_innen zu den Lerneffekten von pflegenden Angehörigen geführt. Ausgewertet wurden vorrangig Sequenzen, die neben den Lernprozessen der Angehörigen auch den Entwicklungsprozess im Kontext der familialen Pflege spiegeln. Bei der Auswertung dieser Gruppendiskussionen konnten acht übergreifende Lernfelder herausgearbeitet werden, die neue Perspektiven auf das Projekt beinhalten:

- (1) Angehörige lernen im Kontext einer unmittelbaren Vertrauensbeziehung ihre neue Rolle, die ihre subjektiven lebensweltlichen und alltäglichen Sinnstrukturen aufnimmt und hier ansetzt.

- (2) Der Zeitpunkt des Lernens und der Rollenübernahme beginnt sehr häufig erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Häuslichkeit.
- (3) In dieser Zeit entwickeln die Angehörigen im Rahmen der unmittelbaren Lernbeziehung zu den Pflegetrainer_innen einen Verständnis- und Handlungsspielraum, welcher der Konfrontation mit einem „Pflegefall“ gegenüber steht und sich an den Sinnstrukturen des Alltags und der Lebenswelt orientiert. Gleichzeitig erweitert sich der Möglichkeitssinn der pflegenden Angehörigen.
- (4) Angehörige lernen vor allem im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung ihre Normalitätsängste zu reflektieren und ethische Perspektiven auf krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderungen zu entwickeln.
- (5) Anhand der Lernprozesse werden Alltags- und Verrichtungskompetenzen in höherem Maße gelernt und Wissensdefizite minimiert.
- (6) Der Umgang mit Hygiene stellt eine eigene Kategorie im Lernprozess dar.
- (7) Neben Krisenprävention lernen pflegende Angehörige auch den Umgang mit Krisen.
- (8) Gleichzeitig sind das Abgeben, Delegieren und die Selbstsorge Aspekte des Lernprozesses von pflegenden Angehörigen.

Ergebnisse der Angehörigenbriefe

Eine dritte Auswertung bezieht sich auf 48 Briefe, die die Angehörigen an die Pflegetrainer_innen geschrieben haben und mit denen sie das Angebot sowie das Projekt reflektieren. Diese Briefe werden mehrheitlich nach dem Tod der Pflegebedürftigen verfasst. Bei den Briefen handelt es sich um Weihnachtsbriefe, Briefe, um die Pflegetrainer_innen über den weiteren Verlauf zu informieren oder allgemeine Dankesbriefe. Sie sind subjektiv und expressiv verfasst und wurden von uns nicht systematisch gesammelt.

Dennoch deuten die Angehörigenbriefe auf eine besondere Gültigkeit der bisherigen Ergebnisse hin und verdeutlichen die zentrale Funktion der Pflegetrainer_innen: Die Pflegetrainer_innen übernehmen die Funktionen des Haltgebens. Sie schaffen eine Vertrauensbasis, bilden einen Anker in den schweren Zeiten, helfen den Angehörigen beim Erlernen der neuen Rolle, vermitteln Wissen und Pflege Techniken und sind auch auf der Systemebene ein wichtiger Anlaufpunkt für die Sicherstellung der poststationären Versorgung.

Insgesamt können den Briefen folgende Kategorien zugewiesen werden:

1. „Halte-“ und „Ankerfunktion“ und die Dimension des „seelischen Sehens“ der Pflegetrainer_innen
2. Aufbruch und Identifizierung mit der Rolle als pflegende_r Angehörige_r
3. Bestätigung und Institutionalisierung der Rolle der Pflegetrainer_innen als zentrale Institution für die poststationäre Versorgung.

Nachdem vorab die zentralen Ergebnisse kurz zusammengefasst wurden, geht es nachfolgend um die Ausdifferenzierung jener Aspekte. Zudem werden die gewonnenen Erkenntnisse mit Sequenzausschnitten und Zitaten bildlich untermauert.

3. Das Rollenlernen und die Rollenkonflikte im Kontext der Pflege trainings – eine Auswertung der Kurzkommentare

In einem ersten Schritt wurden 230 Kurzkommentare¹ von Pflegetrainer_innen einer Analyse unterzogen, die aus den Mittelanforderungsbögen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ generiert wurden. Hierbei basiert die Differenzierung der Fallgruppen auf dem Prinzip der Sättigung. Insgesamt gesehen beziehen sich die Kurzkommentare auf unterschiedliche Pflege training-Settings: Es wird zwischen Pflege trainings im Krankenhaus (abgekürzt mit PTKH) und ambulanten Pflege trainings in der Häuslichkeit (abgekürzt mit APT) unterschieden.

Ein besonderes Augenmerk lag auf Beschreibungen von Pflegetrainer_innen zum Rollenlernen von pflegenden Angehörigen als ein Teil ihrer psychosozialen Entwicklungsaufgabe. Welche Prozesse bezüglich des Rollenlernens vollzogen und wie Rollenkonflikte ausgetragen werden, lässt sich anhand verschiedener Fallgruppen verbildlichen.

3.1 Fallgruppe: Annahme der Rolle und Konflikte um die moralische Dimension der Rolle

In diesem Absatz geht es um die Annahme der Rolle als pflegende_r Angehörige_r und die damit verbundenen Störungen. Der nachfolgende Fall beschreibt den biografischen Wendepunkt „Pflegeverantwortung“ und den damit einhergehenden Interrollenkonflikt der Vereinbarung von Beruf und Pflege.

„(Fall APT: Familie X1) Fr. X1 lebt bei ihrer Tochter im Haushalt mit Enkelin und Schwiegersohn. Sie ist gut eingebunden. Die Transfers sind anfangs sehr schwierig, da die Patientin schlecht isst und trinkt. Das verbessert sich aber im Laufe der Betreuung und mit den zurückkommenden Kräften kommen die Lebensfreude und die Zufriedenheit. Einmal ist sie gestürzt. Durch die Beinamputation verliert sie schnell das Gleichgewicht. Nachts weckt sie ihre Tochter 2stündlich für den

¹ Auf der letzten Seite der Mittelanforderungsbögen haben die Pflegetrainer_innen die Möglichkeit freiwillig Ergänzungen zum Fall und den Angehörigen anzufügen. Diese Ergänzungen unterliegen hierbei keiner spezifischen Form der Dokumentation.

Toilettengang. Die Angehörige/Tochter übernimmt alles: Ganzkörperwaschung (GKW), Blutzucker- kontrollen, Insulingabe, Medikamentengabe, Transfer, kompletten Haushalt, Arztbesuche. In der Arbeit möchte sie daher kürzer treten, das lässt die Chefin nicht zu. Ein Anwalt wird eingeschaltet und sehr zügig wird die Arbeitsstelle gekündigt. Pflegeheim kommt nicht bzw. erstmal nicht in Frage.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

Die zu pflegende Person ist beinamputiert und an Diabetes erkrankt. Die Pflege wird von der Tochter übernommen, die sofort in einen klassischen Vergeschlechtlichungskonflikt im Sinne eines „Entweder-oder“ gerät. Entweder Pflege der Mutter oder Beruf. Dieser Konflikt wird gemeinhin als Wahlfreiheit (Nauck 2006), als freie biografische Entscheidung angesehen. Wie wenig er das ist, sondern wie stark es sich hier um einen Konflikt zwischen Loyalität und Verfügbarkeit handelt, wird trotz Kürze des Berichts sehr nachvollziehbar. Die Pflegetrainerin schildert zudem die Rollenelemente in der Pflege, die die Unterstützung bei der Versorgung der Diabetes, die Grundpflege und die Kontinenz umfassen.

Gelernt wird zudem das Zusammenspiel zwischen pflegebedürftiger Mutter und pflegender Tochter. Die Pflegetrainerin beschreibt, dass sich mit der Stabilisierung und Koproduktion auch die zu pflegende Person stabilisiert. Eine gewisse Entspannung und Erleichterung tritt dadurch ein, dass die pflegerischen Verrichtungen kompetent ausgeführt werden. Dies wiederum fördert die Identifizierung der Angehörigen mit ihrer neuen Rolle. Indessen: dem Wunsch der Angehörigen, die Erwerbsarbeit zu reduzieren, wird nicht entsprochen. Es kommt zu einem eskalierenden Konflikt, der mit einer Kündigung durch die Tochter endet. Durch diese Entwicklung ist auch die Lebenslage der Tochter berührt. Es zeigt sich das Problem des mangelnden arbeitsrechtlichen Schutzes in der Lebenslage Pflege. Die Entscheidung der Tochter die Pflege zu übernehmen spiegelt die, in der Problemstellung erwähnte, große Bedeutung der lebensweltlichen Sinnstrukturen. Die pflegende Tochter entscheidet nicht als Homo oeconomicus, sondern auf der Basis von Loyalität und Verbundenheit (Kunstmann 2010). Dies ist keine Wahlfreiheit und keine Pflicht, sondern eine moralische Entscheidung im Sinne einer Abwägung zwischen ökonomischem Interesse und generativer Verantwortung. Nur wenn dieser Konflikt so verstanden wird und so benannt werden kann, werden Frauen in ähnlichen Entscheidungskonflikten sich gesehen und verstanden fühlen und es gelingt, die Rollen und die Rollenkonflikte auch gesellschaftlich weiter zu entwickeln.

Der nächste Fall beschreibt ebenfalls eine Störung der Rollenannahme, wobei es sich hierbei um eine Verleugnung der pflegerischen Rolle handelt. Die Familie wirkt zwar sehr motiviert und lebendig, jedoch werden wichtige Dimensionen der Pflegerolle nicht reflektiert und angenommen. Die Pflege wird ausschließlich als Fortsetzung der lebensweltlichen familialen Sinnstrukturen betrachtet. Vor allem das Verrichtungslernen, das Gesundheitslernen und die instrumentellen Seiten der Rolle werden von der Familie nicht anerkannt. Es entsteht ein Widerstand gegen die Rolle, der sich insbesondere bei den Pflegetrainings offenbart, sodass die Pflegetrainerin zu einem zweiten Aufklärungsgespräch in das Krankenhaus bittet. Die Störung der Rollenübernahme liegt im Bereich der instrumentell-expressiven bzw. familialen Gefühlsarbeit versus der materiellen Pflegeverrichtung.

*„(Fall APT: Familie X2) Die Familie besteht aus Ehemann, einer Tochter mit zwei kleinen Kindern, drei Söhnen, einer Schwester mit Mann. Einmal die Woche kommt die Mutter zu Besuch. Die Familie möchte, dass alles so wird wie früher. Der Zusammenhalt der Familie ist gut. Alle sind da und wollen ihren Beitrag leisten. Die Problematiken werden nur schwer erkannt. Körperlich will oder kann keiner so recht anpacken. Für die Unterhaltung ist zu Genüge gesorgt. Es tobt das Leben im Pflegeraum. Frau X2 blüht in dieser Situation auf! 2x pro Tag kommt der Pflegedienst. Durch die Hemiparese links ist Frau X2 nicht in der Lage zu stehen. Die Drehung ist daher äußerst schwierig für die Familie. Hilfestellungen, Hilfeleistungen werden gerne angenommen, aber die eigenständige Übernahme ist fast nicht durchführbar. Ich habe zu einem 2. Familiengespräch geraten mit einer Kollegin vom Versorgungsmanagement.“
(Sammlung Kurzkomentare 2015)*

Auch der nachfolgende Fall beschreibt Probleme der Rollenannahme. Ganz offensichtlich wird von der Pflegetrainerin die Rolle anders entworfen als von der Angehörigen. Während die Pflegetrainerin aus ihrer Erfahrung weiß, dass Pflege oftmals keine kurze Phase, sondern einen langfristigen Prozess und nicht selten eine eigene Lebensphase umfasst, ist die pflegende Tochter erfahrungsarm. Die Tochter verfügt nicht über das Wissen der Pflegetrainerin und weiß nicht, dass die Entwicklung eines tragfähigen Pflegesettings notwendig und wichtig ist.

Auch von ihr wird die Rolle der pflegenden Angehörigen anders, nämlich eher lebensweltlich, aus der familialen Kultur heraus, entworfen. Dagegen sieht die Pflegetrainerin

vor allem die Probleme der Handlungskompetenz, der Verrichtungsunsicherheit und des fehlenden Gesundheits- und Pflegewissens der Angehörigen. Es muss ein Verhandlungs- und Lernraum entstehen.

Die Erfahrungsarmut der Tochter und die Expertise der Pflegetrainerin kollidieren und führen zu einer Störung des Arbeitsbündnisses. Gelingt es den Pflegetrainer_innen in solchen Fällen, weniger als Experte, sondern als „Co-Madre“² und Unterstützerin aufzutreten, können diese Störungen meistens behoben werden. Auch Rückrufe und Kontaktsuche durch die Pflegetrainer_innen sind hier hilfreich. Zunächst ist das Pflegesetting jedoch stabil.

