

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1997-1998)

Heft: 59

Artikel: Evaluation der Spazierbegleitung von Alzheimerpatienten im Projekt SAMES

Autor: Chen, Susanne / Krempels, Johann / Hornung, R.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790103>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Evaluation der Spazierbegleitung von Alzheimerpatienten im Projekt SAMES

aus der Lizenziatsarbeit von Susanne Chen und Johann Krempels*
eingereicht bei Prof. R. Hornung

Die Arbeit wurde durch einen Beitrag der Schweizerischen
Alzheimervereinigung ermöglicht, wofür wir danken.

Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse zu SAMES

Das Pilotprojekt SAMES wird von allen Beteiligten als grosser Erfolg bewertet. Die wirksame Umsetzung als Gesundheitsversorgung für eine breite Bevölkerungsschicht setzt zielgruppenspezifische Informationen voraus. Dabei müssen alle Betroffenen (Angehörige von Alzheimerpatienten, professionelle und freiwillige Hilfsdienste) für eine gute Zusammenarbeit sensibilisiert werden.

- Wirksame gesundheitliche Förderung bei der 3. Altersgeneration muss bestehende soziale Netzwerke einbeziehen, wie z. B. Nachbarschaftshilfen oder freiwillige Hilfsdienste.
- Die Rolle der Experten ist eine komplementäre zu derjenigen der freiwilligen HelferInnen. Somit müssen sich bestehende Expertensysteme vermehrt an bestehende soziale Strukturen anpassen und diese nicht wie bisher üblich an sich angleichen.
- Zukünftige Gesundheitsinterventionen sollten im Sinne der Autonomieerhöhung auf bestehende Ressourcen bei der Gruppe der SeniorInnen zurückgreifen. Der dabei stattfindende soziale Austausch soll nur soweit wie nötig von Experten moderiert werden.
- Neben der strukturellen Stützung und der Bereitstellung der notwendigen materiellen Ressourcen müssen die Selbsthilfepotentiale effizient durch individuell angepasste Beratungsangebote erweitert werden. Konkret für die Angehörigen der Alzheimerpatienten ist somit eine konstante Bereitstellung von verschiedenen Hilfsangeboten zu gewährleisten, die auch den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der pflegenden Angehörigen gerecht werden können.
- Für den systematischen Ausbau eines freiwilligen HelferInnen-netzes gilt es, die Ressourcen der gesunden Altersbevölkerung einzubeziehen.

beide Psychologisches Institut, Abtlg. Sozialpsychologie, Uni Zürich

- Die wirksame Umsetzung als Gesundheitsversorgung setzt voraus, dass alle Betroffenen – auch praktizierende Ärzte – für eine gute Zusammenarbeit mit freiwilligen Helfern sensibilisiert werden.
- Für die Abdeckung eines immensen Aufklärungsbedarfs bei den Betroffenen und der Öffentlichkeit sollen vermehrt erfahrene Laien und Experten zusammen in die Planung und Umsetzung von adäquaten Interventionen einbezogen werden. Dabei muss inhaltlich auf die Annahme und Gabe sozialer Unterstützung fokussiert werden.

1. Auswertung der Angehörigeninterviews

Die vorliegende Auswertung der Interviews soll deskriptiv über alle im Projekt SAMES erfassten Ehefrauen von Alzheimerpatienten einen Überblick der Pflegesituation geben. Darauf aufbauend werden die Fallanalysen von zwei pflegenden Ehefrauen und einer Partnerin eines Spazierbegleiters vorgenommen, welche die individuellen Situationen verdeutlichen.

Die Interviews wurden von geschulten SeniorenforscherInnen durchgeführt, die speziell in die Technik der qualitativen Interviewführung eingewiesen worden waren. Ziel dieser Methode war es, mit dem Einsatz von altersgleichen InterviewerInnen eine dem Untersuchungsgegenstand entsprechende Datenbasis zu erhalten, die den Denk- und Wertesystemen dieser Generation entspricht. Daher wurden bereits bei der Leitfadenkonstruktion die SeniorenforscherInnen aktiv einbezogen und aufgrund von realen Probeinterviews die Endfassung des Leitfadens formuliert. Für die Endfassung wurden in einer Gruppensitzung zusätzlich zwei Spazierbegleiter beigezogen, um die bestehenden Erfahrungen im Projekt für das Forschungsinstrument zu nutzen.

1.1. Kontaktaufnahme mit den Angehörigen

Innerhalb des festgelegten Evaluationszeitraums der Datenerhebung wurden von den Spazierbegleitern 12 Kontaktaufnahmen an die Forschungsstelle gemeldet. Drei Kontaktaufnahmen wurden nicht weiter verfolgt, weil die betreuten Personen in einem Altersheim oder Krankenhaus untergebracht waren und keine Verwandtenbeziehungen mit Betreuungsübernahme vorlagen. Bei den erfassten pflegenden Angehörigen handelt es sich um neun Frauen.

Vorgängig zur Kontaktaufnahme durch die InterviewerInnen wurde die Befragung von den EvaluatorInnen brieflich bei den beteiligten Angehörigen

angekündigt. Dabei wurde auf die Bedeutung im Projekt SAMES und die Zielsetzung der Ressourcenklärung ins Zentrum gerückt.

Von den neun bekannten Angehörigen erklärten sich acht für ein Interview bereit. Die Verweigerungsgründe der nicht einbezogenen pflegenden Angehörigen waren vor allem die Scheu, ihre Belastungssituation anderen Personen zu offenbaren. Eine der kontaktierten Frauen musste nach einer Operation in einen längeren Kuraufenthalt und war für die InterviewerInnen nicht erreichbar. Die zweite Frau konnte wegen eines Todesfalles bei den SeniorenforscherInnen nicht befragt werden. Ein Interview musste wegen technischer Mängel wiederholt werden. Die Zusage zu den sieben vorliegenden Interviews wurde nur unter grossem Engagement der SeniorenforscherInnen erreicht. Teilweise berichteten diese über längere Telefongespräche im Vorfeld der Befragung.

1.2. Demographie der pflegenden Angehörigen und Demenzkranken

Bei allen Interviewten handelt es sich um Frauen. Diese sind zwischen 55 und 79 Jahre alt. Der jüngste Patient ist 58 und der älteste 79 Jahre alt. Vereinzelt gehen die Frauen noch teilzeitlichen Beschäftigungen nach, in einem Fall sogar in der Hauspflege. Ausser einer Frau, die mit ihrem Mann im Altersheim wohnt, leben alle mit ihrem pflegebedürftigen Ehepartner in ihrer Wohnung. Nur die Frau im Altersheim hat ihren Mann bereits für ein Pflegeheim angemeldet. Bei ihrem Partner handelt es sich als einzigem nicht um einen dementen Patienten, sondern um einen Patienten mit Hirninfarkt. Vor allem die älteren Frauen benutzen öffentliche Verkehrsmittel und eine Frau berichtete sogar vom Rollstuhleinsatz für ihren kranken Mann bei längeren Spaziergängen und Einkaufstouren.

