

Gewalt im Rahmen der Pflege eines Partners im höheren Lebensalter-
eine Analyse der Ursachen und daraus abzuleitender
Interventionsmaßnahmen

vorgelegt am 28. September 2005

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) im Fachbereich 12
Erziehungswissenschaften und Soziologie der Universität Dortmund

Gutachter:

Prof. Dr. Gerhard Naegele (Dortmund)

Prof. Dr. Monika Reichert (Dortmund)

Verfasser:

Dr. med. Ralph-Michael Karrasch

Schongauer Str. 5a

86899 Landsberg

Aus Liebe und Dankbarkeit
meiner Mutter
gewidmet

Vorwort

Mehrfach hatte ich in der Vergangenheit beruflich die Erfahrung machen müssen, wie einschneidend sich die Übernahme der Pflege eines Familienmitglieds, insbesondere des Partners, auf das Leben der Beteiligten bemerkbar machte und welche Anforderungen in physischer, insbesondere auch psychischer Art daraus resultierten. Im Rahmen meiner Tätigkeit im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich sah ich mich häufiger gerade mit negativen Folgeerscheinungen der Pflegeübernahme konfrontiert. Neben depressiven Erkrankungen standen dabei insbesondere bei Pflege des Partners ausgeprägte Beziehungsprobleme, die häufig auch mit verbaler und körperlicher Gewalt verbunden waren und teilweise selbst im höheren Alter zu Trennungen führten, im Vordergrund des Geschehens.

Sich dem Problem im Rahmen der Pflege eines Partners auftretender Gewalt zu widmen und diesbezüglich gerade psychologische Aspekte näher zu beleuchten, weckte daher mein besonderes Interesse und ermöglichte es mir, nach Anlaufproblemen bis zum Schluss mit Motivation an der Erstellung dieser Dissertation zu arbeiten.

Die Bewältigung zwischenzeitlich im Rahmen der Arbeit auftretender Schwierigkeiten machte mir deutlich, wie wichtig die Unterstützung mehrerer Personen in fachlicher, aber auch emotionaler Hinsicht war, um zum Gelingen der Arbeit beizutragen. Insbesondere die großen Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Interviewpartnern, die vorübergehend einen niederschmetternden Eindruck vermittelnde Flut von Interviewdaten und das zeitweise schwierige Integrieren des Dissertationsvorhabens in die berufliche Tätigkeit sind diesbezüglich zu nennen.

Als erstes möchte ich mich herzlich bei Frau Prof. Dr. Monika Reichert und Herrn Prof. Dr. Gerhard Naegele bedanken.

Frau Prof. Dr. Reichert begleitete meine Arbeit stets mit offenem Ohr, mit viel Geduld und gab mir mehrfach entscheidende Anregungen, die wesentlich zum Fortschreiten der Arbeit beitrugen. Wichtiger aber war, dass sie in „Krisenzeiten“ Mut machte und durch ihre interessierte, einfühlsame Art auch eine emotionale Stütze darstellte. Auch die teils amüsierte Art des Eingehens auf wider Erwarten doch wieder aufgetretene Fragen meinerseits, führte zum Gefühl, mit der Arbeit nie allein zu sein.

Herrn Prof. Dr. Naegele danke ich, dass er mir trotz beschwerlicher Anfangsphase auf Dauer die nötige Zeit und Aufmerksamkeit einräumte, die meine Arbeit erforderte. Trotz seiner starken beruflichen Eingebundenheit fanden sich immer Wege, sich miteinander auszutauschen. Durch seine konstruktive Kritik war es mir möglich, Sachverhalte zu erkennen, die in der Folge wesentlichen Einfluss auf meine Arbeit nehmen sollten.

Ein großes „Danke schön“ geht auch an Frau Brigit Hay. Sie gab mir in ihrer freundlichen, aufmunternden Art hinsichtlich der Darstellung und der statistischen Auswertung des Datenmaterials wichtige Ratschläge und viel Unterstützung und opferte mir in diesem Zusammenhang viel Zeit.

Dass die Interviewaktion überhaupt wie geplant durchgeführt werden konnte, lag vornehmlich an Frau Dipl. Psych. Annecke. Sie zeigte von Beginn an großes Interesse an der Fragestellung

und entwickelte viel Engagement dabei, sowohl im Rahmen von Ärztekonzferenzen und Stationsbesprechungen auf die Studie aufmerksam zu machen als auch im Kontakt mit ihren Patienten, diese zur Teilnahme an der Studie zu motivieren.

Mein Vater suchte mit mir hinsichtlich der Thematik und des Fortgangs der Arbeit regelmäßig den Austausch, nahm am Auf und Ab der Arbeit stets lebhaften Anteil und verzichtete zuletzt mehrfach auf Besuche meinerseits, um dem Abschluss meines Vorhabens nicht entgegen zu stehen.

Ganz besonderem Dank bin ich meiner Partnerin Melanie und meiner Tochter Michelle verpflichtet. Ohne ihr Verständnis, ihre Rücksichtnahme, ihre Unterstützung und Nähe wäre es mir nicht möglich gewesen, diese Arbeit durchzuführen.

Landsberg, im September 2005

Inhaltsverzeichnis

<u>1. Einleitung</u>	19
<u>2. Literaturstand</u>	22
<u>2.1 Demographischer Wandel und seine Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen</u>	
2.1.1 Zu erwartende Bevölkerungsentwicklung in Deutschland.....	22
2.1.2 Gründe für die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland	23
2.1.3 Gesellschaftspolitische Konsequenzen der sich in den europäischen Industrienationen verändernden Altersstruktur der Bevölkerung	23
<u>2.2 Anzahl und Struktur der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Deutschland</u>	
2.2.1 Pflegebedürftigkeit im Alter- eine grundlegende Information.....	25
2.2.2 Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten in Deutschland	26
<u>2.3 Belastungen im Rahmen der Pflegesituation</u>	
2.3.1 Kennzeichen häuslicher Pflegesituationen.....	27
2.3.2 Im Rahmen der häuslichen Pflege eines Angehörigen auftretende Belastungen.....	29
2.3.2.1 Verhaltens- und Persönlichkeitsänderungen der pflegebedürftigen Person.....	29
2.3.2.2 Rollenkonflikte- und Beziehungsveränderungen	31
2.3.2.3 Auswirkungen der Pflegesituation auf die Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten sowie Sozialkontakte.....	33
2.3.2.4 Einschränkung und Aufgabe der Erwerbstätigkeit, finanzielle Belastungen.....	34
2.3.2.5 Gesundheitliche Belastungen	35
2.3.3 Faktoren, welche das subjektive Erleben der Belastungen einer Pflegesituation beeinflussen können	37
2.3.4. Die Parkinson'sche Erkrankung.....	38
2.3.4.1 Morbus Parkinson / Parkinson-Syndrome – Pathogenese und Epidemiologie	38
2.3.4.2 Die Parkinson-Symptomatik	39
2.3.4.3 Die Behandlung der Parkinson-Symptomatik und damit verbundene Probleme.....	40
2.3.4.4 Zusammenfassung der Auswirkungen einer Parkinson-Symptomatik auf das Pflegedual und daraus resultierende Belastungen.....	40

2.3.5	Mögliche schwerwiegende Konsequenzen einer Pflegesituation für die pflegende Person	41
2.3.6	Die Pflegeversicherung - ihre Auswirkungen auf familiale Pflegesituationen	41

2.4 Gewalt

2.4.1	Allgemeine Betrachtungen zum Begriff „Gewalt“	45
2.4.2	Definitionsversuche des Begriffes „Gewalt“	45
2.4.3	Gewalt im familiären Nahraum	50
2.4.4	Prävalenz- und Inzidenzraten	51
2.4.5	Bedingungsvariablen, Risikofaktoren hinsichtlich Gewalt gegen ältere Menschen im sozialen Nahraum	55
2.4.5.1	„Caregiver overload“ und „problem relative“-Hypothese, zwei Erklärungsansätze für die Entstehung von Gewalt	55
2.4.5.2	Risikofaktoren, welche für den Gewaltempfänger postuliert wurden	56
2.4.5.3	Risikofaktoren, welche für den Gewaltausübenden beschrieben wurden	57
2.4.5.4	Risikofaktoren für Gewalt im mikrosozialen Bereich	58
2.4.5.5	Risikofaktoren für Gewalt im makrosozialen Bereich	59
2.4.6	Beurteilung der Datenlage hinsichtlich Gewalt an älteren Menschen im häuslichen Umfeld	59