„(Fall PTKH: Familie X4) Pat wird am 14.2.14 in die Häuslichkeit entlassen. Tochter nimmt Pat bei sich zu Hause auf. Da die Tochter im Umgang mit PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie) und AP-Anlage (Anus-praeter/Stoma), der Mobilisation und Transfer noch unsicher ist, werden Pflegetrainings in der Familie geplant.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

„(Fall APT: Familie X4) Tochter übernimmt die Mutter bei sich zu Hause. Es besteht Unsicherheit bei der PEG-Versorgung und Ernährungsmenge bei Kachexie (pathologischer Gewichtsverlust), Stoma/AP Versorgung, Mobilisation und Dekubitus Versorgung. Unterstützung durch ambulanten Pflegedienst hat bisher nicht geklappt, Tochter meint dies selber zu schaffen. Tochter ist sehr bemüht und eifrig bei der pflegerischen Versorgung der Mutter. Es wurde demnach auch ein Pflegedienst und/oder Tagespflege angeraten, um eine Verausgabung zu vermeiden. Tochter meint jetzt gut zu Recht zu kommen, weitere Trainings angeboten, Tochter will sich melden bei Hilfebedarf und Fragebogen zusenden. 31.3.14: Fragebogen wurde bis heute nicht zugesandt.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

Störungen der Rollenannahme zeigen sich auch in Terminabsagen, in der Abwehr der Angehörigen, in falschen Hoffnungen, in der Entscheidung, noch warten zu wollen – kurz in der mehr oder minder ausgeprägten Nichtanerkennung ihrer neuen Lebenssituation. Während in den vorgängigen Fällen die neuen Rollen eher progressiv und übertrieben gelebt wurden (Rollenagieren), zeigt sich im folgenden Fall eher ein passives Ausweichen vor den Anforderungen, die die neue Lebenssituation stellt. Der

² Wird die pflegende Tochter zur Gefährtin der Mutter und hilft ihr bei der täglichen Pflege, so ist diese nach Nadig (1986) als Co-Madre zu bezeichnen.

Termin wird abgesagt, man will abwarten, je dichter die neuen Anforderungen aber aufscheinen, desto mehr breitet sich Unsicherheit aus.

„(Fall PTKH: Familie X15) 16.7. Anruf: Fr. X15. Termin morgen abgesagt. → vorerst Terminabsprache für zu Hause. Tochter will erst Verlauf abwarten. 25.7: Anruf Frau X15 → doch Hausbesuch gewünscht. Noch viele Fragen offen wegen Hilfsmittel. MDK³- Termin stellt ein große Unsicherheit → neuer Besuch für 29.7. vereinbart.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

3.2 Fallgruppe: Differenzierung der Rolle

In der zweiten Fallgruppe geht es nun nicht mehr um die grundsätzliche Annahme der Rolle, sondern um die Differenzierung der Rolle. Im nachfolgenden Fall handelt es sich um ein ausdifferenziertes Pflegesetting bestehend aus Tochter, zweiter Tochter und Schwiegersohn.

Zusätzlich kommt ein Pflegedienst. Die Tochter hat genaue Vorstellungen davon, welche Verrichtungen sie selbst durchführen will und welche sie delegiert. Die Rollendifferenzierung ergibt sich aus der Balance von Pflegen und Leben (beim Ehemann), aus dem Pflegenetzwerk (Schwester, Tochter, Ehemann) und der Einbeziehung von Dienstleistungen.

„(Fall APT: Familie X8) Pflegestufe (PS) I vorhanden, nach ATN nur Teilbelastung 10-20 Kg bis ca. 20.3.14 (6 Wochen). Pflegedienst morgens zu Grundpflege. Tochter und Schwiegersohn leben im selben Haus. Schwiegersohn unterstützt, ist aber auch Vollzeit berufstätig, hauptsächlich pflegt die Tochter. Unterstützung durch 2. Tochter; hilft im Haushalt und kocht Essen. Inkontinenzversorgung lehnt sie ab. Fr. X8 klagt über Rückenprobleme, es fällt ihr zwischendurch schwer rückschonendes Arbeiten umzusetzen, da ihr Vater zeitweise bei den Transfers nicht mithilft. Patient belastet weiterhin nur ein Bein; Patient muss immer wieder erinnert werden, gut mitzuarbeiten, dann schafft er tiefe Transfers fast alleine. Tochter immer wieder aufgefordert ihre Geschwister mit einzubeziehen und nicht alles zu übernehmen, Vater kann mehr, als er zugibt. Insgesamt

³ MDK = Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

kommt Fr. X8 mit Pflegedienst gut zurecht, Ehemann unterstützt abends und am Wochenende. Schwester von Frau X8 möchte ihre persönlichen Daten nicht angeben.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

Der Lernprozess bezieht den Pflegebedürftigen mit ein, von dem die Pflegetrainerin sagt, dieser könne mehr, als er zugibt. Ganz offensichtlich verhindert die Pflegetrainerin mit den Trainings zum rückschonenden Arbeiten und durch den Einsatz von Kinästhetik, dass der zu Pflegenden zum „Pflebling“ wird. Dieses Rollenangebot, den zu Pflegenden zu verwöhnen und ihn zum Pflebling zu machen, ist über die Zeit krisenförderlich, da es zu einer Rollenerstarrung und zu Kollusionen führt. So greift die Pflegetrainerin in eine regressive Rollenentwicklung der Familie ein und aktiviert, fördert und fordert neben den pflegenden Angehörigen auch den zu Pflegenden. Die Rolle der pflegenden Tochter bleibt damit rational und es wird verhindert, dass sich Opferrollen, Machrollen und andere informelle Rollen ausbilden.

Im Fall Familie X17 umfasst die Annahme der Rolle zwei Aspekte; zum einen die Transition von der Ehefrau zur pflegenden Angehörigen, zum anderen bringt die Pflegetrainerin die Ehefrau durch ihre Gesprächsführung dazu, ihre Situation anzuerkennen, sich mit der Rolle der pflegenden Person zu identifizieren und ein entsprechendes Pflegesetting gegenüber dem pflegebedürftigen Patienten zu vertreten. Gleichzeitig gehört es auch zur Rollendifferenzierung, dass sich die Angehörige um das Setting und das Umfeld der Pflege kümmert, also Lösungen von Alltagsproblemen umsetzt, anstelle symbiotisch mit dem Patienten zu verschmelzen. In dieser Phase der Rollendifferenzierung gilt es, die Angehörigen zu motivieren und sie daran zu hindern, sich in ihrer Rolle als pflegende Person unterdrücken zu lassen.

„(Fall APT: Familie X17) 28.7.2014: Großes Bedürfnis der Ehefrau, nichts ‚verkehrt‘ im Umgang mit demenzerkrankten Ehemann zu machen. Möglichkeit zum Selbstreflektieren. Erkennen, dass ein ‚Mehr‘ an Aufopferung nicht hilfreich ist. Gespräch über Hobbys/Alltagszeiten der Mutter und Bestärkung. Motivation auch im jetzigen ‚Verweigerungszustand‘ des Patienten, dem Pflegedienst die Körperpflege mind. 2x die Woche zu überlassen. Eingehend über morgendliche Körperpflege und Möglichkeiten/Hilfestellung Demenz gesprochen. MDK Neubegutachtung durchgesprochen und vorbereitet (Pflegetagebuch, letzten Entlassungsbriefe Klinik, Demenzeinschätzungsbogen). Nochmals Resonanzbogen für Verärgerung über Klinikarzt → Beschwerdeformular als Ventil an

die Hand gegeben. Telefonnummer vom diensthabenden Arzt ausgehändigt. Über Angst machende Situation gesprochen. Notfall sicher besprochen. Pflegekurs Demenz des XE-Krankenhauses vorgestellt. Dortige Nummer der familialen Pflegetrainer_innen weitergegeben. Viele einzelne Umgangslösungen der Familie bei Demenz des Patienten besprochen. Demenz = Entschleunigung als wichtige Botschaft verstanden. Anerkennung und Mut zugesprochen. Erkrankung wird als Familienprojekt gesehen. Erreichbarkeit signalisiert, keinen Termin mehr ausgemacht.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

Der nächste Fall verweist auf einen weiteren Aspekt der Rollendifferenzierung. Obwohl die Familie die Rolle angenommen hat, kommt es zu einer Wiederauflage alter Familiendynamiken. Hierbei wird die Pflegetrainerin zum Ort der Reflexion wegen der Mischung von neuer Angehörigenrolle, einer neuen Phase im Familienzyklus und alten Familiendynamiken. Sie geht praktisch vor, ermutigt zum Gespräch, reflektiert den Aufbau des Hilfenetzwerkes und bearbeitet sowohl pflegerische Probleme wie Schwindel und Probleme des Duschens als auch psychosoziale Probleme der Pflege als Familienprojekt.

Es wird sichtbar, dass die Pflegebedürftigkeit auch für den alten Menschen die Entwicklungsaufgabe bereithält, „sich in die Hände seiner Kinder zu begeben“. Diese Entwicklungsaufgabe ist mit Problemen der Wiedergutmachung verbunden, mit dem Dilemma „alter Schulden und alter Konten“ (vgl. Michael Buchholz in Gröning 2011, S. 36). Das Erlernen bezieht sich hier auf das Erlernen von Transition. Angehörige erfahren, dass sich in den Familien nicht mehr alles mit den Eltern klären lässt. Parallel hierzu lernen Eltern, dass ihre Kinder ihnen ebenbürtig sind.

„(Fall APT: Familie X18) Ausführliche Beratung zu Netzwerken, Einkauf (Telefon Bestellung Supermarkt, Essen auf Rädern, Bofrost, Familiengruppennetzwerk). Gespräch über mangelnden Appetit aber auch Schwierigkeiten Hilfe anzunehmen des Vaters Resonanzboden für Konflikt Tochter-Vater und Geschwister untereinander. Ermutigung für offenes Gespräch mit allen Familienangehörigen (Familienberatungsgespräch) und auch zum Vater (Hilfe annehmen → entlastet Kinder). Hilfenetzwerk erarbeiten, Haushaltshilfe (ZZH 1x Woche) öfter kommen lassen, da schon vertraut. Beratung zum Hinzuziehen des Pflegedienstes zum Duschen. Vater zunehmend schwindeliger und daher hier stark sturzgefährdet. Kurze Beratung zur Pflegesachleistung/Pflegegeld → weitere Beratung

durch Pflegedienst. Beratung zu 10- tägiger Freistellung von der Arbeit für diese Pflegevorbereitung. Pflegestützpunkt erklärt und empfohlen. Gespräch und Beratung zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht und ihre Bedeutung (auch für Familiengespräche). Dynamik Pflege als Familienprojekt besprochen und Klärung der eigenen Rolle. Neuen Termin besprochen und Sicherheit durch Erreichbarkeit signalisiert.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

3.3 Fallgruppe: Erfolgreiches Rollenhandeln durch Erlernen pflegerischer Handlungskompetenz

In der dritten Fallgruppe zeichnet sich das erfolgreiche Rollenhandeln durch Erlernen pflegerischer Handlungskompetenzen ab. In Fällen, wo die Rollenentwicklung, das Pflegesetting und das Pflegenetzwerk bereits institutionalisiert sind, tritt das Erlernen von Verrichtungskompetenz in den Vordergrund. Die Pflegetrainer_innen geben Tipps, zeigen Übungen, verbessern Praxen und fordern auf bzw. geben Rückenstärkung bei der Übernahme von Positionsrollen, in diesem Fall gegenüber dem Hausarzt. Der/die Pflegetrainer_in bespricht das Verhalten bei Pflegeproblemen, die Prophylaxe, die Medikation, die Versorgung mit Material und Hilfsmitteln sowie die Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr.

„(Fall APT: Familie X9) Familie wird von Pflegedienst unterstützt. Familie unterstützt sich gut, benötigte noch einige Tipps und Übungen zu Dekubitus-, Kontrakturenprophylaxe. Da Patient durch starke Schmerzmittelgabe kaum mobil ist und trotzdem Schmerzen zeigt, mit Angehörigen besprochen die Schmerzmittel erneut mit dem Hausarzt zu besprechen. – Mit den Angehörigen das Anlegen einer Inkontinenzhose geübt, saugfähige Einlagen empfohlen. – Flüssigkeitsbedarf und Ernährung besprochen, zur Zeit kaum möglich, da Patient sehr schläfrig. – Angehörige meinen jetzt die Pflege gemeinsam gut bewältigen zu können, sollen sich bei neuen Unklarheiten bei uns melden.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

Das heutige Gesundheitswesen bietet eine Fülle von Erleichterungen und Hilfen für den Alltag an. Zum Lernprozess der pflegenden Angehörigen gehört auch die Arbeit mit Hilfsmitteln, die Vermehrung von Gesundheitswissen und die Auswahl von

richtigen Produkten und Hilfen im Alltag. Bildung und Beratung gehen hier Hand in Hand.

Im unten beschriebenen Fall stecken jedoch auch der Aspekt der Rollenentwicklung und das Anstoßen der Auseinandersetzung mit der Rolle als pflegende_r Angehörige_r. Die Arbeit der Pflegetrainer_innen umfasst das Beraten, das Aufklären, das Erweitern des Horizontes der Familie durch das Setzen von neuen Horizonten und den Aufbau des Arbeitsbündnisses, der sich im Termin zum Pflgetraining zeigt. Der Lernprozess in der Familie offenbart sich als Zuwachs von Gesundheitswissen, Produktwissen, sozialrechtlich bedeutendem Wissen und Wissen zur Strukturierung und Sicherung der eigenen Lebenslage.