1.3. Belastung der Angehörigen und Entlastungswünsche

Von allen befragten pflegenden Partnerinnen wird die Betreuung des dementen Partners als eine Rund-um-die-Uhr-Aufgabe bezeichnet. Die Zeiträume der Demenzerkrankungen der betreuten Personen sind sehr unterschiedlich und reichen von einem knappen Jahr bis zu sechs Jahren. Diese Zeiträume spiegeln jedoch keineswegs eine direkt abhängige Belastungssituation in dem Sinn, dass je länger die Betreuung andauert, umso grösser auch die Pflegebelastung ausfällt. Da die Diagnosestellung Alzheimer für viele Hausärzte anhand der erfassten Symptome nicht von Anfang an eindeutig gefällt werden kann, liegt eine allmähliche Erkennung und somit auch eine verzögerte Offenbarung für die betroffene Partnerin vor.

Vorgängig reagierten alle Partnerinnen mit Unverständnis über das veränderte Verhalten der Ehemänner, wie z. B. Desorientierung im Arbeits-

bereich, verminderte Gedächtnisleistungen, Nicht-Erinnern von Abmachungen, konsternierender Kommunikationsstil mit Bekannten und Verwandten, bis hin zu plötzlichen körperlichen Tätlichkeiten wie Schlagen. Für alle befragten Personen waren diese Persönlichkeitsänderungen ihres Partners unverständlich und hinterliessen Ohnmachtsgefühle und Wut. Die meisten reagierten in dieser ersten Krankheitsphase des Partners unwirsch und machten ihren Männern Vorwürfe, bis sie sich dann über die Diagnosestellung des Arztes das geänderte Verhalten des Partners erklären konnten. Bei den meisten der Frauen setzte hier eine eigentliche Krise ein, die je nach Wissen zur Demenz und ihrer sozialen Einbindung verschieden stark ausfiel. Das Bewältigungsverhalten verlief primär mit Rückzug auch gegenüber nahen Familienangehörigen. Ausser einer Frau, die früher bereits in der Alterspflege tätig war, wurden alle Partnerinnen durch Professionelle über das Ausmass und die sekundären Auswirkungen dieser Krankheit aufgeklärt.

Ab diesem Zeitpunkt sollte aus einer rein kognitiven Sicht das Problem für die Partnerinnen bekannt sein und die aktive Suche nach Entlastung einsetzen. Bevor jedoch die aktive Umstrukturierung des Alltags einsetzt, müssen diese Frauen einen realistischen Überblick der stark belastenden Pflegesituation und eine höhere Selbstaufmerksamkeit entwickeln. Durch die pragmatische Anforderung des Pflegealltags, wird dieser Prozess der Selbsterkennung oft verhindert. Dem Situationsnotstand gehorchend, verbleiben die vorhandenen Ressourcen, um von Tag zu Tag die notwendigsten Alltagsverrichtungen zu erledigen, ohne weitergehende Handlungsalternativen planen und mobilisieren zu können.

Dies stellt insgesamt die Phase der grössten Belastung für die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken dar, bis dann durch das Coming-out im engen Freundeskreis und später auch bei Bekannten und der Nachbarschaft die eigentliche Unterstützungssuche im sozialen Netz einsetzt. Zwei der sieben befragten Frauen haben diesen Coming-out-Prozess noch nicht ganz abgeschlossen. Sie versuchen vor allem in der näheren Wohnungsumgebung und Nachbarschaft, das Bild einer gewöhnlichen Partnerschaft aufrecht zu erhalten. Diese Frauen fokussieren zusätzlich stark auf vorhandene positive Erinnerungen mit ihren Männern. Teilweise geht dieses Vermeidungsverhalten sogar soweit, dass auch bei den nächsten Familienmitgliedern keine Hilfe angefordert wird. Neben der eigenen Pflegebelastung werden jedoch Aufgaben der Kinderbetreuung von Enkeln, in einem Fall sogar die externe Hauspflege bei fremden Personen, aufrecht erhalten.

Durch die Einbindung in die Selbsthilfegruppe der Alzheimerangehörigen via Memory-Klinik Entlisberg, den Regionalstellen von Alzheimerangehörigen in Horgen oder Winterthur, setzt ein wichtiger Bewältigungsprozess bei den

meisten Frauen ein. Hier werden durch zusätzliche Entlastungsangebote, wie Alzheimerferien im Tessin für Angehörige und Patienten – oder nur für Patienten – die Grundlagen dafür geschaffen, dass die eigene Pflegesituation im Vergleich mit anderen relativiert werden kann. Über die Hälfte der Frauen berichtet von der tragenden Funktion der Selbsthilfegruppe für Alzheimerangehörige, wo sie einen hohen Anteil emotionaler, sozialer und organisatorischer Unterstützung erhalten. Zusätzlich bietet dieser Austausch über die Erfahrungsberichte der anderen Angehörigen konkrete Handlungsalternativen, die je nach persönlicher Situation in das eigene Handlungsrepertoire einbezogen werden können. Ab diesem Zeitpunkt setzen auch die meisten aktiven Entlastungssuchen ein. Dies ist übrigens auch der Zeitpunkt, wo die Spazierbegleiter aus dem Projekt SAMES angefordert werden.

1.4. Erlebte Entlastung der Pflegearbeit

Am wichtigsten ist der Wunsch nach Entlastung durch Tageskliniken. Die meisten der befragten Frauen organisieren 1-2 Tage Klinikaufenthalt pro Woche für ihren dementen Partner. Eine Frau berichtete von schlechten Erfahrungen mit der Tagesklinik, weil ihr Mann dort bevormundet und unsensibel behandelt würde. Sie stellte daraufhin diese Tagesklinikbesuche ein. Als zusätzliche regelmässige Entlastung wird die Aktivität des Spazierbegleiters aufgeführt. Regelmässigkeit im Besuchsmodus und gute gegenseitige Absprachen scheinen dabei diese Einsätze durch die Senioren zu charakterisieren. Vereinzelt wurde noch von Spitex-Entlastungen berichtet. Mit den nahen Familienmitgliedern, zumeist Töchter oder Schwiegertöchter, werden regelmässige Treffen vereinbart. Für alle befragten Frauen enthielt die Erhaltung des Familienkontaktes auch eine Entlastungskomponente. Einzelne Frauen erzählten auch von Frauen-Freundschaften, die in dieser Situation eine wichtige Entlastungsressource darstellen.