3. Zentrale Leitfragen und Hypothesen

3.1	Häufigkeiten von Gewalt und deren Unterformen betreffend	61
3.2	Bedingungsfaktoren für das Entstehen von Gewalt betreffend	62
3.3	Die Aussagen der Pflegenden und Pflegebedürftigen im Vergleich betreffend	63

4. Methodisches Vorgehen

4.1	Darstellung der Kriterien, nach welchen die Interviewten ausgewählt wurden	64
4.2	Zugangswege zur Gewinnung der Interviewteilnehmer und dabei gemachte Erfahrungen	65
4.3	Erhebungsinstrument	69
4.4	Durchführung der Interviews, Merkmale der Interviewsituation	71

<u>5. Darstellung der Ergebnisse</u>	72
<u>5.1 Soziodemographische Merkmale der pflegenden Angehörigen</u>	
5.1.1 Alter und Geschlecht	72
5.1.2 Art und Dauer der Partnerschaft.....	73
5.1.3 Anzahl der Kinder und Entfernung des Wohnortes der Kinder vom Elternhaus.....	73
<u>5.2 Wohnsituation</u>	
5.2.1 Wohnorte/-regionen	74
5.2.2 Wohnverhältnisse	75
5.2.3 Subjektive Einschätzung der Wohnqualität	75
5.2.4 Vorhandensein baulicher Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität des Gepflegten	76
<u>5.3 Subjektive Einschätzung der finanziellen Verhältnisse</u>	76
<u>5.4 Schulische und berufliche Bildung sowie Ausmaß der Erwerbstätigkeit</u>	77
<u>5.5 Vorhandene Sozialkontakte der am Pflegedual beteiligten Personen</u>	
5.5.1 Alleinige Sozialkontakte der gepflegten Person	79
5.5.2 Alleinige Sozialkontakte der pflegenden Person	80
5.5.3 Gemeinsame Sozialkontakte	80
5.5.4 Häufigkeit der vorhandenen Sozialkontakte	81
<u>5.6 Den Gesundheitszustand der am Pflegedual beteiligten Personen betreffende Faktoren</u>	
5.6.1 Erkrankungen der pflegenden und gepflegten Person.....	82
5.6.2 Anzahl der verschriebenen Medikamente (unterteilt nach Fachgebieten).....	84
5.6.3 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der gepflegten Person.....	85
5.6.4 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands der pflegenden Person.....	86
5.6.5 Art des Umgangs des Gepflegten mit seiner Erkrankung	87
5.6.6 Zusammenhang zwischen der Krankheitsverarbeitung der gepflegten Person und der Qualität der Partnerschaft.....	88
5.6.7 Vorhandensein von Schamgefühlen gegenüber der Erkrankung des Gepflegten und deren Folgen.....	89

5.7 Emotionale Beziehung zwischen der pflegenden und pflegebedürftigen Person

5.7.1 Subjektive Einschätzung der Qualität der Partnerschaft vor Eintritt der Pflegesituation.....	90
5.7.2 Im Rahmen der Pflegesituation eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität.....	91
5.7.3 Nach Eintritt der Pflege eingetretene positive Entwicklungen innerhalb der Partnerschaft.....	91
5.7.4 Nach Eintritt der Pflege innerhalb der Partnerschaft eingetretene negative Entwicklungen und deren Anzahl	92
5.7.5 Gründe für die eingetretenen negativen Entwicklungen in der Partnerschaft.....	94

5.8 Die Pflegeübernahme kennzeichnende Faktoren

5.8.1 Hauptmotiv der Pflegeübernahme.....	95
5.8.2 Beurteilung, inwieweit es richtig war, die Pflege des Partners zu übernehmen	97
5.8.3 Begründung der Einschätzung, ob es richtig war, dass der Partner die Pflege übernommen hat	97

5.9 Die Pflegesituation

5.9.1 Dauer der Pflegesituation	98
5.9.2 Darstellung der geleisteten Hilfen.....	99
5.9.3 Zeitlicher Pflegeumfang.....	100

5.10 Im Rahmen der Pflege auftretende Belastungen für den Pflegenden

5.10.1 Einschätzung der körperlichen Belastung	101
5.10.2 Der körperlichen Belastung zugrunde liegende Faktoren und deren Ausmaß.....	102
5.10.3 Einschätzung der psychischen Belastung.....	103
5.10.4 Der psychischen Belastung zugrunde liegende Faktoren und deren Ausmaß	104
5.10.5 Durch die Pflege bedingte Veränderungen des alltäglichen Lebens.....	105

5.11 Im Rahmen der Pflege erfahrene Hilfe und Unterstützung..... 108

5.12 Untersuchung hinsichtlich auftretender Gewalt

<u>5.12.1 Vom Gepflegten ausgehende Gewalt</u>	110
5.12.1.1 Häufigkeit des Auftretens von Gewalt	110

5.12.1.2 Arten der Gewalt	111
5.12.1.3 Ursachen der Gewalt	112
5.12.1.4 Verhalten des Gepflegten nach erfolgter Gewaltanwendung.....	113

5.12.2 Vom Pflegenden ausgehende Gewalt

5.12.2.1 Häufigkeit des Auftretens von Gewalt.....	114
5.12.2.2 Arten der Gewalt	115
5.12.2.3 Ursachen der Gewalt	117
5.12.2.4 Reaktion des Gepflegten auf die ihm entgegengebrachte Gewalt.....	118
5.12.2.5 Ausmaß des durch die Gewalt ausgelösten Leides beim Gepflegten.....	119
5.12.3 Zeitpunkt des Auftretens von Gewalt.....	120
5.12.4 Vorhandensein von Angst des Gepflegten vor dem Pflegenden und deren Ursachen.....	120

5.13 Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt..... 121

5.13.1 Initiator der gewaltmindernden Maßnahmen	121
5.13.2 Arten der getroffenen Maßnahmen gegen Gewalt	122
5.13.3 Resultat der getroffenen Maßnahmen	123

5.14 Sonstige genannte gewaltfördernde Faktoren..... 123

6. Zusammenhänge zwischen einzelnen Parametern und der Auftretenshäufigkeit von Gewalt..... 125

6.1 Ergebnisse der Befragung der Pflegenden

6.1.1 Den Gesundheitszustand, vorhandene Erkrankungen und die Krankheitsverarbeitung betreffende Faktoren	126
6.1.2 Das Ausmaß und die Arten von Belastungen (körperlich und psychisch) betreffende Faktoren.....	131
6.1.3 Grund der Übernahme der Pflege.....	137
6.1.4 Ausmaß der Sozialkontakte sowie der genutzten Hilfen	138
6.1.5 Alter.....	143
6.1.6 Schulabschluss und Ausbildungsgrad	144
6.1.7 Persönlichkeitseigenschaften	146

6.2 Ergebnisse der Befragung der Gepflegten

6.2.1 Gesundheitszustand, vorliegende Erkrankungen und die Krankheitsverarbeitung betreffende Faktoren	151
6.2.2 Das Ausmaß und die Arten von Belastungen betreffende Faktoren	157
6.2.3 Grund für die Übernahme der Pflege und Beurteilung des Pflegeerfolges.....	161
6.2.4 Ausmaß der Sozialkontakte sowie der genutzten Hilfen	163
6.2.5 Alter.....	167
6.2.6. Schulabschluss und Ausbildungsgrad	168
6.2.7 Persönlichkeitseigenschaften	170
6.2.8 Eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität	172