„(Fall APT: Familie X12) Tochter unterstützt bei Beantragung eines Handlaufs in dem Wintergarten. Beratung zur Verschreibung eines Trainingsgeräts für Vater (wird über Hausarzt verschrieben) nötige Unterlagen hinterlassen, wurde sehr gut angenommen. Tochter beraten zur Anschaffung eines Seniorenhandys für die Mutter; übernimmt sie. Beratung zur Verhinderungspflege (Stückelung möglich, Eigenanteil...). Beratung zum Hausnotruf (Handy wird bevorzugt). Angebot an die Tochter, sie in der Mobilisation des Vaters zu schulen → lehnt sie ab, ‚vielleicht später‘. Beratung zur Möglichkeit über weitere Leistungen des Pflegedienstes, Beschäftigung und Mobilisation des Vaters/Ehemanns. Gerechte Verteilung in der Familie von Unterstützung der Eltern angeregt. Pflege zum Beispiel am Wochenende übernehmen oder in Urlaubszeit. Regelmäßige Telefonate. Finanzielle Unterstützung (zur Ermöglichung Unterstützung von außen zu buchen). Hilfe aus Nachbarschaft organisieren. Beratung zur punktuellen Tagespflege für Vater, zur Erholung der Mutter. Ehefrau ermutigt, sich eigene Zeiten einzubauen (Massagen, Pediküre). Diese muss alle 14 Tage nach X-Stadt zur Infusion (Krebstherapie). → Beratung, dass diese Fahrten mit Taxi möglich sind (Eigenanteil). Bisher übernimmt das eine entfernte Verwandte oder Frau XX fuhr selbst. Termin zum Pflgetraining gemacht.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

3.4 Fallgruppe: Kompetenzentwicklung im Umgang mit dem Gesundheitsmarkt

Eine besondere Rollenentwicklung ist das Erlernen von Positionsrollen für Angehörige im Umgang mit dem Gesundheitssystem und seinen Akteur_innen und Expert_innen, die in dieser Fallgruppe näher beschrieben werden.

Sich als Kunde zu verstehen, Dienstleistungen des Gesundheitswesens zu beurteilen und mit Experten wie Ärzt_innen, den Pflegediensten und anderen Akteuren umzugehen, ist ein eigenes Lernfeld. Die Angehörigen lernen selbstbewusst aufzutreten, Entscheidungen zu treffen und nicht alles, was in der häuslichen Pflege passiert, der Krankheit und dem Schicksal zuzuschreiben. Auch im nächsten Fallbeispiel geht es um die Erfahrungsarmut der Angehörigen. Die Beratung durch die Pflegetrainerin stärkt die Angehörigen jedoch, das Pflegesetting in ihrem Sinne zu ändern.

„(Fall APT: Familie X7) 22.4.14: Patientin im deutlichen verbesserten AZ (Allgemeinzustand) gegenüber letzter Woche. Sie ist bereits am Rollator mobil. Appetit ist auch deutlich besser. Der Sohn hat dem bisherigen Pflegedienst gekündigt. Wird Kontakt zu einem anderen Pflegedienst in der Nähe Kontakt aufnehmen. Zurzeit besteht kein weiterer Bedarf an Unterstützung. Wir haben besprochen, dass ich ihm den Evaluationsbogen per Post zuschicke und er bei Bedarf mich bis zum 23.5. gerne anrufen kann.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

Der nachfolgende Fall zeigt das Hin und Her in der Durchsetzung der Wünsche. Vor allem in Bezug auf Pflegehilfsmittel unterstützt die Pflegetrainerin durch ihre Anwaltschaft die Durchsetzung der Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Familie.

„(Fall APT: Familie X13) 19.5. Sanitätshaus wegen Rollstuhl-Größen kontaktiert. Sitzfläche ab 38cm – 40, 43, 45 als Standardmodelle möglich. Dieser Rollstuhl kann nicht vom Sanitätshaus geliefert werden? Wegen Trainingsgerät als Hilfsmittel VO möglich (H1). Prospekte angefordert. 20.5. Frau X13 wird sich mit den Sanitätsfirmen in Verbindung setzen – Größen für Rollstuhl genannt → soll vor Ort zu Hause sich beraten lassen, da inzwischen das Handling immer schwieriger wird. Ein Bewegungstrainer soll vorerst nicht bestellt werden, soll aber Info-Material/Flyer zuschicken. Haushaltshilfskraft noch nicht

angefordert. Soll jetzt aber erfolgen. Im Augenblick kein weiterer Bedarf zum Hausbesuch. Telefonische Hilfe vorerst ausreichend.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

Im nächsten Beispiel wird die Schwierigkeit der Angehörigen deutlich, sich mit dem Rollenanteil der Kundin zu identifizieren. Obwohl sie durch die nächtliche Unruhe ihres Mannes am Schlafen gehindert wird, steht sie auf, bevor der Pflegedienst kommt. Die Angehörige muss erst lernen, dem Pflegedienst „die Arbeit zu überlassen“ und weiterzuschlafen. Die Positionsrolle scheint zum einen mit ihrer Rolle als Hausfrau, die sich in ihrer Wohnung selbst souverän darstellen will und zum anderen mit ihrer Loyalität als Ehefrau in Konflikt zu geraten. Das Rollenlernen von der Ehefrau zur pflegenden Ehefrau steht hier in Spannung mit ihrem Rollenentwurf der verantwortlichen Sorge, mit ihren Bedürfnissen nach Erholung und mit ihrer Rolle als Haushaltsvorstand.

„(Fall APT: Familie X14) Haushaltshilfe bisher 1 Woche. Ehefrau kocht, kauft ein, übernimmt die Hauptpflegearbeit. Tochter berufstätig. Ehefrau möchte gerne mal ausschlafen (steht immer für den Pflegedienst auf). Mit Tochter Ehefrau motiviert, dem Pflegedienst die Arbeit zu überlassen und sich nochmals ‚umzudrehn‘. Nächtliche Unruhe seit Krankenhaus-Aufenthalt und Tablettenumstellung. Konsil Hausarzt empfohlen, Medikamente anzupassen. Mit beiden Angehörigen über Verhinderungspflege gesprochen. Beide brauchen Auszeit. Beide wünschen sich Vertrauensperson zur Unterstützung und Betreuung. Mobile Alltagshilfe X14 (Flyer) empfohlen [...]. Über Aufenthalt in der Tagesklinik gesprochen. Für zukünftige Fragen Pflegestützpunkt empfohlen. Mit beiden über die Möglichkeit der 24 Std. Betreuung gesprochen (im Haus eine leerstehende ‚Alterswohnung‘). Ehefrau möchte dies noch nicht, denkt aber weiter darüber nach. Mit Ehefrau über Trinkprotokoll gesprochen und über Mahlzeiten. Ehemann isst noch gut, nur sehr langsam. Viele Zwischenmahlzeiten empfohlen. Entlassungsdatum Patient war am 3.5., Tochter hatte Zwischentermin aus Krankheitsgründen abgesagt. Mit Ehefrau nächste Woche Termin zum Pflege training vereinbart.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

3.5 Fallgruppe: Transformierung und Aufgabe der Rolle

Durch die Dauer der Pflege müssen häusliche Pflegesettings immer wieder umgestellt und der Situation des Patienten und des Pflegenetzwerkes angepasst werden. Folglich geht es in der fünften Fallgruppe um die stetige Transformierung und Aufgabe der Rolle als pflegende_r Angehörige_r.

Die Rollenentwicklung der häuslichen Pflege wird von Franke (2005) so beschrieben, dass die Pflegebeziehung sich über die Jahre in den Vordergrund schiebt, während die Familien- und Partnerrolle in den Hintergrund tritt. Für Angehörige ist diese Tatsache der Entwicklung des gebrechlichen Lebens ein angsterregender und trauriger Prozess. Gleichwohl wird von ihnen verlangt, dass sie zunehmend sachliche und instrumentelle Entscheidungen treffen, um das Pflegeverhältnis fortzusetzen. So werden Dienste immer mehr einbezogen und neben der Rolle der Familienangehörigen tritt die eigene biografische Perspektive. Diese Entwicklung zeichnet sich im nachfolgenden Fall ab.

„(Fall APT: Familie X6) Zusammenfassung: Durch die Kurzzeitpflege hatte die Ehefrau die Möglichkeit sich selber zu regenerieren. Durch die Gespräche und Unterstützung bei der Mobilisation konnte der Ehemann in einem deutlich besseren Zustand nach Hause entlassen werden als aus der Klinik. Er besucht 3x pro Woche die Tagespflege. Das Pflegebett steht im Wohnzimmer, nochmal auf die Möglichkeit des kleinen Zimmers hingewiesen. Sie hat Interesse an den Gesprächskreisen aber erst ab 19:30 Uhr. Das werden wir versuchen im Herbst ggf. anzubieten, wenn mehrere Angehörige dies wünschen.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

Zum einen werden Dienste wie Tagespflege und Kurzzeitpflege in das häusliche Pflegearrangement integriert, zum anderen werden Pflegetechniken geübt. Für die weitere Entwicklung ist die Intervention der Pflegetrainerin bedeutend, die Transformierung der Rolle von der Ehefrau zur pflegenden Ehefrau noch mehr zu stärken. Das Pflegebett im Wohnzimmer soll ihrer Meinung nach in ein kleines Zimmer geschoben werden und die Angehörige an einem Gesprächskreis für Angehörige teilnehmen. Damit dieser Prozess der Transformierung der Rolle gelingen kann, ist die Übernahme der lebensweltlichen Perspektive durch die Pflegetrainerin von Bedeutung. Das Pflegebett

im Wohnzimmer könnte noch einen Rest ehelichen Zusammenlebens symbolisieren, denn es handelt sich um mehr, als nur um eine Wohnraumanpassung.

Im Fall Familie X19 unterstützt die Pflegetrainerin sowohl die Handlungskompetenzen der Ehefrau als auch die Strukturierung der pflegerischen Situation. Außerdem hilft sie bei der Entwicklung, sich nicht nur als Teil eines Paares, als „Wir“, sondern als „Ich und Du“ zu verstehen und somit das „Ich“ zu individualisieren und zu entwickeln. Von Bedeutung ist jedoch das psychosoziale Gespräch, welches der Ehefrau eine reflektierende Distanz zu ihrer Situation ermöglichen soll. Vor allem das Gleichgewicht, sich auch in dieser Lebensphase der Hochaltrigkeit mit einem demenzkranken Mann als Paar zu fühlen, der Pflege in diesem Kontext einen Sinn abzugewinnen und selbst weiterzuleben, gehört zur Transformierung der Rolle.

„(Fall APT: Familie X19) Medikamentenliste durchgesprochen. Hausbesuch durch Hausarzt empfohlen und Fragen zu Medikamenten, Ergotherapie und aufgefallene niedrige Herzfrequenz notiert. Gespräch über das Leben mit Demenz und Zeiten ‚außerhalb‘ der Krankheit, sich als Paar fühlen, Zeiten der Normalität ohne Therapieansatz finden. Erreichbarkeit signalisiert und Möglichkeit der Pflegetrainings (PTs) bei Bedarf.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

Wie der folgende Fall zeigt, ist der Umgang mit Aggressionen der Angehörigen eine ganz eigene Seite der Rollenentwicklung. Der pflegende Sohn zieht sich nicht zurück, sondern wird wütend, weil seine Positionsrolle im Pflegesetting im Krankenhaus nicht anerkannt wird. Dennoch gelingt es der Pflegetrainerin ein Arbeitsbündnis zu gestalten. Allerdings versteht sich der Sohn deutlich als „Leiter des Settings“.

„(Fall PTKH: Familie X23) 30.01. Der Sohn war auffällig geworden durch zeitweise aggressives Verhalten gegenüber den Pflegekräften und den Ärzten. Während des Trainings war er aufgeschlossen und freundlich – er fühlte sich verstanden.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

„(Fall APT: Familie X23) 24.02. Herr X23 ist zögerlich mit der Schmerzmedikation, da seine Mutter empfindlich darauf reagiert und schläfrig wird. Gespräche über Medikamentenwirkung und -dauer. 03.03. Frau X23 ist sehr ängstlich bei der Einleitung der Bewegung. Sohn berichtet, er habe das Schmerzmittel vollständig abgesetzt.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

Zudem geht hervor, dass Unsicherheit der pflegenden Angehörigen die Ausführung der Rolle behindert und Ängste schürt, etwas falsch zu machen. Eigenständig setzt der Sohn verschriebene Medikamente der pflegebedürftigen Mutter ab. Eine Aufklärung über das Medikament und dessen Nebenwirkungen durch ein_e Pflegetrainer_in könnte zu einer Beruhigung der Lage beitragen und dem Sohn helfen, sich die Aufgabe der Medikamentenvergabe anzueignen.

Bei dem nächsten Fall handelt es sich um eine finale Pflege. Der Patient ist offensichtlich nach einem weiteren Krankenhausaufenthalt mit verschlechtertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden. Die Begleitung durch die Pflegetrainerin hat hier die Funktion des Haltens und Begleitens in einer sehr verletzungsoffenen Phase des Abschieds. Da die Ehefrau keinen Pflegedienst möchte und von den Kindern unterstützt wird, dürfte die Anwesenheit der Pflegetrainerin dazu geführt haben, dass das Lebensende des Patienten im Setting der häuslichen Pflege aufgefangen worden ist.

„(Fall APT: Familie X3) 85 Jahre, Pflegestufe II vorhanden, Pflegestufe III beantragt. Ehefrau pflegt seit 2 Jahren. Jetzt Allgemeinzustandsverschlechterung. Ehefrau wird von ihren Kindern unterstützt, Ehefrau lehnt Pflegedienst ab. Grundpflege führt Ehefrau selbst durch, Ehefrau weiß um die palliative Versorgung. 17.2. Patient ist im Kreis seiner Angehörigen verstorben.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

3.6 Fallgruppe: Umgang mit Krisen

In der sechsten Fallgruppe geht es um den Umgang mit Krisen im Rahmen der Pflegeübernahme. Im Kontext von schweren Krisen steht seelisches Lernen im Vordergrund der Interventionen. Es geht um den Umgang mit starken Emotionen, um den Aufbau einer sicheren Basis, um psychohygienisches Verhalten der Pflegetrainer_innen wie Zuwendung und Trost, Ermutigung und Unterstützung – es geht um das sogenannte „Halten“ (vgl. Auchter 2000). Wissend, dass starke Emotionen Lernprozesse blockieren und Denken erschweren, reagiert die Pflegetrainerin auf die Krisensituation der Verzweiflung bei der Patientin und der Dominanz beim Ehemann mit einer Strukturierung des Settings. Zunächst entlastet sie die Situation durch eine Neueinweisung in das Krankenhaus mit anschließender rehabilitativer Kurzzeitpflege.