1.5. Soziale Unterstützung

Die bestehenden sozialen Unterstützungssysteme bekommen eine wichtige Funktion bei der Bewältigung der Pflegebelastung. Primär berichten alle Frauen vom professionellen Unterstützungssystem des Arztes und der Memory-Klinik. Eine Frau schilderte auch die Überforderung des Hausarztes, so dass sie sich einem jüngeren und neu zugezogenen Arzt zuwendete. Diese Frau verfügte mit ihrer Pflegeerfahrung als einzige über das Wissen, um diese professionelle fachspezifische Überforderung wahrzunehmen.

Im bestehenden sozialen Unterstützungssystem durch Laien versuchen die meisten Frauen, ihre Rolle als Unterstützungsgeberin aufrecht zu erhalten. Unter der gegebenen Pflegesituation wäre hier eine Umorientierung in der Rolle von der Unterstützungsgeberin hin zur Hilfesuchenden dringend nötig,

oder zumindest eine Erweiterung auf die zweite Rolle. Dies scheint jedoch bei den hier beschriebenen Frauen meistens sehr schwierig zu sein. Ein Lernfeld für die neue Rollenübernahme als Hilfesuchende ist die Selbsthilfegruppe der Alzheimerangehörigen. Hier geschieht eine von Professionellen geführte Rollenklärung zwischen den bestehenden Anforderungen als Partnerin, Mutter, Tochter, Hilfsgeberin und Hilfesuchende. Dies geschieht jedoch in einem langwierigen Prozess. Frühere Berufserfahrungen im Pflegebereich erhöhen anscheinend die Sensibilisierung für ein bevorstehendes Burnout durch Selbstüberforderung. Die professionelle Selbstreflexion kann in dieser persönlichen Pflegebelastung gewinnbringend für die eigene Bewältigung eingesetzt werden und gilt somit als wichtige kognitive Ressource.

Die Unterstützung der Familie wird vor allem durch die klar strukturierten Besuchsregelungen unter der Woche und am Wochenende, als auch mittels teilweise gemeinsam verbrachte Ferien gewährleistet. Hier ist die Ausprägung der beschriebenen Unterstützungsleistung sehr heterogen. Die meisten Frauen berichteten von regelmässigen Familienkontakten, wobei teilweise die Kinder ihren Vater zeitweise auch bei sich zu Hause oder in seiner Wohnung betreuen. Der Kontakt zu den Enkelkindern scheint oft eine wichtige Bindungsfunktion zu gewährleisten und durch den spontanen Umgang eine spezifische emotionale Bewältigungsressource zu mobilisieren. Eine Frau schildert die Überforderung der eigenen Kinder mit der "leichten Pflegebelastung" bei tageweisen Entlastungsversuchen. Interessant ist die Beobachtung einer Mutter, wonach ihre Kinder untereinander intensive Gespräche über den Zustand des Vaters führten, sie selber jedoch davor verschonen wollten und mit ihr kaum über den Gesundheitszustand ihres Mannes redeten. Oft bringen die Frauen zum Ausdruck, dass sie den anderen Verwandten bei dieser schwierigen Bewältigung beistehen müssen, obwohl sie selbst durch die Situation überfordert sind.

1.6. Projekt SAMES und Spazierbegleiter

Alle befragten Frauen sind sehr dankbar für die Pflegeentlastung durch das Projekt SAMES. Folgende Interventionskomponenten werden in den Interviews angesprochen: der gemeinsame Spaziertreff am Bürkliplatz, die individuellen Kontakte zu den Spazierbegleitern und das Tanzcafé. In der Befragung kommt jedoch auch zum Ausdruck, wie wichtig die anderen vom Stadtärztlichen Dienst angebotenen Interventionsansätze sind: Abklärung an der Gerontologischen Beratungsstelle Entlisberg, Selbsthilfegruppe und Alzheimerferien im Tessin. Im folgenden werden jedoch nur die projektbezogenen Aussagen wiedergegeben. Der Spaziertreff am Bürkliplatz scheint zum Zeitpunkt der Befragung (nasskaltes Spätherbstwetter) von den Frauen

kaum thematisiert worden zu sein. Eine Frau äusserte sich eher negativ dazu, dass in diesem Grossgruppenverband kaum ein guter Erstkontakt zu den Spazierbegleitern hergestellt werden könne. Viel wichtiger scheint die private Einladung nach Hause zu sein, damit sich die Patienten in Ruhe auf die neue Bekanntschaft einlassen können.

Der Kontakt zu den Spazierbegleitern ist für alle befragten Partnerinnen sehr gut verlaufen. Sie heben vor allem das grosse Einfühlungsvermögen dieser Männer hervor und auch die Flexibilität, sich auf ihre individuellen Entlastungswünsche einzulassen. Die verrichteten Aufgaben werden von den üblichen Spaziergängen, über regelmässige telefonische Kontakte, vereinzelt sogar Spaziergänge zu viert (die Partnerinnen lernten sich untereinander auch kennen), bis hin zu regelmässigen Mittagessen geschildert. Zwei Frauen empfinden diese Kontakte zu den Spazierbegleitern als grosse Glücksfälle, wonach sie in der Person dieses freiwilligen Helfers einen neuen Freund gefunden haben. Teilweise wird auch die Beziehung zwischen Spazierbegleiter und dementem Patient als Freundschaft beschrieben.

Die Veranstaltungen des Tanzcafés für Demenzzranke, Angehörige, Spazierbegleiter und deren Partnerinnen, sowie von der Gerontologischen Beratungsstelle organisiert, werden nicht von allen befragten Frauen besucht. Die Teilnehmenden berichten vor allem über die neugeknüpften Kontakte und die Möglichkeit, in lockerer Atmosphäre auch die Frauen der freiwilligen Helfer kennenzulernen.