6.3 Vergleich der Aussagen der gepflegten und pflegenden Personen

6.3.1 Gesundheitszustand.....	174
6.3.2 Die Kennzeichen und Belastungen (körperlich und psychisch) der Pflege betreffend	175
6.3.3 Beurteilung der Richtigkeit der Entscheidung, die Pflege übernommen zu haben.....	178
6.3.4 Im Rahmen der Pflege eingetretene Änderung der Partnerschaftsqualität	178
6.3.5 Die Häufigkeiten auftretender Gewalt betreffende Faktoren.....	179
6.3.6 Darstellung, welche Person in Gewaltsituationen von den Beteiligten als Auslöser betrachtet wurde	180

6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

6.4.1 Textteil	183
6.4.2 Darstellung der wichtigsten Studienergebnisse.....	188

7. Diskussion 197

8. Handlungsempfehlungen

8.1 Die ärztliche Seite betreffend.....	228
8.2 Versorgungsstrukturen betreffend.....	230
8.3 An die Gesundheits-, Sozial- und Altenpolitik gerichtet	232

9. Weitergehender Forschungsbedarf..... 234

10. Ausblick..... 236

11. Exkurs:

Sexuelle Störungen - Arten, ihre Folgen für die Betroffenen, Zusammenhang mit auftretender Gewalt..... 239

12. Literaturverzeichnis..... 242

Anhänge:

Anhang A:

Darstellung der Ergebnisse aus der Gruppe der Pflegenden, welche keinen an einer demenziellen Entwicklung leidenden Partner pflegten (Untergruppe 1)..... 258

Anhang B:

Ergebnisse des Vergleichs der Aussagen der Personen eines Pflegeduals (n = 32) 271

Anhang C:

Fragebogen zur Gewalt im Rahmen der Pflege eines Partners im höheren Lebensalter 274

Anhang D:

Abbildungen zu Bedingungsfaktoren für die Entstehung von Gewalt gegenüber alten Menschen (nach Kühnert) und hypothetischen Zusammenhängen zwischen Lebensbedingungen im Alter und Aggressionen 292

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Geschlecht der Pflegenden und Gepflegten	72
Tabelle 2: Alter der Betroffenen	72
Tabelle 3: Familienstand	73
Tabelle 4: Dauer der Partnerschaft.....	73
Tabelle 5: Anzahl der Kinder	74
Tabelle 6: Entfernung des Wohnortes der Kinder vom Elternhaus	74
Tabelle 7: Wohnort der Interviewten	75
Tabelle 8: Wohnverhältnisse der Interviewten.....	75
Tabelle 9: Subjektive Beurteilung der Wohnsituation	76
Tabelle 10: Anpassung des Wohnraumes an die Bedürfnisse des zu Pflegenden	76
Tabelle 11: Beurteilung der bestehenden finanziellen Verhältnisse	77
Tabelle 12: Schulabschluss der Pflegenden und Gepflegten	77
Tabelle 13: Berufsausbildung.....	78
Tabelle 14: Erwerbstätigkeit	78
Tabelle 15: Alleinige Kontakte des Gepflegten zu anderen Personen.....	79
Tabelle 16: Alleinige Kontakte des Pflegenden zu anderen Personen.....	80
Tabelle 17: Gemeinsame Kontakte zu anderen Personen	81
Tabelle 18: Anzahl der vorhandenen Erkrankungen aus den verschiedenen Fachgebieten.....	84
Tabelle 19: Anzahl der eingenommenen Medikamente aus verschiedenen Fachgebieten	84
Tabelle 20: Anzahl der Personen, welche Medikamente aus verschiedenen Fachgebieten einnehmen	85
Tabelle 21: Vorherrschende Krankheitsverarbeitung des Gepflegten	88
Tabelle 22: Auswirkungen der Krankheitsverarbeitung auf die Beziehung	89
Tabelle 23: Schamgefühle aufgrund der Erkrankung des Gepflegten	89
Tabelle 24: Positive Veränderungen der Partnerschaft im Rahmen der Pflege	92
Tabelle 25: Negative Veränderungen der Partnerschaft im Rahmen der Pflege.....	93
Tabelle 26: Anzahl der in der Partnerschaft eingetretenen negativen Entwicklungen.....	94
Tabelle 27: Hauptursachen für die negativen partnerschaftlichen Entwicklungen.....	95
Tabelle 28: Gründe der Pflegeübernahme (Mehrfachnennungen möglich).....	96
Tabelle 29: Richtigkeit der Entscheidung, die Pflege übernommen zu haben.....	97
Tabelle 30: Begründung, warum Entscheidung zur Pflegeübernahme richtig oder falsch war	98

Tabelle 31: Dauer der bestehenden Pflegesituation	98
Tabelle 32: Art und Umfang der im Rahmen der Pflege geleisteten Hilfen	99
Tabelle 33: Zusätzlich genannte Hilfsmaßnahmen	100
Tabelle 34: Täglicher Zeitaufwand für Pflege und Betreuung.....	101
Tabelle 35: Einschätzung, ob Pflege körperlich anstrengend ist	101
Tabelle 36: Grad der körperlichen Belastung	102
Tabelle 37: Intensitätsgrad verschiedener körperlicher Belastungsfaktoren.....	103
Tabelle 38: Einschätzung, ob Pflege psychisch belastend ist	103
Tabelle 39: Grad der psychischen Belastung	104
Tabelle 40: Intensitätsgrad verschiedener psychischer Belastungsfaktoren	105
Tabelle 41: Veränderungen der Arbeitsteilung	106
Tabelle 42: Einschätzung der bestehenden Arbeitsteilung	106
Tabelle 43: Änderung der Art der Mahlzeiteinnahme	106
Tabelle 44: Änderung der räumlichen Schlafsituation.....	107
Tabelle 45: Änderung der Freizeitaktivitäten und Sozialkontakte.....	107
Tabelle 46: Inanspruchnahme fremder Hilfen	108
Tabelle 47: Hilfen durch andere Personen und deren Häufigkeiten	109
Tabelle 48: Einschätzung, ob Pflege gleichzeitig das Auftreten von Aggression bedeutet... 109	
Tabelle 49: Arten und Auftretenshäufigkeiten vom Gepflegten ausgehender Gewalt	112
Tabelle 50: Auslöser problematischer Verhaltensweisen des Gepflegten	113
Tabelle 51: Zumeist gezeigtes Verhalten des Gepflegten nach von ihm ausgehender Gewalt	114
Tabelle 52: Arten und Auftretenshäufigkeiten vom Pflegenden ausgehender Gewalt	116
Tabelle 53: Auslöser problematischer Verhaltensweisen des Pflegenden.....	117
Tabelle 54: Angst des Gepflegten vor dem Pflegenden.....	120
Tabelle 55: Gründe der Angst (Mehrfachnennungen möglich)	121
Tabelle 56: Art der zur Bewältigung aufgetretener Gewalt getroffenen Maßnahmen.....	122
Tabelle 57: Resultat der getroffenen Maßnahmen	123
Tabelle 58: Gewaltfördernde Faktoren	124

Ergebnisse aus der Gruppe der Pflegenden (n = 50)

Darstellung der Zusammenhänge folgender Parameter:

Tabelle 59: Gesundheitszustand des Pflegenden / vom Pflegenden ausgehende Gewalt... 126	
---	--