„(Fall APT: Familie X5) Als ich die Familie übernommen habe, fand ich eine sehr verzweifelte Patientin und einen sehr dominanten Ehemann vor. Die Patientin hatte bereits vor 12 Jahren einen Apoplex mit Hemiparese links und einer Aphasie. Nun hatte sie eine Pneumonie und war sehr schwach. Durch die viel zu frühe Entlassung aus dem KH (Krankenhaus) in eine Kurzzeitpflege (KZP) (Antibiotika hatte noch nicht gegriffen, die Übelkeit war noch nicht beseitigt und die Flüssigkeitszufuhr nicht gewährleistet) kam sie schnell wieder ins KH. Das verunsicherte die Patientin und es wurde viel geweint. Beim zweiten Anlauf im Pflegeheim (KZP) lief dann alles gut. Die Patientin gewann an Vertrauen, arbeitete mit Ehrgeiz mit, mit dem Ziel vor Augen nach 4 Wochen auch wirklich nach Hause zu gehen. Der Ehemann wurde immer lockerer und schöpfte wieder Hoffnung, dass die Pflege zu Hause für ihn auch weiterhin zu bewerkstelligen ist.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

Die Krise des nächsten Falls besteht darin, dass eine junge Frau ihr letztes Familienmitglied verliert und verwaist. Allein über das „Halten“ kann diese Krise stabilisiert werden.

„(Fall APT: Familie X10) Der Patient wurde am 30.4.14 nach Hause entlassen, zum Sterben. Das war mit sein letzter Wunsch. Er hatte ein akutes Nierenversagen. Die Enkelin hat vor 6 Jahren ihre Eltern bei einem Verkehrsunfall verloren und vor 3 Jahren die Großmutter. Jetzt wieder einen geliebten Menschen gehen

zu lassen, ist für sie unerträglich. Ich denke die Gespräche taten ihr gut. Schnell war ein Vertrauen gewachsen. Auf den Feedbackbogen habe ich verzichtet, da ich in dieser unendlichen Trauer es nicht mit Bürokratie beenden wollte.“
(Sammlung Kurzkommentare 2015)

Die nachfolgende Krise zeichnet sich durch die Fokussierung von Institutionalisierung aus. Die Situation ist bestimmt durch eine Rückeinweisung in das Krankenhaus nach erneuter Diagnose sowie Kurzzeitpflege und Heimaufenthalt in der letzten Lebensphase. Von Bedeutung für das vorangegangene Arbeitsbündnis ist, dass die Angehörigen auch nach Beendigung des Pflegetrainings bei der Pflegetrainerin anrufen und um Begleitung und Hilfe bitten. Das Arbeitsbündnis besteht also fort. In dieser Krise bleibt die Pflegetrainerin Ansprechpartnerin und stellt sich weiterhin zur Verfügung. Dieses sich zur Verfügung stellen ist neben dem Halten ein weiterer wichtiger Umgang mit Krisen und Belastungssituationen in der späten Familie.

„(Fall APT: Familie X11) Anruf Schwiegertochter. Info über erneute Einweisung ins Krankenhaus. Tumor entdeckt worden im Bauchraum, jedoch keine Konsequenz ug. Therapie. Schwiegermutter lehnt alles ab, auch in der Familie so besprochen worden. Zustand verschlechtert sich zunehmend. Keine Anteilnahme am Leben, keine ausreichende Nahrungsaufnahme, Situation zu Hause nicht haltbar. Kurzzeitpflege ist organisiert. 28.: Anruf bei Frau X11 (Schwiegertochter). Zustand unverändert schlecht. Auch im Pflegeheim gleiche Situation mit Nahrungsaufnahme und Teilnahmslosigkeit. Unterbringung im Pflegeheim wird auf Dauer bleiben. Weiterhin Kontakt angeboten, falls sich noch Änderungen und/oder Fragen ergeben.“ (Sammlung Kurzkommentare 2015)

Im folgenden Fall geht es um die Krisenprävention, die Intensivberatung und das Intensivlernen einer schweren und umfassenden Pflege. Die Pflegetrainerin ist hier zuerst die Vermittlerin von dringend benötigtem Pflegewissen, welches sie umfassend zur Verfügung stellt. Neben den großen Pflegeproblemen wie praktische Inkontinenzversorgung, Prophylaxen, Medikation, Umgang mit PEG und Umgang mit Krisen leistet die Pflegetrainerin auch Krisenprävention. Sie verabredet sich zu weiteren Terminen, ist am Telefon erreichbar und steht auch zwischen den Trainings im Hintergrund zur Verfügung. Der Charakter der Krisenprävention wird durch die Haltung der Pflegetrainerin, erreichbar und verfügbar zu sein, deutlich, da diese Präsenz Ängste mindert und die Angehörigen vor Regressionen und Überforderungsgefühlen schützt.

„(Fall APT: Familie X16) Praktische Anleitung zu: Lakenwechsel und Pflege bei Stuhlinkontinenz im Liegen; Umgang mit DIC; Lagerungsmöglichkeit zu Dekubitusprophylaxe; Pflege gefährdeter Hautstellen; Transfer im Bett nach oben; Pneumonieprophylaxe; Umgang mit PEG (Verabreichung von Medikamenten über PEG; Lagerung mit PEG, Vermeidung der Aspiration; Verabreichung der Nahrung über Pumpe oder manuell); Notwendigkeit der Mundpflege; Beratung zu Pflegeprodukten; Umgang mit verschriebenem Nitrospray bei Hypertonus. Durch sehr umfangreiche, neu aufgetretene Pflegesituation und Klärung vieler Fragen 120 Minuten Beratung am Bett nötig gewesen. Verabredung zu [einem] neuen Termin, Sicherheit durch Erreichbarkeit.“ (Sammlung Kurzkomentare 2015)

Nachdem die Ergebnisse der qualitativen Analyse der Kurzkomentare vorgestellt wurden, richtet sich nun der Blick auf die Auswertung der Gruppendiskussionen.

4. Lernprozesse pflegender Angehöriger – Auswertung der Gruppendiskussionen

In einem zweiten forschungsmethodischen Zugriff wurden im Februar 2015 drei Gruppendiskussionen mit Pflegetrainer_innen in den Entwicklungsgruppen in Schleswig-Holstein geführt und transkribiert. An den Diskussionen haben insgesamt 24 Pflegetrainer_innen teilgenommen. Die Einstiegsfragen sind dabei sehr ähnlich und beziehen sich auf den Kontrakt mit der Familie, das Herausfinden von Bedürfnissen, die Definition von Lernzielen und schließlich die Frage nach den Lerneffekten und Lernprozessen:

„Ja, um einen Einstieg zu finden, uns interessieren eben wie, ja, wie sprechen Sie Angehörige an, wie kontraktieren Sie den Prozess, den Sie mit den Angehörigen anstreben, wie finden Sie heraus, welche Bedürfnisse Angehörige haben? Dann, ja, vielleicht auch durch die einzelnen Angebotsformen, ja, welche Angebote, also hab ich ja vorhin schon mal versucht, so ein bisschen zu erläutern, da wird es wahrscheinlich unterschiedliche Lernziele geben, auch unterschiedliche Angänge, und schließlich, endlich dann auch, welche Resultate erzielt das sozusagen aus Ihrer Sicht? Also wie nachhaltig sind auch die Kompetenzgewinne oder Lernfortschritte, die Angehörige machen?“ (Gruppe Schleswig, Zeile 2-8)

Im Rahmen der Analyse konnten folgende Lernprozesse pflegender Angehöriger herausgefiltert werden, die im Anschluss näher erläutert werden:

Zum einen lernen Angehörige im Kontext einer unmittelbaren Vertrauensbeziehung ihre neue Rolle, die bisher im Gesundheitswesen so nicht vorgesehen ist beziehungsweise nicht oder nur kaum umgesetzt wird. Die Arbeit der Pflegetrainer_innen mit den pflegenden Angehörigen legt offen, dass der Prozess des Lernens, aber auch der Rollenübernahme, häufig erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Häuslichkeit beginnt. Offensichtlich bedarf es die Rückkehr in das eigene Lebensumfeld, um die Bedeutung der Pflegeübernahme zu realisieren und zu akzeptieren. Im Rahmen der unmittelbaren Lernbeziehung zu den Pflegetrainer_innen erweiterten die Angehörigen ihren Horizont darüber, was die Definition „Pflegefall“ angeht. Möglichkeiten, die sich an den Sinnstrukturen des Alltags und der jeweiligen Lebenswelt orientieren, werden in Betracht gezogen, ausgelotet, diskutiert und ausprobiert.

Darüber hinaus lernen Angehörige, vor allem im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung, ihre Normalitätsängste zu reflektieren und ethische Perspektiven auf krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderungen zu entwickeln. Zu beobachten ist weiter, dass Angehörige Alltags- und Verrichtungskompetenzen in einem höheren Maß lernen, Wissensdefizite beispielsweise bezüglich ihnen zustehender Leistungen minimieren und so aktiv zu einer Verbesserung ihrer Lebenslage beitragen. Gleichzeitig erhält das hygienische Lernen eine wichtige Bedeutung und stellt eine eigene Kategorie im Lernprozess dar.

Auch Lernprozesse zum Umgang mit Krisen sind eine nicht zu vergessende Kategorie. Neben der Krisenintervention beziehen jene Prozesse auch das Krisenhandeln der pflegenden Angehörigen mit ein. In einem letzten Abschnitt geht es schließlich um Lernprozesse des Abgebens und Delegierens sowie darum, die Pflege und Sorge nicht allein zu tragen, sondern mit weiteren Personen oder Pflegediensten zu teilen. Zugleich sollen die pflegenden Angehörigen sich selbst mehr in den Mittelpunkt rücken, auf sich achten, sich Auszeiten gönnen und Selbstsorge betreiben.

4.1 Angehörige lernen im Kontext von Vertrauensbeziehungen ihre neue Rolle

Erst im Kontext der Vertrauensbeziehung ist es einigen Angehörigen möglich, ihre neue Rolle zu akzeptieren und die damit verbundenen Aufgaben zu lernen. Gleichzeitig wird den meisten erst in der Häuslichkeit und im Lebensalltag bewusst, was es bedeutet zu pflegen und mit welchen Herausforderungen diese Rolle einhergeht.

Die befragte Gruppe einigt sich auf das Schildern des Erstkontaktes und beschreibt die Situation dort als durchaus ambivalent. Etwa die Hälfte der Familien reagierte zurückhaltend, während die andere Hälfte einen Ort zur Aussprache suchte. Die Pflegetrainer_innen schildern, dass bei den zurückhaltenden Familien die Folgetermine und vor allem die Qualitätsschecks nach der Entlassung wesentlich seien, da erst hier die Familie mental in der eigenen Situation ankommt. Im Erstgespräch seien die Probleme zumeist noch nicht erkennbar.

„Bei denen, die nicht so viel erzählen, ist nachher der Folgetermin wichtig, und da finde ich gerade den Qualitätsscheck oder eine Familienberatung, weil gerade in der Häuslichkeit zu Hause dann die Probleme herauskommen, und das sind auch meistens die, die man länger begleitet, weil dann Probleme auftauchen wie: Es gibt Kinder, die sich nicht kümmern, und einen, der sich kümmert. Da kommen persönliche Lebensgeschichten von Kindern, von Ehepartnern irgendwie heraus, aber erst in der Häuslichkeit. Also das ist so meine Erfahrung. Im Erstgespräch ist noch gar nicht so, nur ansatzweise erkennbar, worauf das hinausläuft. Worauf es wirklich hinausläuft, ist erst in der Häuslichkeit erkennbar.“ (Gruppe Schleswig, Zeile 22-30)

Die Gruppen vertiefen und elaborieren das Thema dahingehend, dass mehrere Teilnehmer_innen den Beziehungsaufbau in der Häuslichkeit als wesentlich für das Arbeitsbündnis und die Lerneffekte angeben. So spricht eine Pflegetrainerin davon, dass die Angehörigen zu Hause ihre anfänglich distanzierte Haltung aufgeben würden. Vor allem würden erst nach dem Beziehungsaufbau und dem Ankommen zu Hause Ressourcen sowie Netzwerke in der Familie sichtbar.

Die Gruppe berichtet weiter, dass sie die Familienkultur, mit der sie dann schließlich arbeiten können, erst zu Hause kennen und verstehen lernen. In den Sequenzen einer weiteren Gruppendiskussion ist ebenfalls Thema, dass das Lernen ein vertrauensvolles Lernklima benötigt. Hier erzählt die Pflegetrainerin, wie sie Gespräche führt, die das Lernklima beeinflussen und mittels derer sie eine Vertrauensbasis aufbaut. Sie führt die Erstgespräche nicht funktional und bezogen auf die Pflegeprobleme, sondern personen- und lebensweltzentriert und stellt damit die Person in den Vordergrund. Auf diese Weise erschließt die Pflegetrainerin die Pflegeprobleme und vermeidet die Beschämung. Sehr dezidiert wird ein funktionales Beratungsangebot einem lebensweltlichen Ansatz gegenüber gestellt.