1.7. Erfahrung der pflegenden Angehörigen im Projekt SAMES

Die bekannten Bewältigungsschritte von pflegeleistenden Angehörigen treffen in besonderer Ausprägung auch für die befragten Frauen zu. Es handelt sich dabei um folgende Phasen:

- Verunsicherung über verändertes Verhalten der Partner
- Erleichterung bei der klaren Diagnosestellung durch den Arzt
- Ohnmacht-, Trauer- und/oder Wutgefühle über den erlittenen Schicksalsschlag
- Teilweise Rückzug und Isolation in Alltagsverrichtungen
- Meidung der Öffentlichkeit
- Schonung der Familienangehörigen und Aufrechterhalten der eigenen Rolle als Unterstützerin
- Teilweise Unfähigkeit, Hilfe aktiv einzufordern
- Suche nach Gleichgesinnten und Auseinandersetzung in der Selbsthilfegruppe
- Mit Hilfe von professionellen Helfern wird die eigene Pflegebelastung geklärt
- Rollenrevision als Partnerin, Mutter und Frau
- Aktive Suche nach Pflegeentlastung.

Für alle diese Bewältigungsschritte lassen sich die Aussagen der befragten Frauen heranziehen. Der Beizug der Spazierbegleiter erfolgt meistens erst bei den zuletzt aufgeführten Phasen. Dabei scheint es wichtig zu sein, dass die Männer mit einer unvoreingenommenen Haltung in diese Situation einsteigen. Alle Frauen erzählten von sehr aufmerksamen und einfühlsamen Senioren, die der anspruchsvollen Aufgabe gewachsen sind. Sie waren froh über die entgegengebrachte Flexibilität in bezug auf die Terminabsprachen und hatten vollstes Vertrauen in die Fähigkeit dieser freiwilligen Helfer. So ist es nicht erstaunlich, dass die Senioren oft über die eigentliche Tätigkeit der Spazierbegleitung hinaus zu Begleitern und Beratern der belasteten Frauen wurden. Davon zeugen die erwähnten telefonischen Kontakte genauso wie auch die Abmachungen zu viert, wo sich beide Ehepaare kennenlernten. Insgesamt wird der Einsatz der Männer aus Sicht der pflegenden Frauen als grosser Erfolg gewertet.

2. Fallanalysen von pflegenden Angehörigen Demenzkranker und einer Partnerin eines Spazierbegleiters

Die vorliegende Textanalyse wurde mit Hilfe des qualitativen Textanalyseprogramms ATLAS.ti (Muhr, 1991) vorgenommen. Dabei wurden drei Fälle aus einem Betreuungsverhältnis als Prototypen zur Generierung der Kategorien herangezogen. Anhand einer Matrix lassen sich Unterschiede zwischen den pflegenden Ehefrauen eines Demenzkranken und den nicht direkt involvierten Partnerinnen des freiwilligen Spazierbegleiters, sowie individuelle Unterschiede der Pflegesituationen ableiten. Zur klaren Darstellung im nachfolgenden Text werden die Angehörigen mit A und der eingeführten Besprechungsreihenfolge gekennzeichnet. So bedeutet A1, dass diese Fallbesprechung das zuerst analysierte Gesprächsmaterial einer Angehörigen eines dementem Patienten ist. P1 steht als Abkürzung des ersten analysierten Interviews der Partnerin eines Spazierbegleiters.

2.1. Zwei Fallanalysen von zwei unterschiedlich belasteten Frauen im selben Pflegefall

Die zwei vorliegenden Interviews wurden wegen der Gesprächstiefe und wegen des gemeinsamen Bezuges zum selben betreuten Alzheimerpatienten als primäre Vergleichsanalyse ausgewählt. Bei der pflegenden Angehörigen (A1) handelt es sich um eine 60jährige Frau. Die Partnerin des Spazierbegleiters wurde als eine sozial engagierte Frau ausgewählt, die ihren Mann indirekt zur Tätigkeit als Spazierbegleiter heranzuführte.

Der Bereich der Alltagserledigungen (Einkauf, Haushalt, Kochen) ist für die pflegende Partnerin A1 eine Belastung, da sie in diesem Bereich nicht auf ihren Partner als Entlastung zählen kann. Bei der hier ausgewählten Part-

nerin des Spazierbegleiters P1 hilft der Ehemann selbständig bei den alltäglich anfallenden Aufgaben rund um den Haushalt. P1 berichtet zusätzlich von einer autonomen Beziehung zu ihrem Mann, wobei eigenständige Aktivitäten für sie einen wichtigen Platz einnehmen. Im Gegensatz dazu erzählt A1 von einer symbiotischen Beziehung, wonach sie sich seit ihrer Jugend als "Teilexistenz" ihres Mannes empfindet. In ihrer Bewertung ist jedoch gerade diese Symbiose eine wichtige Quelle der Bewältigung und des Umgangs mit der belastenden Pflegesituation. Ihr Coming-out ist zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht ganz abgeschlossen, da nur die Familie und gute Bekannte in die Krankheit des Mannes eingeweiht wurden. Weitere Bewältigungsschritte sieht A1 vor allem in der Annahme von Hilfe und in einem verbliebenen Humor beim Kontakt mit den Familienmitgliedern und mit dem Spazierbegleiter. Zum Zeitpunkt des Interviews bestand eine rapide Verschlechterung des Gesundheitszustands des dementen Partners. Darauf reagierte A1 mit einer verstärkten Anbindung der Pflegearbeiten an sich. Zum Spazierbegleiter wurde der Kontakt über regelmässige Telefonate und wöchentliche Mittagessen zusammen mit dem Patienten aufrecht erhalten. Ansonsten wollte A1 - auch von ihren Kindern - so wenig wie möglich Hilfe annehmen. Bei vollkommenen Überlastungssituationen infolge andauernder Nachtaktivität ihres dementen Partners blieb ihr nichts anderes übrig, als die Betreuungshilfe ihrer Kinder anzunehmen. Durch die freundschaftliche Beziehung zum Spazierbegleiter hat A1 zusätzlich die Möglichkeit, bei Bedarf eine externe Hilfe anzufordern. Jedenfalls bezeichnet sie diese Bekanntschaft zum freiwilligen Helfer als "grossen Glücksfall". Aus den Tagebuchaufzeichnungen des Spazierbegleiters kann mitverfolgt werden, wie stark ihn der unsichere Krankheitszustand seines "neugewonnenen Freundes" belastet. Auch P1, als Partnerin des Spazierbegleiters, bestätigt die enorme Belastung und Unsicherheit bei ihrem Mann bezüglich des künftigen Krankheitsverlaufs des betreuten Patienten.