Tabelle 60: Gesundheitszustand des Gepflegten / vom Gepflegten ausgehende Gewalt ...	127
Tabelle 61: Psychische Erkrankung des Pflegenden / Anzahl der vom Pflegenden ausgehenden Gewaltarten.....	128
Tabelle 62: Grunderkrankung des Gepflegten / vom Pflegenden ausgehende Gewalt.....	129
Tabelle 63: Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / vom Pflegenden ausgehende Gewalt.	130
Tabelle 64: Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / vom Gepflegten ausgehende Gewalt.	131
Tabelle 65: Durchschnittlicher zeitlicher Pflegebedarf / vom Gepflegten ausgehende Gewalt	131
Tabelle 66: Durchschnittlicher zeitlicher Pflegebedarf / vom Pflegenden ausgehende Gewalt	131
Tabelle 67: Grad körperlicher Belastung / vom Gepflegten ausgehende Gewalt	132
Tabelle 68: Grad körperlicher Belastung / vom Pflegenden ausgehende Gewalt.....	132
Tabelle 69: Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / vom Pflegenden ausgehende Gewalt.....	136
Tabelle 70: Gemeinsame Sozialkontakte zu Bekannten / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	140
Tabelle 71: Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Gepflegten.....	141
Tabelle 72: Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	141
Tabelle 73: Ausmaß der in Anspruch genommenen Hilfen / Gewalt von Seiten des Gepflegten	142
Tabelle 74: Ausmaß der in Anspruch genommenen Hilfen / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	143
Tabelle 75: Alter des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden	143
Tabelle 76: Alter des Pflegenden / Anzahl der vom Pflegenden ausgehenden Gewaltarten	144
Tabelle 77: Schulabschluss des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten	144
Tabelle 78: Ausbildung des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten.....	145
Tabelle 79: Leistungsorientiertheit des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden	147
Tabelle 80: Psychische Erregbarkeit des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden...	149
Tabelle 81: Ausmaß der sozialen Verantwortung des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	150
Tabelle 82: Ausmaß der sozialen Verantwortung des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten	150

Ergebnisse aus der Gruppe der gepflegten Personen (n = 32)

Tabelle 83: Gesundheitszustand des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	151
Tabelle 84: Gesundheitszustand des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten.....	152
Tabelle 85: Gesundheitszustand des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden	153
Tabelle 86: Vorhandensein einer psychischen Erkrankung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden	154
Tabelle 87: Vorhandensein einer psychischen Erkrankung des Gepflegten / Anzahl der von Seiten des Pflegenden ausgeübten Gewaltarten	154
Tabelle 88: Grunderkrankung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten	155
Tabelle 89: Vorherrschende Art der Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten.....	156
Tabelle 90: Vorherrschende Art der Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	156
Tabelle 91: Zeit der Pflege / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	157
Tabelle 92: Grad der beim Pflegenden durch Ungeduld des Gepflegten ausgelösten Belastung / Gewalt von Seiten des Gepflegten	158
Tabelle 93: Grad der beim Pflegenden durch Ungeduld des Gepflegten ausgelösten Belastung / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	159
Tabelle 94: Grad der beim Pflegenden durch Launen des Gepflegten ausgelösten Belastungen / Gewalt von Seiten des Pflegenden	161
Tabelle 95: Hauptgrund der Pflegeübernahme / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	162
Tabelle 96: Beurteilung des Pflegeerfolges / Gewalt von Seiten des Gepflegten.....	162
Tabelle 97: Beurteilung des Pflegeerfolges / Gewalt von Seiten des Pflegenden	163
Tabelle 98: Ausmaß der von anderen in Anspruch genommenen Hilfen / Gewalt von Seiten des Gepflegten.....	164
Tabelle 99: Ausmaß der von anderen in Anspruch genommenen Hilfen / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	165
Tabelle 100: Inanspruchnahme eines Sozialdienstes / Gewalt von Seiten des Gepflegten ...	165
Tabelle 101: Inanspruchnahme eines Sozialdienstes / Gewalt von Seiten des Pflegenden ...	166
Tabelle 102: Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Gepflegten.....	166
Tabelle 103: Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Pflegenden.....	166
Tabelle 104: Alter des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten.....	167
Tabelle 105: Schulabschluss des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten	168
Tabelle 106: Ausbildung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten	169

Tabelle 107: Ausbildung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden	169
Tabelle 108: Einschätzung des Ausmaßes der sozialen Verantwortung des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden	170
Tabelle 109: Einschätzung des Ausmaßes der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden	171
Tabelle 110: Einschätzung des Ausmaßes der Klagsamkeit des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten	171
Tabelle 111: Im Rahmen der Pflege eingetretene Änderung der Partnerschaftsqualität / Gewalt von Seiten des Gepflegten	172
Tabelle 112: Im Rahmen der Pflege eingetretene Änderung der Partnerschaftsqualität / Gewalt von Seiten des Pflegenden	173

Vergleich der Aussagen beider am Pflegedual beteiligter Personen (n = 32)

Tabelle 113: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes der gepflegten Person	174
Tabelle 114: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes der pflegenden Person	175
Tabelle 115: Differenzen bezüglich der Einschätzung des zeitlichen Pflegeaufwandes	175
Tabelle 116: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Grades der durch die Pflege resultierenden körperlichen Belastung	176
Tabelle 117: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Intensitätsgrades verschiedener körperlicher Belastungsfaktoren	176
Tabelle 118: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Grades der durch die Pflege resultierenden psychischen Belastung	177
Tabelle 119: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Intensitätsgrades verschiedener psychischer Belastungsfaktoren	178
Tabelle 120: Differenzen bezüglich der Einschätzung, wie sich die Partnerschaftsqualität im Rahmen der Pflege verändert hat	179
Tabelle 121: Differenzen bezüglich der Einschätzung, wie häufig es im Rahmen der Pflege zu Gewaltanwendungen von Seiten des Gepflegten gekommen ist	179
Tabelle 122: Differenzen bezüglich der Einschätzung, wie häufig es im Rahmen der Pflege zu Gewaltanwendungen von Seiten des Pflegenden gekommen ist	180

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Zugangswege zu Interviewpartnern	67
Abbildung 2: Häufigkeiten der Sozialkontakte	82
Abbildung 3: Vorhandene Erkrankungen aus den verschiedenen Fachgebieten	83
Abbildung 4: Beurteilung des Gesundheitszustandes der gepflegten Person	86
Abbildung 5: Beurteilung des Gesundheitszustandes der pflegenden Person	87
Abbildung 6: Qualität der Partnerschaft vor Eintritt der Pflegesituation	90
Abbildung 7: Im Rahmen der Pflege eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität .	91
Abbildung 8: Hauptgrund für die Pflegeübernahme	96
Abbildung 9: Häufigkeit des Auftretens von Gewalt von Seiten des Gepflegten	110
Abbildung 10: Häufigkeit des Auftretens von Gewalt von Seiten des Pflegenden	115
Abbildung 11: Reaktion der gepflegten Person auf Gewalt	118
Abbildung 12: Ausmaß des beim Gepflegten durch Gewalt ausgelösten Leides	119
Abbildung 13: Zeitpunkt des Auftretens von Gewalt im Rahmen der Pflege	120
Abbildung 14: Initiator von Maßnahmen gegen Gewalt	122
Abbildung 15: Zusammenhang: Psychische Erkrankung des Pflegenden / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Pflegenden	128
Abbildung 16: Zusammenhang: Zur Pflege geführt habende Erkrankung / Vorliegen von Gewalt von Seiten des Gepflegten	130
Abbildung 17: Zusammenhang: Grad der durch Lagewechsel beim Pflegenden entstehenden Belastung / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Gepflegten	133
Abbildung 18: Zusammenhang: Grad der psychischen Belastung / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Pflegenden	134
Abbildung 19: Zusammenhang: Grad der Belastung durch Ungeduld des Gepflegten / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Gepflegten	135
Abbildung 20: Zusammenhang: Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Gepflegten	136
Abbildung 21: Zusammenhang: Grund der Pflegeübernahme / Vorhandensein von Gewalt von Seiten des Gepflegten	137
Abbildung 22: Zusammenhang: Häufigkeit alleiniger Sozialkontakte des Pflegenden / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Pflegenden	138
Abbildung 23: Zusammenhang: Häufigkeit gemeinsamer Sozialkontakte zu Bekannten / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Gepflegten	139

Abbildung 24: Zusammenhang: Ausbildungsgrad des Pflegenden / Häufigkeit vom Pflegenden ausgehender Gewalt	146
Abbildung 25: Zusammenhang: Ausmaß der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden / Häufigkeit vom Pflegenden ausgehender Gewalt	148
Abbildung 26: Zusammenhang: Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Gepflegten	160
Abbildung 27: Person, welche als ursächlich für Gewalt von Seiten des Pflegenden angesehen wurde	181
Abbildung 28: Person, welche als ursächlich für Gewalt von Seiten des Gepflegten angesehen wurde	182

1. Einleitung

Bedingt durch eine sich immer mehr verschärfende Problematik einer alternden Gesellschaft und immer ausgeprägteren finanziellen Einschränkungen der öffentlichen Hand mit daraus resultierender stärkerer Eigenbeteiligung der Bürger entwickelt sich für viele Haushalte in noch verstärkterem Masse die Notwendigkeit, hilfe- und pflegebedürftige Angehörige zu Hause, in der Familie zu pflegen.