„Ich hatte ja auch schon mal so ein Beispiel, da ging es, die Ärzte stellten sich die Frage, wie soll es zu Hause laufen, klappt das alles, also gerade so das Krankheitsbild auch im Sinne gehabt, und haben mit der Ehefrau gesprochen über dies und jenes. Und die Ehefrau hat immer wieder irgendwie erwähnt, dass es ein Problem mit der Inkontinenz gibt. Aber das hat, da haben Ärzte drüber weggehört, das ist kein Problem für Ärzte. Das ist, ne, das ist, das wird ganz weit weggeschoben.“ (Gruppe Neustadt, ohne Zeilenangabe)

Dass die Lernbeziehung mit dem_der Pflgetrainer_in nicht nur funktional zu verstehen ist, sondern dass sich die Pflgetrainer_innen teilweise sehr intuitiv den Angehörigen zur Verfügung stellen, ist ein wichtiges Thema, welches sich in den Gruppendiskussionen wiederholt. Lernprozesse können die Angehörigen erst durchlaufen, wenn die Beziehung zum_zur Pflgetrainer_in als sicher und präsent erlebt wird. Die Pflgetrainer_innen nennen dabei sowohl bindungstheoretische Aspekte, wenn die Angehörigen zum Beispiel Angst vor der Entlassung und vor der künftigen Rolle haben, als auch angstmindernde Aspekte. Auch wenn technisch alles gut vorbereitet ist, ist die Gewissheit der Verfügbarkeit der Pflgetrainer_innen angstmindernd.

„Also ich hab das auch letztens gehabt bei einer Angehörigen, wo ich merkte, wir haben Pflgetraining im Krankenhaus gemacht und er sollte am nächsten Tag nach Hause, und sie aber doch ein bisschen Angst bekommen hat vor dieser Situation. Das war dann auch, der Freitag war Entlassungstag so, und Pflegedienst war involviert, es war eigentlich schon alles gut vorbereitet, auch für zu Hause mit Hilfsmitteln und so. Und dann hab ich sie gefragt: ‚Sie haben Angst ein bisschen jetzt vor dieser Situation?‘ ‚Ja‘, sagt sie. ‚Ich weiß gar nicht so richtig, ob ich das alles so kann.‘ Und da hab ich dann auch gesagt so, ich sag: ‚Hilft es, wenn ich morgen noch einmal vorbeikomme?‘ ‚Oh ja.‘ Also das war einfach nur so dieses, ich musste gar nicht, also es hat dann geklappt, oder wir haben dann auch noch einmal zu Hause probiert, wie das ist mit dem Transfer, und da war sie ganz erleichtert und hat gedacht, und ich eigentlich auch, weil ich dachte, gut, fürs Wochenende, da sind die jetzt gut davor, das klappt. So, und ich denke, das ist unterschiedlich. Generell mache ich das auch nicht, dass ich am Entlassungstag dann schon komme. Ich denke, da haben wir alle so ein Gespür dafür, wo das, wo das gut tut, und wo es vielleicht auch nicht sein muss.“ (Gruppe Holstein, 20:00 Min.)

4.2 Das Role-taking⁴ der Angehörigen ist erst nach der Entlassung möglich

Von großer Bedeutung für den Lernprozess wird übereinstimmend die Begleitung durch aufsuchende Pflege trainings genannt. Schließlich beginnt die Rollenübernahme (Role-taking) häufig erst mit der Entlassung in die Häuslichkeit. Erst zu Hause, im konkreten Lebensumfeld der Angehörigen, beginnt die Auseinandersetzung mit der Pflegesituation. Die Pflegetrainer_innen kontrastieren die Situation im Krankenhaus mit jener zu Hause, jedoch nicht dahingehend, dass im Krankenhaus alles in Ordnung ist und zu Hause dann die Krise beginnt, sondern dahingehend, dass Angehörige und Patient_innen im Krankenhaus eher zurückhaltend und vorsichtig oder auch gelähmt sind.

„Was ich auch häufig mache, ist zu Hause immer noch mal viel, viel, viel, viel besser und intensiver, weil die Angehörigen sich ganz anders geben, sich viel mehr entfalten können, und die Gegebenheit der Situation, also weil sie nicht von dieser Institution abhängig sind, von der Räumlichkeit und von zeitlichen ‚hier, gleich kommt Mittag‘, oder wie auch immer, oder.“ (Gruppe Holstein, unv. 9:06 Min.)

Eine andere Gruppe macht hingegen den Positionsrollenwechsel und den Statuswechsel für die bessere Lernsituation zu Hause verantwortlich. Die Angehörigen stellen sich zu Hause dem/der Pflegetrainer_in dar und es entsteht zunächst ein Geben und Nehmen, eine Art symbolischer Tausch, der den Lernprozess erleichtert und die Abhängigkeitsgefühle mindert. Schlüsselwörter für diesen Austauschprozess sind „das schöne Porzellan“, „Kaffee“ oder „dann kommt noch der Nachbar“. Gleichzeitig muss der/die Pflegetrainer_in zunächst mit der Lebenswelt der Angehörigen vertraut werden (vgl. Gröning/Rensing 2002).

„Und, aber dann zu Hause, da ist es schon so, da sind sie ja, da sind sie Gastgeber auch richtig, ne, das merkt man auch wirklich dann, mit Kaffee, das schöne Porzellan wird herausgeholt, (lacht) und da kommt dann plötzlich noch

⁴ Nach G.H. Mead bedeutet das Role-taking die Übernahme der Rolle eines Anderen. Hierbei geht es um Prozesse, sich in den Anderen hineinzusetzen und entsprechende Erwartungen zu antizipieren (vgl. Krappmann 2010, S. 38f.)

ein Nachbar, der sich eigentlich immer kümmert, oder die Tochter, die nebenan wohnt, wie du schon sagtest. Da tun sich dann ganz andere Türen auf, die man so vorher gar nicht entdeckt hätte da als Menschen, die man mit einbeziehen könnte.“ (Gruppe Schleswig, 3:34 Min.)

„St: Ja, da sieht man dann auch gerade, finde ich, in der Häuslichkeit, auch dieses was eigentlich noch möglich ist. Viele sagen: Nee, das geht ja nicht, unser Bad ist viel zu ..., und das geht alles nicht, und können wir nicht. Und wo man Notlösungen findet, die noch machbar sind, umsetzbar sind, wo vielleicht das Bad tatsächlich nicht mehr benutzt werden kann, aber durch einen Toilettenstuhl, eine Waschschüssel und einen schönen Nachtschrank wieder das Wohnen zu Hause möglich ist, weil sie sich dann zwar nicht mehr im Bad versorgen können, aber doch noch selbst zu Hause dann. Irgendwie, dass man doch umbaut, oder dass plötzlich irgendwo ein Zimmer übrig ist, wo man tatsächlich ein Pflegezimmer einrichten kann, was vorher überhaupt nicht im Gedächtnis war von der Familie, weil es das Abstellzimmer war. Aber durch Umräumen hat man plötzlich ein Pflegezimmer, wo man auch wirklich mit allen Hilfsmitteln arbeiten kann, und die Leute können wieder nach Hause.“ (Gruppe Schleswig, 4:24 Min.)

Der hier zitierte Interviewabschnitt ist ein wesentlicher Schlüssel für das Projekt, da Lerneffekte in einem besonderen Maß fokussiert werden. Erst durch den Rollenwechsel der Angehörigen vom Besucher im Krankenhaus zum/zur Hausherr_in im Lebensumfeld tritt die Familie in Erscheinung. Der Lernprozess, der sich hier auf die Phase der Annahme der Rolle bezieht, besteht im Wesentlichen darin, dass die Familie einen Möglichkeitssinn entwickelt und Bilder entstehen, wie der Alltag mit dem Pflegebedürftigen zu Hause gemeistert werden kann.

So geht auch die Übernahme der Pflege durch die Familie bei der Pflegetrainerin nicht mehr mit Gedanken der Sorge und Vorbehalten, sondern mit Hoffnungen einher. In diesem Fall ist für die Familie die Begleitung durch eine Krankenschwester ein zusätzlicher Halt und ein Orientierungspunkt.

Gleichzeitig weist die Gruppe auch darauf hin, dass die Frage, was Angehörige lernen und was sie von dem Gelernten behalten, nicht immer eindeutig beantwortet werden kann. An verschiedenen Stellen wird der Lernprozess in diesem Gruppeninterview als

Annahme der Rolle, als Role-taking dargestellt, welches von der Pflegetrainerin begleitet wird.

„Also, was ich am ersten Tag schon immer merke, ist, dass Angehörige zunächst mal sehr angetan davon sind, dass sie Begleitung überhaupt haben. Dass da überhaupt jemand ist, mit dem sie sich austauschen können, wo sie ihre Sorgen und Nöte auch lassen können, und dass da tatsächlich dann auch eine weitere Entlastung geschaffen werden kann, indem ich dann eben auch die entsprechenden Pflegetrainings anbiete. Da ist dann auch Erleichterung, und dieses ‚Ich kann mir das gar nicht vorstellen, wie das geht‘, und dass dann eben auch praktisch gezeigt wird und geübt wird, dann eben auch dann, ja, die Bereitschaft entsteht, zu Hause die Versorgung leisten zu können, was vorher gar nicht vorstellbar ist.“ (Gruppe Schleswig, Zeile 66-74)

Allerdings weist die Gruppe auch daraufhin, dass erst durch die Begleitung der pflegenden Angehörigen bis in die Häuslichkeit und damit einhergehenden praktischen Anleitungen in der konkreten Lebenswelt, sich der Gedankenhorizont bezüglich der möglichen Übernahme der Pflegeverantwortung erweitert.

Dass Lernprozesse eng in Beziehungen eingebunden sind, gilt auch für den Bereich des technischen, sachlichen und instrumentellen Lernens, also für jene Lerndimensionen, die die konkrete Handlungskompetenz betreffen. Die Pflegetrainer_innen nennen in den Gruppendiskussionen eine Fülle von Handlungen wie Mobilisation (vgl. Gruppe Holstein), Inkontinenz als Pflegeproblem (vgl. Gruppe Neustadt) oder auch bestimmte Zeitpunkte. Vor allem der Zeitpunkt der Entlassung führt dazu, dass die pflegenden Angehörigen eine Vielzahl neuer Handlungen erlernen müssen, um die Pflege in der Häuslichkeit auch allein stemmen zu können. Gleichzeitig betonen sie, dass das Geben von Tipps, das Zeigen von Pflegehandlungen oder das Einführen neuer Pflegetechniken stets mit einer Beziehung und einem langfristigen Lernprozess, bezogen auf die Rolle der pflegenden Angehörigen, einhergeht. Der Lernprozess bezieht sich zunächst auf die Pflegetrainings im Krankenhaus und umfasst die aufsuchenden Pflegetrainings in der Häuslichkeit. In Teilen reicht jener Prozess jedoch bis in die Gesprächskreise hinein. Der Prozess der Identifizierung mit der Rolle offenbart sich den Pflegetrainer_innen an zahlreichen Stellen, wenn die Angehörigen die Pflege umsetzen:

„Also Betroffene dann berichten. ‚Wir haben das jetzt umgesetzt, was Sie gesagt haben, jetzt haben wir ein neues Badezimmer‘, oder ‚Ich hab das mal ausprobiert, was Sie gesagt haben‘ und so, das ist immer, finde ich, sind ganz tolle, positive Effekte, wenn man sieht, es läuft gut, und die nehmen alles an, was man so gesagt hat und machen das auch echt gut. [...] Dann kriegt man es noch einmal gespiegelt, dass es auch wirklich klappt und es allen noch gut geht. (1:07:23) (W: Stimmt).“ (Gruppe Neustadt, 1:07:23 Min.)

Ein weiterer Aspekt, den die Gruppe anspricht, ist die Buchstabierung ihrer eigenen Rolle als Pflegetrainerin und der hier entwickelte Blick auf die Familien. Die Pflegetrainer_innen verstehen sich vor allem als Pflegebildner_innen, die nicht nur eine Dienstleistung erbringen, sondern ein Empowerment und Prozesse von Selbstwirksamkeit unterstützen wollen. Diese Andersartigkeit des Angebotes an Hilfe mündet in andere, unmittelbarere Arbeitsbündnisse und befördert den Bildungsprozess in den Familien.

4.3 Lernen als Entwicklung des Möglichkeitssinns

Der Begriff des Möglichkeitssinns (Negt 2011, S. 32ff.) wird von Negt für die Bildungstheorie fruchtbar gemacht. Nach Negt (2011, S. 35) darf sich Lernen nicht nur auf Tatsachen und die funktionale Anpassung an die Wirklichkeit vollziehen, sondern muss einen Möglichkeitssinn entwickeln. ‚Wer nicht weiß, was über die Dinge hinausgeht, weiß auch nicht, was die Dinge sind‘. Bei den Pflegetrainer_innen lässt sich diese Haltung – des Möglichkeitssinns – an vielen Stellen ihres Handelns finden. Der Möglichkeitssinn beginnt im Kleinen und Konkreten und beinhaltet immer wieder, dass sich Grenzen verschieben, die zunächst als starre Barrieren wahrgenommen wurden und als unüberwindbar galten. Die Pflegetrainer_innen entwickeln diesen Möglichkeitssinn, indem sie sich sehr konkret und praktisch auf alltägliche Lebensführung, Handlungsmuster und Daseinstechniken einlassen.