Hiermit kommt indirekt zum Ausdruck, dass P1 für dieses Pflegesystem einen wichtigen Anteil an emotionaler Unterstützung über die Beziehung zum freiwilligen Helfer einbringt. Sie hat übrigens einen grossen Teil ihres Lebens darauf verwendet, von Frauen getragene freiwillige Hilfsdienste aufzubauen und mitzuorganisieren. Bei der Befragung berichtet P1 über verschiedene Aktivitäten im Vorstand des Frauenvereins als Kassierin, über die wöchentlichen Besuche im örtlichen Altersheim, wo sie mit den Betagten Karten spielt oder einen Spaziergang macht und über die vorweihnachtlichen Besuche bei hochbetagten Personen zu Hause. Das Gespräch mit ihr zeigt auf, wie differenziert und engagiert diese Hilfeleistungen von Frauen organisiert werden. Über die Tätigkeit ihres Partners als Spazierbegleiter und die entfernte Bekanntschaft im Quartier einer dementen Frau wurde P1 dazu angeregt,

sich mit dem Thema Demenz auseinanderzusetzen. Im Grunde genommen kann P1 jedoch als das wichtigste Vorbild für ihren Mann angenommen werden, weil er durch ihre Hinweise die freiwillige Helfertätigkeit als Rotkreuzfahrer begann, die zum Einsatz als Spazierbegleiter führte. Der grosse soziale Tätigkeitsbereich von P1 bedingt natürlich einen grossen Kreis an sozialen Kontakten, so dass sie zur Zeit der Befragung neben den geleisteten vorweihnachtlichen Aktivitäten kaum mehr Zeit für ihre Partnerschaft findet. Dem Interviewer wird dies als saisonal bedingte Helferinnenbelastung geschildert.

Die Leistungsfähigkeit beider Frauen scheint somit enorm hoch zu sein, wobei P1 über einen grossen Aktionsradius verfügt, in dem sie auch sehr vielfältige Aufgabenstellungen erledigt. Bedingt durch die verschiedenartige Belastungssituation interagiert A1 vor allem im Kreis ihrer Familie, wo sie teilweise auch noch gerne die Enkelkinder betreut. Zusätzlich hierzu müssen zur genauen Diagnoseklärung des dementen Partners viele Expertenkontakte aufgenommen werden. Dazu kommt der nicht alltägliche Umstand, dass der Sohn von A1 Arzt ist und sich für sie der Zugang zum Expertensystem generell anders gestaltet als bei P1. Die Partnerin des Spazierbegleiters (P1) berichtet vor allem von ihrer Rolle als freiwillige Helferin bei Expertensystemen, sowie von den oben beschriebenen Aktivitäten im Laiensystem der Frauenorganisationen.

Im Verlaufe der Befragung offenbarte P1 eine zurückliegende Lebenskrise wegen einer schweren Erkrankung. Der Unterschied zu A1 liegt dabei vor allem im Betroffenheitsgrad, weil P1 selbst von der Krankheit betroffen war. Dieses biographische Ereignis wurde während des Interviews zum Ausgang genommen, um die subjektive Bewältigung zu ergründen. Äusserlich war die lebensbedrohende Krankheit kaum sichtbar und kann mit dem Anfangsstadium der Demenz nur insofern verglichen werden, als ein Coming-out-Prozess beiderseits möglich ist, im Falle einer heilbaren Krankheit wie bei ihr jedoch nicht zwingend erfolgen muss. P1 berichtete über den anfänglichen Einbezug ihres Mannes und der nahen Familienmitglieder, sowie sehr guter Freundinnen, bei denen sie sich aussprechen konnte. Da die Genesung gut verlief, wurden Nachbarn und entfernte Bekannte gar nie über ihre Krankheit informiert. Die von P1 beschriebene Bewältigungsstrategie erklärte sie damit, vor allem nicht in Selbstmitleid zu verfallen und sich nicht von sozialen Kontakten zurückzuziehen, obwohl der anfängliche Diagnoseschock dazu verleitet hätte. Als wichtigsten Unterstützer bezeichnet P1 ihren Mann, von dem sie emotionale Stützung erhielt, der ihr Mut zusprach, Arbeiten abnahm und, wo es ging, kleinere Gefälligkeiten erwies. Die Familienbiographie von P1 zeigt zusätzlich auf, wie bereits die POS-Diagnose (POS = Psychoorganisches Syndrom) bei ihrem Sohn die Auseinandersetzung um Krank-

heit, das Coming-out und familiäre Rollen in der Betreuung bereits durchlaufen werden konnten. Dieser Erfahrungshintergrund kann von beiden Partnern bei einer neuen Krise als Basisverständnis genutzt werden. Dies steht ganz im Gegensatz zur pflegenden Ehefrau A1 des dementen Patienten, die über keinerlei familiäre Gesundheitsbeeinträchtigungen aus ihrer Biographie berichtete.

Bei der Betrachtung der individuellen Situation von A1 wird die hohe Anforderung an Angehörige mit Demenzkranken sichtbar. So betrachtet sind die Persönlichkeitsveränderungen beim dementen Partner der pflegenden Ehefrau auch eine zusätzliche Belastung in ihrer qualitativen Ausprägung. Der fortschreitende Gehirnabbau und der Gedächtnisverlust erschweren zunehmend die Kommunikation unter diesen Partnern. Die übersteigerten Emotionen des Patienten werden von A1 zwar humorvoll als endlich stattfindende Liebesbeweise in der Öffentlichkeit taxiert. Jedoch wird für A1 die veränderte Beziehungsfähigkeit, die übersteigerte Anhänglichkeit mit dem einhergehenden Autonomieverlust vor allem des Partners zu einer alltäglichen Belastung. Gemäss ihrer Darstellung ist dies keinesfalls ein persönlicher Freiheitsverlust. A1 versucht zwar, so gut es geht die Ressourcen des dementen Partners im Alltag zu fördern. Doch lässt sich dies nur durch eine Betreuung rund um die Uhr bewerkstelligen, was wiederum die Isolation von sozialen Beziehungen bedeutet. In der Kernfamilie wird somit ihre Rolle als Hilfsgeberin zunehmend durch die Lebensumstände abgelöst, nämlich durch die Rolle einer Person, die Hilfe braucht. Über die soziale Interaktion mit dem Spazierbegleiter kann A1 unbelastet von früheren Rollenbildern neue Verhaltensweisen ausprobieren, wo sie es zulassen kann, dass sie Hilfe erhält. Doch wurde auch diese Erfahrung erst durch Hinweise in der Selbsthilfegruppe von Angehörigen junger Alzheimerpatienten ermöglicht. Diese Selbsthilfegruppe wird übrigens von der leitenden Psychologin der Memory-Klinik betreut, womit die Rolle der begleitenden Experteninteraktion wieder zum Vorschein kommt.