Nach wie vor sind es gerade die näheren Angehörigen, welche den Hilfe- und Pflegebedürftigen die notwendigen Hilfen geben und somit die Hauptlast der Aufgaben übernehmen. Die Angehörigen sehen sich häufig über lange Zeiträume hinweg mit multiplen Belastungen konfrontiert. Das Akzeptieren der Einschränkungen des Hilfe- oder Pflegebedürftigen in körperbezogener, hauswirtschaftlich-instrumenteller und auch kognitiver Hinsicht, Veränderungen des alltäglichen Lebens, der Partnerschaftsqualität oder der gesamten Familienstruktur und die Notwendigkeit, sich mit den eingeschränkten persönlichen Möglichkeiten auseinander zu setzen, können zusammen ausgeprägte Folgen für die psychische und physische Befindlichkeit nach sich ziehen und das Auftreten problematischer Verhaltensweisen fördern.

Da neben der Tatsache, finanziellen Notwendigkeiten gehorchen zu müssen, für den Großteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen der Verbleib im häuslich-familiären Umfeld ein wesentliches Ziel hinsichtlich der eigenen Lebensqualität darstellt, erscheint es notwendig, Faktoren, welche häusliche Pflege beeinträchtigen oder möglicherweise unmöglich machen, in das Zentrum des Interesses zu stellen. Gerade im Rahmen der Pflege auftretende problematische, verletzende Verhaltensweisen müssen in diesem Zusammenhang genannt werden. Diese gefährden neben den zwischenmenschlichen Beziehungen die Etablierung oder Fortführung der häuslichen Pflege, reduzieren die Lebensqualität der Betroffenen und verringern aus Sicht des Hilfe- und Pflegebedürftigen dessen Möglichkeiten, sein Leben möglichst selbstbestimmt und selbständig gestalten zu können. Aus diesem Grunde erscheint es notwendig, sich diesem Problemfeld verstärkt zu widmen.

Das Thema „Gewalt in der Pflege“ wurde erst in den 80-er Jahren in der Bundesrepublik in den Blickpunkt gerückt, lange nachdem sich die Themen „Gewalt gegen Kinder“ und „Gewalt gegen Frauen“ bereits etabliert hatten.

Das Aufgreifen des Themas „Gewalt gegen Alte“, insbesondere der häuslichen Gewalt, bedeutete dabei das Anrühren heiliger Kühe wie der Institution Familie und der christlichen Tradition, nämlich nach dem vierten Gebot, Vater und Mutter zu ehren.

Neben dem auch von Seiten der Medien geprägten Ideal der Jugendlichkeit, welches das Alter als bedrohlich, bekämpfens- oder aber verdrängenswert betrachtet, dürfte auch die Tatsache, „dass nicht sein kann, was nicht sein darf“, ein verspätetes Aufnehmen der Problematik der Gewalt im Alter mitbedingt haben. Die häufig bestehende Abgeschiedenheit des familiären Lebens und das Schützen möglicherweise problematischer Familienstrukturen vor den Blicken anderer erschwerte zusätzlich die Inangriffnahme der Problematik.

Noch 1993 hatte Dieck auf einen „fast totalen Mangel an entsprechender Forschung in der BRD“ hingewiesen. Das Thema familiärer Gewalt wurde im Frühjahr 1996 im Rahmen der Fachtagung in Bonn erstmalig diskutiert, wenig später die „Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter“ ins Leben gerufen.

Aufgrund des bisherigen Forschungsstandes scheint weitergehende Notwendigkeit zu bestehen, Aussagen hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens von Gewalt und möglicher Einflussfaktoren zu treffen. Neben der Darstellung auslösender Situationen sowie der Folgen von Gewalt für die Betroffenen erscheint auch die Beurteilung, welche Auswirkungen unternommene Bewältigungsversuche auf das erneute Auftreten von Gewalt haben, von Interesse. Gerade die Schilderung der Problematik aus der Sicht beider Betroffenen, der des Gepflegten und des Pflegenden, und das Aufdecken voneinander abweichender Einschätzungen bestimmter mit auftretender Gewalt und der Pflegesituation verbundener Faktoren könnte zum besseren Verständnis der Problematik beitragen.

Da nach derzeitigem Stand in der Bundesrepublik zum größten Teil (Ehe-) Partner Hauptpflegepersonen sind, was sich auch an dem Tatbestand erkennen lässt, dass mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen 55 Jahre oder älter sind, wurden Pflegeduale, in welchen ein Partner den anderen pflegt, in den Mittelpunkt eigener Untersuchungen gestellt.

Es wurde eine Interviewaktion durchgeführt, die sich an pflegende Partner (-innen) und die von ihnen Gepflegten richtete. Ziel war es, Informationen bezüglich des Gewaltvorkommens, genannter Ursachen auftretender Gewalt, daraus resultierender Folgen sowie durchgeführter Bewältigungsversuche zusammenzutragen. Die Daten sollen dann hinsichtlich ihrer Implikationen für mögliche Interventionen und sozialpolitische Konsequenzen diskutiert werden. Die Arbeit wurde durch Frau Prof. Dr. Reichert und Herrn Prof. Dr. Nägele vom Lehrstuhl für Soziale Gerontologie der Universität Dortmund betreut.

Vor Darstellung der Methodik und der Ergebnisse sollen im Rahmen eines Literaturüberblicks die wesentlichen Fakten bezüglich Pflegebedürftigkeit, familiärer Pflege und Gewaltphänomenen dargestellt werden.

Im zweiten Kapitel werden die Themen Pflegebedürftigkeit, Übernahme der Pflege sowie damit verbundene Belastungen dargelegt sowie der Gewaltbegriff diskutiert und in einen Zusammenhang mit der Ausrichtung der Studie gebracht. Daneben soll auf den bisherigen Forschungsstand bezüglich Häufigkeit und Entstehungsbedingungen von Gewalt insbesondere im Rahmen häuslicher Pflege eingegangen werden. Hypothesen hinsichtlich der durchzuführenden Studie werden in Kapitel 3 gestellt.

Nach Beschreibung der Methodik (Kapitel 4), der Darstellung der Ergebnisse der Interviews (Kapitel 5) und der festgestellten Zusammenhänge einzelner Faktoren mit dem Auftreten von Gewalt sowie einem Vergleich der Aussagen der gepflegten und pflegenden Personen zu bestimmten Sachverhalten (Kapitel 6) folgt die Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 7). Danach werden Handlungsempfehlungen gegeben, der weitere Forschungsbedarf erläutert und ein abschließender Ausblick gegeben.

2. Literaturstand

2.1 Demographischer Wandel und seine Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen

2.1.1 Zu erwartende Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

Die Veränderungen der Altersstruktur in Deutschland, aber auch in vielen anderen europäischen Industrienationen, welche sich im 20. Jahrhundert entwickelt haben und in den nächsten Jahrzehnten noch an Dynamik zunehmen sollen, führen dazu, dass das 21. Jahrhundert von Gesellschaftsforschern als „Jahrhundert der Senioren“ auserkoren wurde. Der ältere Mensch gewinnt somit immer größere Bedeutung in politischer, wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und auch wissenschaftlicher Hinsicht. Sowohl die absolute Zahl als auch der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung werden in steigendem Maße deutlich zunehmen (Bickel, 1997).