„Also ich hab gerade eine Familie im Kopf, da war der Vater, Ehemann, an Parkinson erkrankt. Die Kinder wohnten auf dem gleichen Grundstück, der Sohn war berufstätig, die Schwiegertochter teilzeitberufstätig, und die Ehefrau zu Hause, aber auch nicht mehr ganz gesund, war auch ein bisschen in ihrer Mobilität eingeschränkt. Und die waren alle sehr bemüht, man hatte das

Schlafzimmer schon nach unten transportiert, es gab einen Pflegebettrahmen im Ehebett, und im Gespräch hatte ich dann gesagt: ‚Gibt es eine Situation, die Ihnen im Moment so als besonders schwierig erscheint?‘ Und daraufhin sagten alle gleich: ‚Ja, dass wenn er nachts wach wird, dass er rechtzeitig aus dem Bett kommt, um bis zur Toilette zu kommen.‘ Dann hatte ich eben gefragt, wie das ist mit den Räumlichkeiten. Die haben mir ganz bereitwillig gleich ihr Schlafzimmer gezeigt, das Badezimmer gezeigt, und dann hab ich den Patienten eben gefragt, was ihm am schwierigsten erscheint, und er sagte eben: ‚Ja, nachts aus dem Bett zu kommen, weil ich ja immer ein bisschen brauch, um in die Gänge zu kommen.‘ Und dann hab ich dem Patienten gezeigt, wie er seinen Bettrahmen eben als Aufstehhilfe nutzen kann, mit dem Hoch- und Runterstellen. Das hat er dann selber ausprobiert, und hat das als sehr hilfreich empfunden, und der Rest der Familie auch, und sich eben gewundert, dass sie selber da nicht auf die Idee gekommen sind. Und über solche Dinge kommt dann irgendwie das nächste Thema. Wir waren dann im Badezimmer, ja, die Dusche hat ja so einen 30-cm-Einstieg. ‚Das ist natürlich immer schwierig, wenn meine Frau, meine Schw., meinen Vater (unv. 20:54) dann da rein hebt und ihn auch wieder raus hebt, und das ist ja alles nass rundherum‘, das mag man sich dann gar nicht mehr vorstellen. Dann sagte der Sohn: ‚Ich würde das ja ganz gerne umbauen, aber das will ja meine Mutter nicht.‘ Daraufhin hatte ich dann eben zu der Frau gesagt: ‚Naja, Ihre Knie sind ja auch so kaputt.‘ Ich sag: ‚Für Sie wäre das doch auch viel leichter, wenn Sie sich im Sitzen duschen könnten.‘ Und so ergibt sich im Gespräch manchmal eine Erleichterung und ein Weg, dass man alle mit ins Boot holt.“ (Gruppe Neustadt, ohne Zeilenangabe)

Die Entwicklung eines Möglichkeitssinns wird in der Gruppe nicht nur im Kontext der Lernprozesse in der Familie diskutiert, sondern als Herausforderung in der Behandlung und Pflege. Vor allem Probleme des Alltags würden in den auf Tatsachen beruhenden Abläufen und der Rationalität der Krankenhäuser zu wenig berücksichtigt: „Alle sind da ganz stupide dabei und arbeiten.“ (Gruppe Neustadt, 12:53 Min.)

Eine wichtige Bedeutung hat in diesem Zusammenhang insbesondere der lebensweltnahe Bezug. Die Pflege Techniken, die von den Pflegetrainer_innen angewendet werden, müssen unmittelbar auf die Häuslichkeit zugeschnitten sein. Viele Elemente der Kinästhetik werden von den Pflegetrainer_innen gezeigt und helfen den Angehörigen, ihre Rolle als unterstützend und nicht als ersetzend zu denken.

„...weil der und seine Frau gesagt haben: ‚Wenn Sie uns das nicht gezeigt hätten, wir hätten das nie gehändelt bekommen.‘ Die haben mein Rutschbrett immer noch, aber sie haben sich jetzt eins gekauft, aber das ist nicht so schön wie meins, und jetzt sind die ganz heiß darauf, das zu Hause auch noch mal zu üben. Und da bin ich ja extra zwischendurch noch nach Timbuktu gefahren, wo der wohnt nämlich, (unv. 1:02.10) (W: Oh Gott, das ist ja) und habe, mit einem Zollstock (lachend weiter) haben wir sein Schlafzimmer ausgemessen, (normal) und Möbel gerückt, und das fand ich ganz toll also. ... und dann hab ich gesagt: ‚So, und wie machen, wenn Sie morgens dort in den Rollstuhl kommen, wie machen die Pflegekräfte das denn hier?‘ ‚Ja‘, sagt sie, ‚die tragen mich.‘ Und dann sag ich: Und mit dem Rutschbrett Und da, fand ich das mal, ist das mal ein tolles Beispiel. Und die haben nämlich gesagt, sie möchten gern nach Hause, das trauen sie sich jetzt zu, und da hat die Einrichtung gesagt, okay, wir können das auch abbrechen an dieser Stelle.“ (Gruppe Neustadt, 01:03:25 Min.)

4.4 Lernen im Kontext der Rollenübernahme heißt Reflexion von inneren kulturellen Bildern

Ein wichtiger Aspekt bei den Lernprozessen, die auch mit der Annahme der Rolle und dem Rollenlernen einhergehen, ist die Veränderung innerer Bilder der Pflege. Pflege ist sehr verbreitet mit Bildern des Analen, der Ausscheidungen, des Naturkörpers und der Unreinheit verbunden, die als Fantasien des Niedrigen, Vorstellungen des Schmutzigen und Grenzen des Ekels und der Scham in den Beziehungsprozess zum_ zur Pflgetrainer_in eingebracht werden (vgl. Gröning 2014). Für das Lernen der Pflege und die Kompetenzentwicklung ist der Blick „weg von diesen Bildern“ wesentlich.

„Oder man muss auch manchmal erst klären, was Pflege eigentlich alles bedeutet. Also einige sagen: ‚Nein, ich kann die nicht waschen‘, und wenn man dann sagt, naja, es geht ja um viel mehr. Es geht darum, dass Sie die Haut beobachten, dass Sie gucken, dass er genug trinkt. Wie sieht die Haut aus, wenn man nicht genug trinkt, oder wie sieht der Urin aus, und dann öffnen die sich schon und sagen: ‚Ach so, das mache ich ja sowieso schon‘, (W: Ja) und dass die dann wissen, dass es auch schon ein Teil ist, Pflege zu übernehmen, und

was da so alles zugehört. Also viele denken, wenn man sagt Pflgeetrainings, ja, man übt jetzt Waschen, so ungefähr, also dann muss man das immer erst so ein bisschen erklären auch.“ (Gruppe Schleswig, Zeile 79-87)

Ähnlich wie es sich beim Lernen über Pflege um einen reflexiven Prozess handelt, der innere Bilder zum Naturkörper revidiert, sind auch Altersstereotype und Altersbilder im Lernprozess des Pflegens bedeutend:

„Oder dann sind da auch Angehörige, wenn die Gespräche zum Beispiel so sind, dass da Kinder mit sind, Kinder sind ganz oft so: ‚Nein, das kann meine Mutter nicht mehr machen. Die ist selber schon alt‘, und die Mutter sagt: ‚Wie-so, das lass mich doch da mal zusagen‘, und ne, also die hat vielleicht schon viel mehr gemacht, als sie ihren Kindern überhaupt erzählt hat. Und das wird den Kindern erst bewusst, das hatte ich jetzt auch gerade, als die Mutter nämlich im Krankenhaus war und die Kinder den dementen Vater betreuen mussten. Da wurde denen erst bewusst, was die überhaupt die ganzen Jahre schon geleistet hat, was man den Kindern gegenüber ja gar nicht so erzählt, weil das auch so mit Scham zu tun hat und so.“ (Gruppe Schleswig, Zeile 89-97)

Diese Überwindung von Bildern bezieht sich auch auf die Einstellung zur Demenz. In der folgenden Sequenz diskutiert die Gruppe, dass Angehörige auf Pflegebedürftigkeit zuerst sehr normativ im Sinne der oben erwähnten Scham reagieren. Sie versuchen, den Patienten mit Demenz zu normalisieren. Sie kontrollieren, dominieren, disziplinieren, drohen – kurz die Kommunikation mit dem Patienten mit Demenz ist unangemessen und ängstigend. Anstatt eine sichere Basis für den Menschen mit Demenz zu werden, reagieren die Angehörigen im Sinne des Lasterkataloges der Kommunikation geradezu kontraproduktiv.

„Ich hab zwei Fälle, das ist eigentlich beides ein Ehepaar, beide Mitte siebzig, bei beiden der Mann dement. Die eine sitzt den ganzen Tag und sagt: ‚So, du bleibst jetzt hier sitzen. Nein, du kannst nicht mehr zum Fenster, du kannst nicht mehr da bei den Vögeln sitzen. Nein, du musst jetzt hier sitzen bleiben, wir wollen jetzt gleich Mittagessen. Du isst jetzt dein Mittagessen auf.‘ Der sitzt 70%, 80% des Tages und weint.“ (Gruppe Schleswig, Zeile 103-107)

In den weiteren Sequenzen diskutiert die Gruppe Schleswig-Holstein die Rollentransition bei Demenz, wenn aus Ehepartner_innen pflegende Angehörige werden. Dimensionen des Loslassens und vor allem die damit einhergehenden Krisen und Störungen werden in der Gruppe lange erörtert. Diese Lernprozesse der Rollentransition werden als besonders zäh beschrieben. Nach Auffassung der Gruppe kommt den Institutionen wie auch den Pflegetrainer_innen selbst hier die Aufgabe zu, den Angehörigen bei der Anerkennung der Realität zu helfen und für die Situation der Pflege geeignete Settings zu entwickeln. Institutionen wie die Tagespflege oder ambulante Dienste haben hier nach Auffassung der Gruppe vor allem triangulierende Funktion. Sie helfen, damit die Beziehung zwischen den Ehepartnern nicht eskaliert und ein Setting gefunden wird, in dem es gelingt, die Bedürfnisse beider Parteien zu vereinen.

4.5 Durch Lernprozesse werden Lebenslagen verbessert und Wissensdefizite reduziert

In einer späteren Sequenz diskutiert die Gruppe vor allem die Defizite des Wissens in den einzelnen Sozialmilieus und was es bedeutet, wenn diese von Pflegebedürftigkeit betroffen werden. Die mangelnde Institutionskompetenz, die fehlende Routine im Umgang mit Behörden und den eigenen Rechten, die Schwierigkeit, die eigene Situation angemessen darzustellen, führt nach Auffassung der Pflegetrainer_innen dazu, dass viele Familien häufig keine Kenntnisse über ihnen zustehende Pflegehilfsmittel, geschweige denn Kostenübernahmeregelungen, haben. Folglich zahlen diese weit mehr für die Pflege, als eigentlich notwendig wäre.

„Es sind schon große Defizite. Also ich erlebe häufig Rollatoren, die selber gekauft wurden, weil keiner weiß, dass sie einen Rollator von der Kasse kriegen können, die dann schon einfach da sind, oder wo man dann auch aufklären kann, was es eigentlich für Hilfsmittel gibt. Dass die gar nicht wissen, Mensch, der kann ja doch noch baden, weil einfach keiner einen Badewannenlifter kennt, oder irgendwie, dass man durch einen Haltegriff einfach nur irgendwas verändern kann, damit derjenige wieder gut aufstehen kann. Das ist schon häufig, und was ganz häufig keiner weiß, sind tatsächlich die Anlage 4 nach § 40, dass die tatsächlich Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, alles, was sie selber für die Pflege brauchen, dass sie das auch kriegen können. Das erzählt

denen keine Kasse, und es stehen häufig genug die selbst gekauften Einmalhandschuhe da, und die sind ganz überrascht, die Angehörigen, dass sie das gar nicht kaufen müssen, so, dass sie da wirklich 40 Euro im Monat zur Verfügung haben, ja.“ (Gruppe Schleswig, Zeile 272-283)

Aus einer Perspektive des Lernens geht es hier um die instrumentellen und technischen Dimensionen der Rolle. Bereits in den Kurzkomentaren wurden die Aufgaben der Pflegetrainer_innen deutlich; sie müssen korrigieren, erklären, zeigen und demonstrieren oder schulen. Wie schon in der Pflegehilfsmittelstudie (2014) beschrieben, führt die Rationalisierung der Dienstleistungen dazu, dass diese Dimensionen der Rolle kaum noch gelernt werden können.

„Ich hatte vor einem halben Jahr den Fall, da kam das Rutschbrett und die Drehscheibe per Post, von DHL. (Lachen) Sie haben es zum Glück nicht vorher probiert.“ (Gruppe Schleswig, Zeile 315-317)

Die Pflegetrainer_innen betonen zudem, dass der Lernprozess sehr eng aus dem Beziehungsprozess entsteht. Es wird interaktiv gelernt. Die Pflegetrainer_innen betonen, dass auf die Angehörigen viele Informationen einströmen, dass sich die Zeit verdichtet und sie in immer kürzerer Zeit immer mehr Informationen der Systeme aufnehmen müssen. Insgesamt haben sie aber zu wenig Zeit um die Informationen produktiv zu verarbeiten. Gleichzeitig werden durch den Lernprozess Alltags- und Verrichtungskompetenzen in einem höheren Maße gelernt und Wissensdefizite minimiert.

4.6 Hygiene erhält eine wichtige Bedeutung im Lernprozess

Eine andere Sequenz beinhaltet das Thema Hygiene als ein eigenes Lernfeld. Die Angehörigen haben eine eigene Alltagshygiene, die sehr bestimmt ist von den Hygienevorstellungen ihres Milieus und sicherlich mit den Hygienevorstellungen, die die Pflegetrainer_innen aus dem Krankenhaus kennen, differiert. Diese Vorstellungen kollidieren zudem regelmäßig mit den Hygieneanforderungen in der häuslichen Pflege, was riskant ist. Insbesondere dann, wenn hygienisches Handeln nicht erklärt und gelernt wird, kann es in der Folge auch zu Wiedereinweisungen führen.