Hiermit wird deutlich, dass im Umfeld der pflegenden Ehefrau A1 durch die Ausprägung der Demenz bei ihrem Mann ganz andere Bewältigungen möglich sind. Obwohl sie eine passionierte Tänzerin ist, geht sie nicht zum Tanzcafé für Angehörige von Demenzkranken, weil ihr Mann dies nicht mehr will und sie nur noch ausschliesslich Aktivitäten mit ihm macht. So wird ersichtlich, dass ein frühes symbiotisches Rollenverständnis aus der Partnerschaft von A1 weiterhin besteht und dies auch verhindert, dass sie mit der gegenwärtigen Belastungssituation eine bessere Wochenstruktur für sich gestalten kann. Dies kam übrigens auch während der Interviewsituation zum Ausdruck, weil trotz dem Versprechen, die Befragung ohne ihren Mann zu machen, am Tag der Verabredung der Interviewer vor die Entscheidung

gestellt wurde, das Gespräch entweder mit dem Partner zusammen zu akzeptieren oder sonst würde A1 gar nicht daran teilnehmen.

Zusammenfassend können als wichtige Bedingungsfaktoren der Bewältigung von Lebenskrisen bei der pflegenden Ehefrau folgende Faktoren genannt werden: Verfügbarkeit und Selbständigkeit des Ehepartners, Rollenverständnis als Ehefrau und Mutter, biographische Krisenerfahrungen und deren erlernte Bewältigung, soziale Einbindung und Unterstützung, Zugang und Rolle in der Interaktion mit dem Expertensystem, Erfahrungen mit dem Laiensystem und schlussendlich die Einbindung bzw. Auseinandersetzung mit der Demenz im Projekt SAMES.

2.2. Ressourcenanalyse der Partnerin eines Alzheimerpatienten

Die anschliessende Ressourcenanalyse einer Partnerin mit Alzheimerpatient basiert auf dem Interview mit einer idealtypisch pflegenden Ehefrau (A2). Der ehemalige Beruf als Krankenschwester bietet für A2 wichtige Erfahrungen, um die gegenwärtige Pflegebelastung des dementen Partners positiv zu bewältigen.

Grundsätzlich können auch hier zwei Ressourcenebenen unterschieden werden; interne, personale Ressourcen und externe Umweltressourcen. Über die eigene Handlungskompetenz bringt das Individuum diese zwei Ebenen zusammen. Diese Transaktionen finden jedoch nicht immer bewusst statt, weil die strukturellen Bedingungen im sozialen Netz, der Lebenswelt und der bestehenden Soziokultur das Individuum zu bestimmten Rollenübernahmen bringt. Ein grosser Teil des Verhaltens zwischen Individuum und Umwelt läuft unbewusst ab.

Auf der Ebene der internen Ressourcen sind die zentralen Erfahrungsbereiche bei A2 die biographisch geschilderten Gesprächsinhalte. Gemeint sind damit der frühere Beruf als Krankenschwester, die hierbei miterlebten Krankheitsbiographien und deren Bewältigung durch Patienten und Angehörige, die eigene Familienbiographie und die Beziehung zu ihrem Partner, auch die Behinderung einer der vier Töchter, nämlich deren Schwerhörigkeit. Diese biographischen Erfahrungen sind geprägt durch eine hohe Autonomie bei A2. Über die pflegende Berufstätigkeit und die gleichzeitige Anforderung in der eigenen Familienbetreuung musste sich diese Frau bereits früh persönliche Freiräume in den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern schaffen. Eine gute Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit haben bisher diese Autonomie ermöglicht. Insgesamt werden die personalen Ressourcen bei A2 durch eine ausgeprägte Selbstaufmerksamkeit in emotionalen, sozialen und situationsspezifischen Bereichen gestützt. So ist die Diagnose Alzheimer beim Ehemann nach einem knappen Jahr immer noch ein schwerer Schick-

salsschlag, der zum Zeitpunkt der Befragung emotional verarbeitet scheint. Auf die Frage nach den Persönlichkeitsveränderungen beim Partner weist A2 den Interviewer auf die eigenen Persönlichkeitsveränderungen hin, die neben der ständigen Pflegeanforderung zusätzlich mit ihrem jetzigen Alterungsprozess (60 Jahre) begründet werden. Der Situation angemessen, versucht sie ihren Aktionsradius einzugrenzen und mit einer Beschränkung auf das Wesentliche zu kompensieren.

Die Einstellungen von A2 zeigen eine praktizierende tieferreligiöse Haltung auf, in die auch der Partner aktiv einbezogen wird. Zusätzlich führt ihre pragmatische Gegenwarts- und Ressourcenorientierung in der gegenwärtigen Pflegesituation zu klaren Handlungsplänen. Die hohe Kontrollorientierung mit dem Vertrauen in die Bewältigung der anstehenden Probleme zeigen sich auf ihrer Handlungsebene in der bewussten Gestaltung des Coming-out.

“A2: ... Also mein Mann hat Geschwister, und dort ist es schon ein bisschen schwierig, also es ist mir ... es kommt mir vor, als ob sie ein bisschen Kontaktangst hätten. Also ich habe so ein Coming-out gemacht, seinen Geschwistern einen Brief geschrieben, meinen Geschwistern einen Brief geschrieben, ich habe die Nachbarn ringsherum informiert, und dann sind die Reaktionen sehr unterschiedlich gewesen. Also das ist schon unglaublich. Und von den Nachbarn sehr, sehr positiv, sehr dankbar, dass sie es wissen. Wir haben eine ganz unerhört schöne Beziehung ringsherum. Von seinen Geschwistern ... ja, ein wenig schwieriger, also man hört nicht viel. Von meinen Geschwistern eher also einmal eine Reaktion, einmal eine Einladung. Aber man wird schon isolierter. Also mich dünkt, man werde ein wenig isoliert.”