Nach einer Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird eine Zunahme der Bevölkerungsgruppe der über 65- Jährigen von knapp 20 Prozent auf etwa 33 Prozent im Jahre 2030 prognostiziert (Statistisches Bundesamt, 2000b). Es muss von einem Anstieg der über 65-Jährigen um sieben Millionen auf über 20 Millionen ausgegangen werden. Der Anteil über 80-Jähriger wird von 4 Prozent im Jahre 2000 auf über 11 Prozent ansteigen.

Bis ins Jahr 2050 dürfte sich die Gruppe der 80- bis 90-Jährigen um etwa 4 Millionen, die der über 90-Jährigen um eine Million erhöhen (Deutscher Bundestag, 2002 a S.210; Bickel, 2001; Statistisches Bundesamt, 2000b; Schäfers & Zapf, 1998). Der stärkste Zuwachs erfolgt somit in der Altersgruppe der Hochbetagten.

Die sich auf einen längeren Zeitraum beziehenden Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung können durch nicht genau vorausschaubare Entwicklungen in ihrem Ausmaß beeinflusst werden. Selbst eine verstärkte Zuwanderung junger Menschen aus anderen Nationen oder mögliche Veränderungen im Gesundheitswesen dürften die oben dargestellte Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland nur verlangsamen, nicht aber anhalten oder gar umkehren (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 1998).

2.1.2 Gründe für die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland

Die Gründe der umwälzenden Veränderung der Alterstruktur liegen vor allem in einer verminderten Geburtenrate und einer durch Verbesserungen der Gesundheitsvorsorge und medizinischen Versorgung sowie besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen erzielten immer weiter zunehmenden Lebenserwartung (Lux-Henseler, 2001).

Den in den letzten Jahren verzeichneten Trend hin zur Kleinfamilie verfestigen neue Lebensformen, die Emanzipationsbewegung, die vermehrte Erwerbstätigkeit von Frauen und die zunehmende Individualisierung der Lebensstile (Amt für Statistik Nürnberg, 2001; Höhn, 2001; Lux-Henseler, 2001). Während Mitte der 60-er Jahre („Baby-Boom“) das Geburtenniveau noch bei durchschnittlich 2,5 Kindern je Frau lag, pendelte der Wert in den letzten Jahrzehnten um 1,4 je Frau. Das Geburtenniveau liegt somit um etwa ein Drittel unter dem Niveau, welches für den Generationenersatz notwendig wäre (Schwarz, 2001, S.4). Bei Fortsetzung des eingeschlagenen Trends muss davon ausgegangen werden, dass die Bevölkerungszahl Deutschlands in den nächsten 50 Jahren von derzeit etwa 82 Millionen auf 65 bis 70 Millionen sinken wird (Statistisches Bundesamt, 2000b).

2.1.3 Gesellschaftspolitische Konsequenzen der in den europäischen Industrienationen bestehenden Altersstruktur der Bevölkerung

Die zu erwartende Veränderung der Altersstruktur stellt eine der wesentlichen gesellschaftspolitischen Herausforderungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte dar. Da sich mit zunehmendem Lebensalter die Anfälligkeit hinsichtlich der Entwicklung körperlicher und psychischer Krankheiten erhöht, muss von einem immer weiter ansteigenden Versorgungsbedarf und damit einhergehenden höheren finanziellen Belastungen für die sozialen Sicherungssysteme ausgegangen werden (Bickel, 1997; Statistisches Bundesamt, 1998).

In diesem Zusammenhang gilt es zukünftig hinsichtlich der Ressourcenverteilung, dem Ausgleich zwischen den Generationen und der Allokationsgerechtigkeit der Gefahr entgegenzuwirken, dass die Integration alter Menschen in das Versorgungssystem im Diskurs

der Generationen, wie in Ansätzen bereits erkennbar, zunehmend gefährdet wird (Tesch-Römer, Kanowski & Engstler, 2002).

Das Ziel, Reformen voranzutreiben, die auch in der Zukunft die Aufrechterhaltung des Generationenvertrags und die Sicherung der Versorgungsansprüche aus der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung gewährleisten, ohne die mittlere Generation, die Beitragszahler und die pflegenden Angehörigen zu überfordern, erscheint von zentraler Bedeutung (Höhn, 2001).

Die sich immer weiter auftuende Schere zwischen schrumpfenden Einnahmen und insbesondere für alte Menschen notwendig werdenden höheren Ausgaben führen bei den betroffenen Krankenkassen und in der Diskussion der Problematik dazu, dass von alten Menschen bereits als Kostenfaktoren gesprochen wird, welche unsere Sozialsysteme aushebeln. Bereits heute wird darüber nachgedacht, ob bei Überschreiten eines gewissen Alters medizinische Leistungen überhaupt noch sinnvoll seien. Das vorherrschende negative „Altersbild“ und die zunehmend sinkende solidarische Haltung jüngerer Menschen gegenüber alten Menschen gefährdet das im Grundgesetz verankerte Recht der älteren Menschen auf „Gleichbehandlung“ ihrer Leiden und lässt die „Lohnt es sich noch-Frage“ aufkommen. Schon heute werden Senioren damit konfrontiert, dass ihnen medizinische Leistungen vorenthalten werden (Scherfenberg, 2001).

Gerade die immer prekärere Versorgungssituation forciert die Notwendigkeit gerontologischer Forschung, um zu einer Entlastung der finanziellen Problematik beitragen zu können.

Dabei gilt es, Problemfelder bezüglich Bedingungsfaktoren, Kennzeichen sowie möglichen Auswirkungen zu untersuchen, um in der Folge Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln zu können.

Ziel dieser Arbeit soll es sein, einen wesentlichen Eckpfeiler der Versorgung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die häusliche Pflege durch Angehörige, in unserem Falle die Pflege durch den Ehepartner, ins Blickfeld zu nehmen und den Fokus auf das Auftreten problematischer Verhaltensweisen und Gewalt, welche die Fortführung der häuslichen Pflege ernsthaft gefährden können, zu richten.

2.2 Anzahl und Struktur der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Deutschland

2.2.1 Pflegebedürftigkeit im Alter - eine grundlegende Information

Die Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen ist eine gesellschaftliche Aufgabe, deren Erfüllung immer prekärer wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1994; Rosenkranz & Schneider, 1997). 2,02 Millionen pflegebedürftige Menschen lebten zum Jahresende 1999 in der Bundesrepublik Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2001b), wovon 1,44 Millionen in Privathaushalten versorgt wurden (Statistisches Bundesamt, 2001a). Während im dritten Lebensalter (65 bis 80 Jahre) die meisten Personen noch aktiv und relativ gesund sind, tritt ab dem 80. Lebensjahr eine überproportionale Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen auf. Besonders das hohe Alter ist somit von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet (Deutscher Bundestag, 2002; Gilberg, 2000; Naegele & Reichert, 1997; Rückert, 1997; Schneekloth & Müller, 2000). Während im Alter von 60-64 Jahren 1,6% der Betroffenen pflegebedürftig sind, liegt der Anteil in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen bei 38,4 % und bei den über 90-Jährigen bei 60,2 % (Statistisches Bundesamt, 2001b).

Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung lässt, falls in präventiver oder kurativer Hinsicht keine wesentlichen Fortschritte erzielt werden, eine weitere Zunahme der Pflegebedürftigkeit erwarten.

Rothgang (2001) geht in einer Prognose für den Zeitraum vom Jahr 2000 bis 2040 von einer Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung von 1,86 Millionen auf 2,98 Millionen aus, was einer Steigerungsrate von 61% entspricht (Deutscher Bundestag, 2002, S.235). Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung DIW (2001) kommt in einer Prognose bei Annahme konstanter Prävalenzraten für das Jahr 2050 auf einen Wert von 4,72 Millionen Pflegebedürftigen, was eine Steigerung von 145 % gegenüber dem Jahre 1999 darstellt.