„Also ich hatte einen Hausbesuch gemacht, die hatte gesagt: ‚Och, eine Matratze, das haben wir alles‘, aber die war defekt, also die pumpte, also (korrigiert lachend) pumpte, und die war aber ganz weich, also das wissen die dann auch gar nicht. Also die hätten dann gar nicht (W: War die Luft raus), die Luft raus, oder es war so, dass ich einen Konzentrator gesehen haben, einen Sauerstoffkonzentrator, der war mit Luftbefeuchter, und der machte immer so komische Geräusche, und der war auch eingeliefert mit einer Lungenentzündung, und das war ganz eklig und schmierig, und da war nichts mehr drin. Ich sag: ‚Das ist ja, wie reinigen Sie das, was wurde Ihnen erzählt von der Firma, was für ein Wasser dürfen Sie denn nehmen?‘ ‚Wieso, muss da Wasser rein?‘ So, also das ist (lacht auf), das ist schon wirklich gruselig manchmal, was man da ... Ich will noch gar nicht mal sagen, dass die das nicht erzählt haben, aber das hat wirklich was auch mit Aufnahmefähigkeit zu tun (zustimmendes Hm). Da stürzt so viel auf die ein, erstmal überhaupt die Krankheit, das zu verarbeiten, was da jetzt, und dann die Pflege, und dann die sozialrechtliche Beratung und die Hilfsmittel, und dann kommen die an, und dann sollen die auch noch benutzt werden, und dann, das ist schon echt viel, auf einmal. (27:39)“ (Gruppe Schleswig, Zeile 343-357)

4.7 Lernen in Krisen

Eine weitere Sequenz bezieht sich auf die Lernprozesse die in oder aus Krisen entstehen. Bereits die Pflegeübernahme an sich kann krisenhaft erlebt werden. Da Angehörige immer wieder auch schwer Pflegebedürftige mit verschiedenen und bedrohlichen Erkrankungen versorgen, sehen sie sich in vielfacher Hinsicht mit unterschiedlichen Anforderungen und Krisen konfrontiert.

Die Pflegetrainer_innen versuchen neben der Thematisierung von Kriseninterventionen und Krisenhandeln stets den Willen der Angehörigen, die schweren Situationen meistern zu wollen, zu berücksichtigen und zu unterstützen.

„W: Und dann ist eben auch vielleicht eine wichtige Lebenssituation, (W: Ja) und das ist ja dann vielleicht auch so. Ich weiß nicht, wie lange ich das durchhalten kann, aber ich hab mir irgendwann mal überlegt, ich will mit diesem Menschen alt werden (W: ja) und ich hab mir das nicht ausgesucht, dass das jetzt hier ein Scheiß wird. Aber wenn das jetzt hier so was ist, dann setze ich alles daran, dass wir das gemeinsam bestehen. Und das ist eine hohe Motivation.

W3?: Genau, und dann will ich es aber nicht ständig aufs Butterbrot zu schmieren, sondern ich will das Beste daraus machen. Und ich will nicht immer hören: ‚Du schaffst es nicht‘, denn es ist meine Entscheidung, das zu machen, und da finde, ich da gehören wir dazu, die da drin zu stärken, dass sehe ich so, dass sie da eine Möglichkeit haben, das durchzuhalten, für das, wofür sie sich entschieden haben. Und es steht, also ich sehe es so, mir steht es nicht zu, zu sagen, das darfst du, das darfst du nicht.“ (Gruppe Holstein, 49:38 Min.)

Vor allem aber müssen die Angehörigen lernen, mit der Tatsache zurechtzukommen, dass sich die aktuelle Lebenssituation geändert hat und es vermutlich nie wieder so sein wird, wie es vorher einmal war. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, den Mut nicht zu verlieren und neue Handlungsstrategien zu vereinbaren, neue Rollen zu definieren und das gesamte Familiensystem neu aufzustellen. Auch, um das Beste aus der Krisensituation herauszuholen.

„Und so viele Menschen stehen in diesen Pflegesituationen, also äußern so häufig: ‚Das muss doch wieder besser werden. Wie ist denn, bis gestern war

doch alles in Ordnung, der hat, der war doch nie krank! Der, ich versteh gar nicht, was ist denn hier passiert?’ Also vollkommen, vollkommen hilflos der Situation ausgesetzt, und da denke ich so oft an diese Aufgabe, die ist, Dinge, die auf mich zukommen, irgendwie zu bewältigen, dazu erstmal auch eine Menge helfen zu müssen, um das zu verstehen. Ja, das war auch bisher so noch nie, aber jetzt ist es da. Und jetzt muss irgendwie ein Umgang damit gefunden werden, wie kann der jetzt aussehen? Und es werden sich jetzt die Dinge verändern. Es sind die Dinge jetzt nicht mehr wie vorher, und vielleicht müssen wir sogar davon ausgehen, die werden auch nie wieder so, wie sie mal waren. Und nicht selten, wo Sie den Begriff eben auch hatten, ‚final‘, ist das dann für alte Menschen ja auch oft der Punkt, wo es wirklich darum geht, wie lang geht denn diesen Leben auch noch? (zustimmendes Hm) Denn ganz oft sind diese, was weiß ich, Schenkelhalsfraktur, Schlaganfall, Pflegebedürftigkeit ist dann so ein Anfang von irgendwas, was dann irgendwie über kurz oder länger das Ende auch eben bedeutet. Und Angehörigen da drin eben auch eine Begleitung zu bieten, finde ich, ist ein ganz starkes Element, das über dieses Angebot Familiäre Pflege eben möglich ist, und da ist es dann psychosoziale Begleitung, vielleicht sogar Seelsorge ein Stück weit.“ (Gruppe Holstein, 56:10 Min.)

4.8 Abgeben und Selbstsorge als Lernprozess

Im letzten Teil der Gruppendiskussionen stehen Aspekte wie die Selbstsorge, das Abgeben, das Netzwerk, das Leben ohne Pflege oder die Balance zwischen Pflege und Leben sowie die jeweiligen Unterstützungen hierzu im Mittelpunkt des Gesprächs.

In der nachfolgenden Sequenz wird deutlich, dass es keine Dauerlösung sein kann, wenn eine Hauptpflegeperson die Pflegelast allein trägt. Der Aufbau eines Pflegenetzwerkes und die Unterstützungsleistungen durch andere sind wichtige Haltepunkte, die den pflegenden Angehörigen Kraft und Entlastung bringen.

„M: Ich finde es immer wieder erstaunlich, mit wie wenig Worten man manchmal Angehörige zum Nachdenken bringen kann. Ich hab letzte Woche eine Tochter gehabt, von einer Patientin, ich krieg die einfach nicht zum Erstgespräch

oder nicht zum Pflgetraining. Sie sagt: ‚Ich arbeite sieben Tage die Woche auf der Tankstelle.‘ Ich sage: ‚Und wann haben Sie mal frei?‘ ‚Ja, wenn ich Glück hab, mal einmal in der Woche. Wenn ich Glück hab.‘ Ich sag: ‚Und wie lange wollen Sie es machen?‘ Da haben Sie schon gesehen, wie ihr das Wasser in die Augen gestiegen ist, völlig kaputt, die Frau, aber ist in ihrer Rolle gefangen, wie du schon sagst. Und wenn ich dann schaffe, sie mal zum Nachdenken zu bringen, ich hab jetzt diese Familie gebeten, dass wir, es gibt sechs Kinder, eine Schwiegertochter, dass wir da wirklich mal versuchen, ein Familiennetzwerk aufzubauen. Ich bin gespannt, ob es funktioniert. Sechs Kinder, alle berufstätig.“ (Gruppe Holstein, 48:05 Min.)

Im Weiteren müssen und sollen pflegende Angehörige auf ihre eigene Selbstsorge achten. Sie sollen nicht jegliche Energien in die Pflege stecken und schließlich zusammenbrechen. Um dauerhaft die Pflege übernehmen zu können, müssen sich Angehörige aktiv Auszeiten von der Pflege gönnen, etwas für sich selbst tun und das eigene Netzwerk pflegen, um am Ende nicht alleine, überfordert und vollkommen isoliert zu sein.

„W1?: Und ich finde das auch wichtig, es ist ja, nur wer selber für sich auch sorgt (W: Genau) und immer wieder entscheidet, wo man selber mal heraus kommt, mal was anderes sieht, auch mal den Anspruch hat, ich brauche jetzt mal drei Stunden für mich, beim Friseur oder wie auch immer, einmal im Monat oder alle vierzehn Tage oder was auch immer. Der ist ja auch ausgeglichen, hat die Kraft, auch dann so für den Angehörigen da zu sein, um ihm die Pflege auch zukommen zu lassen, um die Gelassenheit und das alles an den Tag zu legen, da ist man ja auch gefordert. Und wenn das nämlich nicht ist, und man irgendwie in so einer Spirale drin ist, dann geht das nämlich nachher los mit Gewalt in der Pflege. Und dann bin ich nicht mehr so entspannt, wenn der zum dritten Mal schreit, er will was trinken, und dann fass ich ihn vielleicht ein bisschen gröber an, oder mach die Tür zu und lass in quaken, sag ich jetzt mal. Deswegen ist es ganz wichtig, auch mal für sich zu gucken, dass man ...“
(Gruppe Holstein, 51:44 Min.)

Die Selbstsorge der pflegenden Angehörigen ist sehr wichtig, nicht nur um die familiäre Pflege über einen längeren Zeitraum zu bewerkstelligen. Sondern auch um sich selbst nicht auszubrennen. Wie bereits deutlich wurde sollen und dürfen sich

pflegende Angehörige Auszeiten nehmen, um sich etwas Gutes zu tun, das soziale Umfeld wieder zu stärken und eigene Bedürfnisse in den Fokus zu stellen. Schließlich bedeutet Pflegeübernahme nicht gleich Selbstaufgabe.

Nachdem die unterschiedlichen Lernprozesse der pflegenden Angehörigen aus der Sicht der Pflegetrainer_innen im Rahmen von Gruppendiskussionen dargestellt wurden, richtet sich nun der Blick auf die Auswertung der Angehörigenbriefe.

5. Auswertung der Angehörigenbriefe

Der nachfolgenden Auswertung lagen 48 Briefe zugrunde, die Angehörige den Pflegetrainer_innen geschickt haben. Die Briefe bekommen die Pflegetrainer_innen oft nach dem Tod des Gepflegten bzw. nach den Lernerfahrungen, die im Rahmen der Begleitung der Pflegetrainer_innen und der Durchführung der Maßnahmen gemacht werden. Dies verweist auf die zentrale Rolle, die Pflegetrainer_innen als „signifikante Andere“ (Berger/Luckmann 1969) in der Entwicklungsaufgabe der Pflegeübernahme für die Angehörigen spielen, da diese sich im Sinne eines Abschlusses oder auch Abschieds noch einmal an sie wenden und die gemeinsamen Erfahrungen, Lernschritte und den emotionalen Halt reflektieren sowie diese in ihrer Unverzichtbarkeit für die Bewältigung der Pflege hervorheben.

Im Hinblick auf die Lerneffekte der Projektmaßnahmen lassen sich die Briefe in drei grundlegende Gruppierungen kategorisieren:

- (1) *„Halte-“ und „Ankerfunktion“ und die Dimension des „seelischen Sehens“ der Pflegetrainer_innen,*
- (2) *Aufbruch und Identifizierung mit der Rolle als pflegende_r Angehörige_r,*
- (3) *Bestätigung und Institutionalisierung der Rolle der Pflegetrainer_innen als zentrale Institution für die poststationäre Versorgung.*

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien näher beschrieben und mit wörtlichen Zitaten belegt.

5.1 „Halte-“ und „Ankerfunktion“ und die Dimension des „seelischen Sehens“ der Pflegetrainer_innen

Im Mittelpunkt der Angehörigenbriefe steht die Dankbarkeit der Angehörigen, Unterstützung und Hilfe durch die Pflegetrainer_innen erhalten zu haben. Die Reaktionen der Angehörigen auf die erwähnte Vertrauensbeziehung und das Arbeitsbündnis mit den Pflegetrainer_innen werden im Folgenden anhand einiger Auszüge aus den Briefen dargelegt: „Sie haben uns sehr geholfen und unser Zusammenhalt ist immer noch da“ (Brief 21), schreiben drei Angehörige im Trauerbrief, die mit Hilfe der Pflegetrainerin ein Pflegenetzwerk gebildet haben. Die Bedeutung der Beratung und das „Halten“ stellen einen weiteren Bezugspunkt in den Briefen der Angehörigen dar. Die Pflegetrainer_innen arbeiten familienbezogen und bereiten die Familie auf die Rolle vor, nun eine pflegende Familie zu sein.