Die oben aufgeführten Komponenten der internen, personalen Ressourcen interagieren mit den vorhandenen kognitiven Ressourcen bei A2. Ihr Expertenwissen als Krankenschwester begünstigt die Rollenreflexion und deren Klärung als pflegende Ehefrau im positiven Sinne. So ist es für A2 selbstverständlich, dass sie sich Freiräume schaffen muss, auch wenn dies manchmal auf Kosten des dementen Partners geschieht. Jedoch gewichtet A2 ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden als hoch genug ein, damit schlussendlich sie und ihr kranker Ehemann davon profitieren können. Ihr Wissen um Bewältigungsprozesse bei Angehörigen von chronisch Kranken wirkt sich nicht nur auf das häusliche Handlungsfeld aus, sondern auf das gesamte soziale Netzwerk, in dem A2 eingebunden ist. Ihre eigenen Kinder lädt A2 zwar auch an Vorträge zur Alzheimerthematik ein, jedoch überlässt sie ihnen dort bewusst die emotionale Verarbeitung, wo die psychische Belastung für die Kinder zu gross wird. Mit der pragmatischen Lebensorientierung findet A2 immer wieder das richtige Mass, um bestehende Bezie-

hungsgefüge nicht zu überlasten. Aus ihrem erfahrungsgeleiteten Gesundheitswissen mit moderater Ausrichtung auf den Gesundheitswert kann A2 ihre Pflegebelastung in Grenzen halten. Wo dies notwendig ist, schafft sie es, neue Ressourcen herzustellen oder bestehende Ressourcen aus der Umgebung für sich zu aktivieren. Somit verfügt A2 über ein hohes Mass an sozialer Abstimmung im Laiensystem und Expertensystem. Speziell in der Abstimmung der sozialen Unterstützung zeigt sich ihre hohe Handlungskompetenz:

“A2: Äh, die Reaktion von diesen Mädchen (Anm. Töchter) ist verschieden gewesen. Die eine musste sehr weinen, war traurig und die anderen ..., ja sie haben nachher eigentlich gar nicht mehr darüber gesprochen. Und als ich sie einmal darauf angesprochen habe: «Wie habt ihr das gefunden, wie ist es gewesen? Würdet ihr wieder einmal gehen, an eine solche Zusammenkunft?» Und dann ist es eigentlich interessant gewesen, das eigentlich alle drei spontan gesagt haben: «Nein! Wir wissen es jetzt, was auf uns zukommt. Äh, ich will gar nicht immer über das reden, wir nehmen es einfach 'fortzue' und geniessen jetzt den Papi noch so wie er ist.» Und damit ist das Thema abgeschlossen gewesen.”

Die eben dargelegten Transaktionen weisen bereits auf ein dichtes soziales Netz als wichtige Umweltressource hin. Jeder Teilbereich dieses Netzwerkes verlangt andersgeartete Transaktionen, die im Schaubild durch die vielfältigen Rollenübernahmen als Partnerin, Mutter, Grossmutter, Nachbarin, Freundin, Kollegin, Expertin, Hilfsempfängerin, Unterstützerin u. a. verdeutlicht werden. Im Gespräch mit A2 wird klar, wie sich diese Teilnetzwerke gegenseitig beeinflussen, wenn z. B. die Kinder an einem Alzheimervortrag der Selbsthilfegruppe teilnehmen können, oder wenn der regelmässige Aufenthalt ihres dementen Partners in der Tagesklinik auch für A2 ein Ort der Aussprache und sozialen Unterstützung wird. Gleichzeitig kommt ihr Bereichswissen zum Gesundheitswesen zur Geltung, weil A2 mit der beruflichen Pflegeerfahrung die Möglichkeiten und Grenzen im Gesundheitssystem kennt. So wechselt sie nach der nichterkannten Diagnose Alzheimer von ihrem Hausarzt zu einem neu zugezogenen Arzt. Hier fungiert sie als Expertin, die selbstbewusst ihre Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem gestaltet. Dieses Bereichswissen kommt auch in der Gestaltung vom Coming-out zum Ausdruck, wobei ihre gesamte Lebenswelt über die Alzheimererkrankung des Ehemannes informiert wird. Daraufhin berichtet sie zwar einen sozialen Rückzug der Familienverwandtschaft des Mannes, erkennt aber auch die Möglichkeit der sozialen Kompensation für sich. Damit meint sie die Beschränkung der Beziehungen auf das Notwendige, um die Pflegebelastung besser zu bewältigen.

Somit wird deutlich, dass die psychosozialen Ressourcen aus der Umwelt den jetzigen Anforderungen entsprechend aktiviert werden. Aus der bestehenden Soziokultur mit christlicher, prosozialer Werteorientierung werden von ihrer sozialen Umgebung mehrere spontane Entlastungsangebote gemacht. So bietet sich eine Männergruppe an, den dementen Ehepartner teilweise in ihre Aktivitäten einzubeziehen, solange dies gehen würde. Ehemalige Arbeitskollegen erkundigen sich nach dem Gesundheitszustand des Mannes von A2 und bieten spontane Ausflüge an. Bei ihnen gilt die Beziehungspflege zu beiden Partnern und die Entlastung von A2 als Motivation. Die SAMES-Intervention mit dem ausgebildeten Spazierbegleiter wiederum bietet eine konstante und organisierte Entlastung für A2. Alle aufgeführten Entlastungsangebote werden von der pflegenden Angehörigen mit dem dementen Partner dankbar angenommen. Schlussendlich erlaubt A2 diese Vielfalt an sozialem Unterstützungsaustausch eine optimale Betreuung des dementen Partners. Bei ihrer persönlich geleisteten Betreuungsarbeit mit dem Partner äussert sich dies vor allem darin, dass sie versucht, so gut wie möglich die vorhandenen Ressourcen der Pflegeperson zu fördern oder zumindest diese zu erhalten.

Im vorliegenden Gespräch mit der ehemaligen Krankenschwester A2 kommt somit idealtypisch zum Ausdruck, wie interne und externe Ressourcen im permanenten Austausch zueinander stehen. Unter dem Themenfokus der Alzheimerkrankheit bestehen bei A2 konstruktive Ressourcentransaktionen mit der sozialen Umwelt, die wiederum zur positiven Bewältigung auf der individuellen Seite und im sozialen Verbund beitragen.

2.3. Abschliessende Diskussion der Fallanalysen

Im Zentrum des Forschungsinteresses stehen die pflegenden Ehefrauen mit Demenzkranken. Die oben dargelegten Fallvergleiche und -analysen zeigen, wie vielfältig die sozialen Aktivitäten der befragten Frauen sein können. Bei den drei herangezogenen Interviews wurden Frauen der jungen Altersgeneration um die 60 Jahre berücksichtigt. Der Altersdurchschnitt der sieben interviewten pflegenden Ehefrauen ist 64 Jahre und die Streuung liegt zwischen 55 und 79 Jahren. Leider konnte keine Befragung mit einer älteren pflegenden Angehörigen zur Auswertung herangezogen werden, weil das Datenmaterial zu schlecht war und die entsprechende Frau die erste Befragungszusage nach mehrmaligen Anfragen der beteiligten Seniorenforscherin gab. Die andere ältere pflegende Ehefrau befand sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einem Kuraufenthalt. Diese widrigen Umstände bei der Datenerhebung müssen berücksichtigt werden, weil eine Befragung der vierten Altersgeneration somit entfiel.