Ursachen, welche zur Pflegebedürftigkeit führen, stellen vor allem multifaktoriell verursachte chronische Erkrankungen dar (Steinhagen-Thiessen, Wrobel & Borchelt, 1999). Am häufigsten stellen Frakturen durch Unfall, Hirngefäßerkrankungen, chronische Erkrankungen der inneren Organe sowie des Bewegungsapparates, schwere rheumatische Erkrankungen und Beeinträchtigungen der Sinnesorgane die Ursachen hierfür dar. Häufig treten zudem Überlagerungen chronisch-degenerativer durch psychische Erkrankungen auf, welche eine weitere Zunahme der damit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität mit

sich bringen. Auch Demenzerkrankungen, welche eine außergewöhnliche Belastung für die Betroffenen und die Pflegenden darstellen sowie hohe gesellschaftliche Kosten verursachen, dürften in Zukunft in immer größerem Ausmaß Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen (Reichert, 1998).

Kennzeichen der über 80-jährigen Pflegebedürftigen (Schneekloth & Müller, 2000) ist unter anderem, dass der Großteil kinderlos und ohne Partner ist, weshalb die Versorgung durch Verwandte, Freunde oder Bekannte, wahrscheinlicher aber von professionellen Helfern übernommen werden muss. Durch die tendenzielle Zunahme von Singlehaushalten und kinderlosen Paaren dürfte sich der Trend, dass in dieser Altersgruppe verstärkt professionelle Helfer die Pflege übernehmen, noch verstärken (Deutscher Bundestag, 2002; Naegele & Reichert, 1999).

2.2.2 Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten in Deutschland

Die Unterteilung in Hilfe- und Pflegebedürftige geschieht durch Beurteilung des Hilfe- und Pflegebedarfs, welcher aufgrund vorliegender Einschränkungen in körperbezogener Hinsicht und bezüglich hauswirtschaftlicher Verrichtungen pro Tag notwendig erscheint. Erst die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen und das Feststellen eines Hilfe- und Pflegebedarfs von mindestens neunzig Minuten täglich ermöglicht den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung und die Eingliederung in die Gruppe der Pflegebedürftigen.

Nach Ergebnissen einer Infratest Repräsentativerhebung erhielten in Deutschland Ende 2002 knapp 1,4 Millionen in Privathaushalten wohnende Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Bei knapp 3 Millionen Personen bestanden Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI (Schneekloth & Leven, 2003).

Sowohl in der Gruppe der Pflege- (63%) als auch der Hilfsbedürftigen (64%) dominieren aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung die Frauen. 32 % der Pflegebedürftigen und 42 % der Hilfsbedürftigen sind verheiratet, ein hoher Anteil der Pflege- (31 %) und Hilfsbedürftigen (41 %) lebt allein oder zumeist zusammen mit dem Ehepartner in einem Zweipersonenhaushalt (41 % bzw. 40 %).

Mit steigendem Lebensalter erhöht sich das Risiko der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Bei den 65 bis 79-Jährigen, die in Privathaushalten leben, sind 4 % auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen, 9 % der Männer und 12 % der Frauen benötigen vorwiegend hauswirtschaftliche Hilfe, ohne Leistungsempfänger der Pflegeversicherung zu sein. Bei den Über-80-Jährigen sind es 15 % der Männer und 21 % der Frauen, die in Privathaushalten Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

Wie dauerhaft der Einfluss einer Pflegesituation auf das Leben der betroffenen Personen sein kann, zeigt die Tatsache, dass bei den Pflegebedürftigen bereits 8 Jahre und bei den sonstigen Hilfebedürftigen fast 10 Jahre vergangen sind, seitdem erstmalig Einschränkungen im Bereich der selbständigen Lebensführung aufgetreten sind.

Weiterhin tragen nähere Angehörige die Hauptlast der zu erbringenden Hilfeleistungen. 92 % der Pflege- und 85 % der Hilfebedürftigen werden privat von Familienangehörigen betreut. Am häufigsten ist nur eine Person an der Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt (36 %). Private Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger sind am häufigsten die Ehepartner (28 %) gefolgt von den Töchtern (26%).

Die Hauptpflegepersonen sind meist weiblichen Geschlechts (73 %), älter als 55 Jahre (60%), nicht erwerbstätig (60%) und leben im gleichen Haus (62%). Zum Grossteil gilt, dass sie im Prinzip täglich rund um die Uhr für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen müssen (64%). 36,6 Stunden pro Woche werden nach eigenen Angaben für die Pflege oder Betreuung im Schnitt aufgewendet, bei Hilfebedürftigen 14,7 Stunden.

Die bei Betreuung eines Pflegebedürftigen auftretenden Belastungen werden in 83 % der Fälle als sehr oder eher stark eingestuft. Bei Betreuung eines Hilfebedürftigen liegt dieser Anteil bei 39% (Schneekloth & Leven 2003).

2.3 Belastungen im Rahmen der Pflegesituation

2.3.1 Kennzeichen häuslicher Pflegesituationen

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen ist häufig mit dem Auftreten verschiedenster Belastungsfaktoren verbunden (Halsig, 1995). Aufgrund des sozialen Anspruchs aller Beteiligten übernimmt zumeist die Frau die Pflege. Ein nicht unerheblicher Teil der Hauptpflegepersonen, insbesondere Töchter und Schwiegertöchter, übernehmen die Pflege jedoch auf familiären Druck hin, somit nicht aus altruistischen, selbstwertdienlichen Motiven,

welchen belastungsreduzierende Wirkungen nachgesagt werden (Brody, 1995; Gatz, Bengtson & Blum, 1990; Halsig, 1995; 1998; Wahl, 1991).

Häufig stellt eine Person die alleinig Pflegende dar, was zu einer erhöhten Beanspruchung führt. Die meist mehrere Stunden täglich umfassende Pflege bestimmt oft den gesamten Tagesablauf und zeigt sich in der Regel nicht auf eine bestimmte Tageszeit beschränkt, sondern verteilt sich über den gesamten Tag hinweg (Schröppel, 1992). Schneekloth & Leven berichteten 2003, dass bei Pflege eines Pflegebedürftigen 64 % der Hauptpflegepersonen angaben, rund um die Uhr verfügbar sein zu müssen, bei Pflege eines Hilfebedürftigen lag der Anteil bei 44 %. Gräbel (2001) erhob bei Pflege eines Demenzkranken eine bei durchschnittlich 6 Stunden täglich liegende Unterstützungsleistung. Untersuchungen zu Situation und Belastungen von Hauptpflegepersonen lassen erkennen, dass 90 % von ihnen äußerst pflegeintensive Unterstützung leisten (Halsig 1995, 1998). Ein großer Teil der Hauptpflegepersonen fühlt sich von den Pflegeanforderungen stark oder sehr stark belastet (Faßmann, 1996; Reichert, 1998; Schneekloth & Leven, 2003). 80 % der pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter fühlen sich mittel bis hoch belastet und stellen damit hinsichtlich des Belastungserlebens ein besonders stark betroffenes Kollektiv dar (Gräbel, 2001).

Die Tatsache, dass der Pflegebedürftige zumeist unter einer chronischen Krankheit leidet, lässt lange Pflegezeiten erwarten. Nach Halsig (1995) lagen die Pflegezeiten zwischen 1 und 25 Jahren, schwerpunktmäßig zwischen 1 bis 5 und 5 bis 10 Jahren. Für die Pflege demenziell Erkrankter wies Grond (1998) darauf hin, dass die Dauer der Pflege 9 Jahre betrage, was in etwa auch der Krankheitsdauer entspreche.

Durch die Übernahme der Pflege des Angehörigen sieht sich der Pflegende mit Folgen der Erkrankung des Pflege- bzw. Hilfebedürftigen in körperlicher Hinsicht, aber auch in Form von Persönlichkeitsveränderungen oder auftretenden kognitiven Defiziten konfrontiert, welche Anpassungsvorgänge nötig werden lassen, aber auch ausgeprägte Auswirkungen auf die Beziehungsstruktur oder das Verhältnis der am Pflegedual beteiligten Personen zueinander nach sich ziehen können.