„Sie haben meinen Mann mit ihrem Besuch wirklich beruhigt, motiviert, Zukunft erklärt, auch die Krankheit und die Folgen. Dafür noch einmal vielen, vielen Dank. Der Sohn kam für meinen Mann unangemeldet, aber da freut er sich, den Grund erkläre ich Ihnen später...“ (Brief 17)

Auch Formulierungen wie „die familiäre Pflege ist aus unserem Alltag nicht mehr weg zu denken“ (Brief 7) kommen vor. In einigen Fällen nutzen die Angehörigen im Rahmen der Trauerbriefe noch einmal die Pflegetrainer_innen als „Container“ für ihre Emotionen. Im Brief 38 wird erwähnt, dass auch die Patientin mit „großer Dankbarkeit“ vom Modellprogramm „Familiäre Pflege“ gesprochen habe:

„Meine Mutter [Name] ist Donnerstagnacht gegen 23.00 Uhr gestorben. Ich möchte mich bei Ihnen noch einmal Herzlich für Ihre Hilfe bedanken. Am 5.2. ist meine Mutter mit einer schweren Lungenentzündung wieder ins X-Krankenhaus eingeliefert worden. Wir haben dann eine Kopie der Patientenverfügung für ihre Krankenakte dort abgegeben. Meine Mutter fragte mehrmals, ob wir dies auch wirklich getan haben. Es war ihr sehr wichtig. Sie sprach mit großer Dankbarkeit von Ihnen.“ (Brief 38)

Der Brief bezieht sich auf die Beratung der Pflegetrainerin im Umgang mit der Institution. Der Aspekt der Entwicklungsaufgabe, die palliative Situation zu bewältigen,

steht in weiteren Briefen im Mittelpunkt:

„Auch wenn der Weg noch so schwer war, waren und sind wir froh, dass Sie uns auf diesem Weg begleitet und unterstützt haben. Ob es uns ohne Sie gelungen wäre, so mutig und tapfer unser Schicksal anzunehmen, bleibt in Frage zu stellen – zumindest hätten wir es nie so gut meistern können. Wir hoffen und möchten Sie bestätigen, weiter diesen Weg zu beschreiten und vielen Familien und Betroffenen so zu helfen, wie Sie uns geholfen haben. Danke! In tiefer Verbundenheit [...]“ (Brief 41)

Die Pflegetrainer_innen scheinen für Angehörige auch eine „Ankerfunktion“ zu haben. So finden sich Briefe, die nur über den weiteren Verlauf informieren wollen. Vor allem nach erneuter Krankenseinweisung werden die Pflegetrainer_innen noch einmal als Vertrauensperson angesprochen.

„Mein Mann musste leider wieder ins Krankenhaus. Er hat nach mir geschlagen und mich nicht mehr erkannt und wusste nicht, dass er zu Hause war. Ins Krankenhaus musste er aber, weil an seinem schlimmen Fuß der große Zeh blau geworden ist. Leider wurde ja vom [...] die Bypass-Operation abgelehnt. Der Arzt sagte mir damals, wenn der Fuß abgenommen werden muss, wäre das ja ein Notfall, das würde gemacht. Ich verstehe nicht den Sinn. Wenn man die Bypass-OP machen würde, wäre das Problem gelöst. Können Sie mir vielleicht helfen, wenn Sie eine Klinik kennen, die solche OPs noch macht im hohen Alter? [...] Ich habe schon gehört, zuerst wird der Zeh abgenommen, dann der Fuß und dann meistens noch das ganze Bein und dann stirbt der Patient trotzdem. Das sind dann drei OPs, anstatt einmal den Bypass zu operieren.“ (Brief 16.4.)

In diesem Zusammenhang betonen Angehörige, dass sie sich im Krankenhaus im Umgang mit Expert_innen und Autoritäten häufig verloren fühlen.

„Weil bei Ihnen Menschen nicht nur ein Fall – sondern auch ein Teil des eigenen Herzens sind, machen Sie sich, so glaube ich zwar vieles schwerer, aber anderen vieles leichter. Man kann das X-Hospital nur beglückwünschen, dass Sie genau an der richtigen Stelle wirken.“ (Brief 6)

Schließlich sei auch erwähnt, dass Angehörige sich in ihrer Überforderung an die Pflegetrainer_innen wenden. So beklagt sich ein pflegender Ehemann über den Widerstand seiner demenzkranken Frau. Zunächst glaubte er „die Pflege alleine zu schaffen“, scheitert nun aber an der Verwobenheit von Ehedynamik und Demenzdynamik. Die Patientin lässt sich nun immerhin von einem Pflegedienst pflegen. Im Weiteren beklagt sich der Angehörige über die Mobilität, das Agieren und darüber, dass seine an Demenz erkrankte Frau weitere Betreuung ablehnt. Er bittet die Pflegetrainerin, seine Frau von einer Tagespflege zu überzeugen.

*„Vielleicht können Sie eine erfahrene Krankenschwester fragen, ob sie versucht, meine Frau einmal bzw. später regelmäßig in die Tagespflege zu bringen.“
 (Brief 19)*

5.2 Aufbruch und Identifizierung mit der Rolle als pflegende_r Angehörige_r

Eher ein Aufbruch und eine Identifizierung mit der Rolle sind Briefe, die eine Zustimmung zum Projekt ausdrücken:

„Ihre Kursstermine sind schon in meinem Kalender 2015 notiert.“ (Brief 39)

„Durch die sehr ambitionierte organisatorische Betreuung durch das Casemanagement des Klinikums [...] und die hilfreichen Gespräche mit [...] bekamen wir Mut, meinen Mann/unseren Vater daheim in seiner gewohnten Umgebung zu pflegen.“ (Brief 40)

Pflegetrainer_innen entscheiden mit, ob Angehörige die Herausforderung der neuen Rollen annehmen können oder sich nur überfordert fühlen:

„Dies alles und die menschliche Haltung, die Sie dabei ausgestrahlt haben, haben meinen Eltern sehr geholfen, die neue für sie überraschende Situation mit Rollstuhl und ambulanter Pflege ziemlich zuversichtlich anzunehmen.“ (Brief 29)

Auch sagen Angehörige, dass „ohne diese ermutigende Hilfestellung“ (Brief 3) die

Aufgabe nicht zu bewältigen gewesen wäre. In einem anderen Fall handelte es sich um eine palliative Pflege bei Pankreaskarzinom. Gepflegt wurde der Patient von der Schwiegertochter und dem Sohn. Obwohl die Vorstellung, einen sterbenden Patienten zu pflegen, für beide zunächst nicht vorstellbar war, haben sie mit der Unterstützung und Hilfe der Pflegetrainerin die Herausforderung angenommen.

5.3 Bestätigung und Institutionalisierung der Rolle der Pflegetrainer_innen als zentrale Institution für die poststationäre Versorgung

Dass die Pflegequalität nicht nur in der Familie, sondern auch im Krankenhaus selbst durch das Modellprogramm „Familiale Pflege“ positiv beeinflusst wird, schreibt eine Oberärztin an die Pflegedirektorin:

„Ich wende mich an Sie, weil ich Ihnen von unseren ersten Erfahrungen mit dem Einzelpflegetraining von Angehörigen berichten möchte. [...] Im zu beschreibenden Fall handelte es sich um eine Patientin, die nach sehr schwerem Verlauf nach Meningeom-Operation im apallischen Syndrom war. Über Wochen leitete Frau [Pflegetrainerin] den Ehemann auf der Normalstation in der pflegerischen Mithilfe bei der Grundversorgung an, zeigte ihm Techniken der basalen Stimulation sowie einfach Möglichkeiten der orofazialen Stimulation. Der Ehemann erlebte diese Hilfestellung auf der praktischen Ebene sehr hilfreich, konnte viele Ansätze auch in der Rehaklinik fortführen [...] Zudem beschrieb er uns wiederholt, dass es für ihn sehr wichtig gewesen wäre, die Angst vor pflegerischen Tätigkeiten zu verlieren.“ (Brief 30)

Diese Ärztin betont nicht nur die Sinnhaftigkeit des Projektes für den Angehörigen, sondern beschreibt, dass sich die gesamte Pflegekultur auf der Station durch die neue Beziehung zwischen den Angehörigen und der Pflege positiv verändert habe.

„Neben dem individuellen Aspekt, der in diesem Fall für die Patientin und den Ehemann eine sehr wichtige Erfahrung war, muss auch betont werden, dass es zu einer Kompetenzerweiterung der anderen Pflegekräfte auf der Neurochirurgie kam, indem sie die Techniken übernehmen konnten und sie für uns stets Ansprechpartner war.“ (Brief 30)

Den Prozessbezug des gesamten Programms nennen zwei Briefe, die deutlich den Lernprozess als Ganzes beschreiben: Im Krankenhaus werden bereits „erste Übungen zum Beispiel Bett-Stuhl-Transfer, Stoma-Versorgung, und einige Übungen“ (Brief 28) gezeigt. Es folgen Hausbesuche, bei denen die Angehörigen „Techniken und Tricks“ (Brief 28) lernen, die „in der Folgezeit sehr nützlich waren“ (Brief 28). Betont werden auch die Gespräche, „die viel Mut für die Zukunft machten“ (Brief 28). Es folgte ein Pflegekurs, der „in einer angenehmen Atmosphäre stattfand und praktische wie theoretische Hilfestellungen umfasste“ (Brief 28). Hier bekam die Angehörige auch „Mut für die Pflege zu Hause“ (Brief 28). „Was mir unter anderem auch half, war der Erfahrungsaustausch mit den anderen Teilnehmern über den Pflegealltag und in meinem Fall die Pflegebeziehung zu meiner Mutter“ (Brief 28). Die Angehörige betont auch, dass sie weiterhin mit den Pflegetrainerinnen in Kontakt steht und diese Ansprechpartnerinnen bleiben (vgl. Brief 28).

Eine große Bedeutung hat das Programm für die Angehörigen bei plötzlichem Eintreten der Pflegesituation.

„Mein Mann wurde durch einen Sturz über Nacht zu einem Pflegefall und ich stand völlig hilflos da und fragte mich ‚was soll ich machen?‘“ (Brief 49). „In dieser ohnmächtigen Situation kam wie ein Engel Frau [Pflegetrainerin] auf mich zu. Schon alleine die Tatsache, dass ich nicht mehr alleine dastand, war tröstlich.“ (Brief 49)

Es folgt nun die Beschreibung des guten Rates durch die Pflegetrainerin, die Bedeutung der Hausbesuche und die Betonung, dieses Projekt weiterhin zu erhalten, weil es „eine große Hilfe für pflegende Angehörige, die in ihrer Not oftmals übersehen werden“, sei (Brief 49).

Insgesamt weisen die Briefe auf eine hohe Ähnlichkeit der Wahrnehmungen der Angehörigen über ihre Situation im Vergleich mit den Wahrnehmungen der Pflegetrainer_innen hin. Phasen des Rollenlernens, die Bedeutung des Arbeitsbündnisses, die Dimension des „seelischen Sehens“, die expressive Unterstützung, die Bedeutung der Alltagsorientierung und schließlich der Charakter von Pflege, sowohl als Rolle, wie auch als Entwicklungsaufgabe im Sinne des Projektes, werden bestätigt.

6. Literaturverzeichnis

Auchter, T. (2000): Das Halten und seine Bedeutung in der allgemeinen und der psychotherapeutischen Entwicklung. In: Wege zum Menschen, Heft 52. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 464-476.

Berger, P., Luckmann, T. (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt/M.: Fischer.

Blomenkamp, L. / von Kamen, R. / Lagedroste, C. / Seifen, S. (2014): Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation. Evaluationsbericht des Projekts: „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“.

Briefe von Angehörigen an die Pflegetrainer_innen (unveröffentlicht). (Sammlung 2015)

Dahrendorf, R. (2006): Homo Sociologicus. ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle. 16. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.

Franke, L. (2005): Demenz in der Ehe. Über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung in der psychosozialen Beratung für Ehepartner Demenzkranker. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

Gröning, K., Rensing, E. (2002): Rollenlernen von pflegenden Angehörigen. Praxis der Angehörigenarbeit in den stationären Altenhilfeeinrichtungen – Kritik und Impulse für die Konzeptentwicklung (unveröffentlicht).

Gröning, K. (2007): Berührbarkeit und Generationenbildung. Überlegungen zu einem Bildungsbegriff in Zeiten demografischer Veränderungen. In: Erziehung – Ethik – Erinnerung, hg. v. Andresen, S., Pinhard, I., Weyers, S. Basel: Beltz-Verlag, S. 60–74.

Gröning, K. (2011): Die pflegende Familie. Sozialpsychologische Dimensionen und wissenschaftliche Grundlagen des Modellprogramms. Universität Bielefeld.

Gröning, K. (2014): Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. 6., umfassend überarb. Auflage, Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

Gruppendiskussion Schleswig (2015): Transkript (unveröffentlicht).

Gruppendiskussion Holstein (2015): Transkript (unveröffentlicht).

Gruppendiskussion Neustadt (2015): Transkript (unveröffentlicht).

Haslbeck, J. W., Schaeffer, D. (2007) Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit. In: Pflege 20, S. 82-92.

Krappmann, L. (2010): Soziologische Dimension der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. 11. Auflage, Stuttgart, Klett-Cotta.

Kunstmann, A.-C. (2010): Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit: Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen; eine Diskursanalyse. 1. Auflage, Wiesbaden: VS-Verlag.

Nadig, M. (1986): Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopschoanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko. Frankfurt/M.: Fischer.

Nauck, B. (2006): Der individuelle und der kollektive Nutzen von Kindern. In: Demografischer Wandel: die Stadt, die Frauen und die Zukunft. S. 103-117. Verfügbar unter: <https://www.sowi.hu-berlin.de/de/lehrbereiche/mikrosoziologie/profbert-ram/publikationen/2007/generationenkonfliktnrw.pdf>. Zugriff am 9. Oktober 2015.

Negt, O. (2011): Der politische Mensch – Demokratie als Lebensform. In: Forum Supervision Heft 38, Jg. 19, Frankfurt/M: Fachhochschulverlag, S. 32-42.

Rosenthal, G. (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt/M./New York. [Zugl.: Habilitationsschrift, Gesamthochschule Kassel, 1993].

Sammlung Kurzkomentare (2015): Kurzkomentare der Pflegetrainer_innen aus den Mittelanforderungen des Modellprogramms Familiäre Pflege (unveröffentlicht).

Wilkening, K. (2000): Dimensionen und Auswirkungen familiärer Pflege. Ein Analyseraster zur Angehörigenarbeit. In: Arnold, K., Hedtke-Becker, A.: Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt/ M.

Wilkening, K. (2001): Angehörigenarbeit und Abschiedskultur: Begegnung mit dem Tod als Chancen individueller und institutioneller Entwicklungsprozesse. In: Haus Neuland (Hrsg.): Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Tagungsdokumentation Praxis der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Bielefeld.