Die drei ausgewählten Repräsentantinnen stammen somit aus einer körperlich gesunden und autonomen Seniorinnengruppe. Beide pflegende Angehörige verfügen im engen Familienkreis über direkte Kontakte zum professionellen Gesundheitssystem, bzw. waren selber darin berufstätig. Dies weist daraufhin, dass die Teilnahme am Pilotprojekt SAMES und die Befragungsbereitschaft im Zusammenhang mit einem erleichterten professionellen Zugang zur Alzheimerthematik stehen. Auch die Äusserungen der Partnerin des chronisch kranken Spazierbegleiters unterstützen die Schlüsselstellung der professionellen Hilfsdienste bei der Bewältigung der Betreuungsbelastung.

Vergleicht man die Anforderungen an Angehörige mit Demenzkranken, werden die unterschiedlichen Gesprächsschwerpunkte der Interviews sichtbar. Für A1 ist zum Zeitpunkt der Befragung die emotionale Verarbeitung der Alzheimererkrankung des Partners nicht abgeschlossen. Durch die rapide Krankheitsverschlimmerung des betreuten Ehemannes kommt A1 an den Rand ihrer Pflegebelastung. Hiermit wird A1 zur Auseinandersetzung mit der Demenz gezwungen und kann auf keinerlei ähnliche Lebenserfahrungen durch die eigene Krankheitsbiographie oder miterlebte Pflegeerfahrungen zurückgreifen. Im Gegensatz dazu ist die Pflegesituation bei A2 durch die allmähliche Alzheimerentwicklung des Partners einfacher. Diese Frau kann zusätzlich auf berufliche und familiäre Pflegeerfahrungen zurückgreifen und ist über die Gefahren einer drohenden Überlastung vorbereitet. So gestaltet A2 den sozialen Austausch im Themenfokus der Alzheimererkrankung des Mannes mit einem beachtlich grösseren Netzwerk als A1. Die strukturelle Vielfalt des sozialen Netzes fordert von A2 ein höheres und differenzierteres Engagement durch eine vielfältige Rollenübernahme. Gleichzeitig bieten diese Teilnetze auch quantitativ mehr Entlastungsmöglichkeiten an, mit einer entsprechend grossen qualitativen Beziehungsvielfalt. A2 lässt sich bewusst auf die verschiedenartigen sozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Expertensystem und Laiensystem ein. Für A1 hingegen führt die gegenwärtige Pflegeüberlastung zu dem erlernten Rückzug in die Hausfrauenrolle. Sie ist auch nicht mehr fähig, bestehende soziale Ressourcen, wie nahe Familienmitglieder und den Spazierbegleiter, in die Patientenbetreuung einzubeziehen. Dieses Verhalten weist bereits Anzeichen einer erlernten Hilflosigkeit auf. Dies kann jedoch mit dem vorliegenden Datenmaterial nicht nachgewiesen werden.

Für beide Ehefrauen besteht ein permanenter Betreuungsanspruch des kranken Partners. Der drohenden Überlastung kann nur die pflegeerfahrene ehemalige Krankenschwester mit dem Einbezug des professionellen Pflegesystems entgegenwirken, indem sie den dementen Partner zweimal pro Woche zur Tagesklinik bringt. Der Bereich der Alltagserledigungen ist für A1 ein

wichtiges Gesprächsthema, wonach der Partnerverlust zusätzlich als Ausfall bei den körperlich anstrengenden Hausarbeiten schwer wiegt. Hierüber äussert sich A2 nur am Rande und zwar mit der Bemerkung, dass sie in der entlasteten freien Zeit sicherlich keine Haushaltsarbeiten verrichten würde, sondern bewusst erholende Aktivitäten unternimmt. Die biographischen Berichte der sich als "Teilexistenz vom Ehemann" bezeichnenden A1, beziehen sich auf die Beziehungsbiographie mit ihrem Partner und auf die gemeinsame Familienbiographie. Am Rande erwähnt sie auch sporadische Abmachungen mit dem ehemaligen Vorgesetzten oder vereinzelte Kontakte früherer Arbeitskollegen des Ehepartners. Somit bekommt der Spazierbegleiter als wichtige Unterstützungsperson eine grosse Bedeutung für A1 und wird dementsprechend als "neuer Freund" bezeichnet. Für A2 ist der ehemalige berufliche Teilbereich des sozialen Netzwerks auch zum Befragungszeitpunkt im gesamten Lebensbereich fest verankert und integriert. Die individuellen Erfahrungs- und Beziehungsressourcen interagieren mit dem vorhandenen Bereichswissen zum Gesundheitswesen und sind die Basis für die geschilderten Bewältigungsschritte. Bei der ehemaligen Krankenschwester laufen die einzelnen Bewältigungsschritte schneller ab und sind gekennzeichnet durch erhaltene Handlungsautonomie. A1 muss zum Zeitpunkt der Befragung Entlastungsressourcen herstellen und verhindert dies durch das nur teilweise vollzogene Coming-out. Die zeitlichen Rahmenbedingungen sind neben dem selben Alter auch bei der Diagnoseeröffnung Alzheimer beim Ehemann für beide Partnerinnen gleich: ein knappes Jahr.

Abschliessend können für die positive Bewältigung der Anforderungen an pflegende Ehefrauen mit Alzheimerpatienten folgende Komponenten festgehalten werden:

- eine vielfältige Rollenübernahme im sozialen Netzwerk erhöht die Bewältigungsmöglichkeiten
- biographische Erfahrungen mit ernsthaften Lebenskrisen und/oder eigene Pflegeerfahrungen können einer drohenden Überlastung vorbeugen
- kognitive Ressourcen wirken sich erleichternd auf die Organisation und Umgestaltung des Lebensalltages als pflegende Angehörige aus
- der unproblematische Zugang zum professionellen Gesundheitssystem hilft bei der themenspezifischen Verarbeitung auf vielfältige Art: strukturelle Hilfestellung, emotionale und soziale Unterstützung, Entlastung von überforderten Beziehungsgefügen mit Verwandten

- Expertenwissen wird benötigt, um anstehende Bewältigungsschritte konstruktiv zu gestalten
 - vielfältige soziale Gesundheitsselbsthilfen im Laienfeld begünstigen eine konstruktive Bewältigung der Pflegebelastung beim Individuum und dem sozialen Umfeld.
-