Neben körperlichen Hilfen wie Unterstützung bei Lagewechseln, Stützen beim Gehen oder Hilfen bei Hygienemaßnahmen stellen psychische Hilfen wie die Hilfestellung bei Identitätskrisen des Pflegebedürftigen, Unterstützung und Förderung im Rahmen der Krankheitsverarbeitung und soziale Hilfen, die dazu dienen, dem häufig eingetretenen Kontaktverlust und der Isoliertheit der betreuten Person entgegen zu wirken,

Herausforderungen für den Pflegenden dar, welche sowohl zeitliche, körperliche, aber auch psychische Anforderungen nach sich ziehen.

Durch die mannigfaltigen Aufgaben sieht sich der Pflegende häufig dazu genötigt, bisher eingenommene Rollen einzuschränken und das eigene Ich mit seinen Bedürfnissen der neuen Lebenssituation anzupassen. Eine Belastung entsteht insbesondere dann, wenn es zum Auftreten einer Diskrepanz zwischen der vorhandenen Anforderung und der unmittelbaren Bewältigungsmöglichkeit kommt.

In der Folge sollen die wesentlichen auf den Pflegenden einwirkenden Belastungsfaktoren, deren Folgen und Untersuchungsergebnisse insbesondere für die im Rahmen der eigenen Studie dominierenden Krankheitsbilder Parkinson-Syndrom, apoplektischer Insult und Demenz dargestellt werden.

2.3.2 Im Rahmen der häuslichen Pflege eines Angehörigen auftretende Belastungen

2.3.2.1 Verhaltens- und Persönlichkeitsänderungen der pflegebedürftigen Person

Erkrankungen des Gehirns können neben neuropsychologischen Defiziten, wie zum Beispiel Aphasien, Einschränkungen in kognitiver und sensomotorischer Hinsicht sowie affektive Störungen und psychotische Symptome zur Folge haben. Zudem kann es zum Auftreten von Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen kommen, welche die Qualität der Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen deutlich beeinflussen können.

Einschränkungen der kommunikativen Fähigkeiten und problematische Verhaltens- oder Persönlichkeitsänderungen werden dabei häufiger als physische Einschränkungen als besondere Belastung erlebt (Brink, 2002).

Bezogen auf demenziell Erkrankte beschreibt Gräßel (1996) folgende Verhaltensstörungen als besonders belastend: Aggression, Gewalt, Unruhe und Ruhelosigkeit, Umherwandern mit der Gefahr, verloren zu gehen, Veränderungen des Tag-Nacht-Rhythmus mit Nachtaktivität und tagsüber Schläfrigkeit sowie Unachtsamkeit bezüglich der eigenen Sicherheit und Eigentum beschädigendes Verhalten. Auch aufdringliches, anklammerndes, unkontrollierbares oder

unvorhersehbares Verhalten kann zur besonderen Belastung führen und neben Ärger auch Aggressionen nach sich ziehen sowie zur Überzeugung beitragen, hilflos zu sein und nicht helfen zu können (Grond, 1998).

Verhaltens- und Persönlichkeitsänderungen können zur völligen Verunsicherung im Umgang mit dem Pflegebedürftigen, zur Entfremdung vom Gepflegten, zu Angst, Unverständnis, Ärger, Aggressionen und auch Schamgefühlen gegenüber Dritten führen. Negative Auswirkungen auf die Beziehungsstruktur, die Qualität der Pflege und das Ausmaß eingegangener Sozialkontakte können eine weitere Verstärkung der Problematik herbeiführen. Durch hirnorganische Erkrankungen bedingte affektive Störungen wie depressive Symptome, aber auch psychotische Symptome wie Wahn oder Halluzination, welche im Rahmen der Parkinson'schen Erkrankung nicht selten medikamentös induziert sind, können die Beziehungsfähigkeit der gepflegten Person unterminieren und das Verhältnis zwischen Gepflegtem und Pflegendem weiter belasten (Braun & Articus, 1984).

Draper, Poulos, Cole und Ehrlich (1992) wiesen für die Pflegenden von Angehörigen mit Demenz und Schlaganfall nach, dass Verhaltensauffälligkeiten und Stimmungsschwankungen des Gepflegten deutlich mit dem Ausmaß der Belastung und dem Auftreten psychischer Erkrankungen korrelieren. Bei Pflege eines Angehörigen nach erlittenem Schlaganfall stellen insbesondere depressive und aggressive Veränderungen im Verhalten des Gepflegten Gründe für eine besonders stark empfundene subjektive Belastung dar (Jungbauer, v. Cramon & Wilz, 2003), aber auch das Ausmaß der beim Gepflegten bestehenden Einschränkungen spielt eine wesentliche Rolle (Scholte, Reimer, de Haan, Rijnders, Limburg & van den Bos, 1998). Vor allem die subjektive Einschätzung der beim Gepflegten bestehenden Einschränkungen durch den Pflegenden korreliert dabei mit der Höhe der empfundenen psychosozialen Belastung (Kitze, v. Cramon & Wilz, 2002). Gerade kognitive Einschränkungen mit ihren ausgeprägten Auswirkungen zeigen sich mit der Höhe der erlebten psychosozialen Belastung korreliert. Thommessen, Aarsland, Braekhus, Oksengaard, Engedal und Laake (2002) wiesen dies für die Erkrankungsbilder Parkinson und Schlaganfall in signifikantem Ausmaß und geringer ausgeprägt auch für die Demenz nach.

2.3.2.2. Rollenkonflikte und Beziehungsveränderungen

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen zieht häufig nach sich, dass Rollen, welche die Pflegenden zuvor innehatten, angepasst werden müssen. Interrollenkonflikte mit der Rolle des Partners, der Mutter, des Freundes, der Berufstätigen oder beispielsweise des Vereinsmitglieds können dabei auftreten. Im Laufe der eingegangenen Pflegesituation kommt es zu typischen Umstellungsvorgängen in der Umgebung des Pflegeduals und in ihm selbst.

Zur Beschreibung der auftretenden Rollen- und Beziehungsveränderungen wird auf ein von K.-H. Urlaub (1988) entwickeltes Modell, welches die Phasen der Bewältigung von Belastungen im Rahmen der Pflege darstellt, zurückgegriffen. Er differenzierte im Rahmen der Bewältigung der Pflegesituation mehrere charakteristische Phasen: die Orientierungs- bzw. Entscheidungs-, Anfangs- und Umstellungsphase.

Innerhalb des Pflegeduals tritt eine Regelbildung ein, rein technisch gesehen wird der Pflegerhythmus aufeinander abgestimmt, der Selbstständigkeitsdrang des Kranken erkundet und möglichst akzeptiert. Innerhalb der Familie können sich Hilfen durch andere Mitglieder ergeben, das Anspruchsdenken der übrigen Familienangehörigen an den Pflegenden wird moduliert.

Während in der Anfangsphase durch den häufig akuten und intensiven Beginn der Pflege, die starke zeitliche Inanspruchnahme sowie die zumeist geringe Achtung der Pflege durch den Pflegebedürftigen, welcher subjektiv auf das Verarbeiten seiner Defizite fokussiert ist, eine krisenhafte Überforderung vorherrscht, ist die Umstellungsphase dadurch charakterisiert, dass eine Kontinuität zwischen dem Pflegenden und Gepflegten im Sinne eines „Eingespeltseins“ angestrebt wird. Diese Phase kann Probleme im Rahmen des Versuchs, den Verhaltenserwartungen aller gerecht zu werden, durch Empfinden einer Zwangssituation und durch die Angst davor, für immer eingeschränkt und belastet und nicht mehr ausreichend in der Lage zu sein, eigene Gestaltungsmöglichkeiten und Perspektiven entwickeln zu können, hervorbringen.

Das Resultat der Umstellungsphase kann dabei zu einer wenig gelungenen Anpassungsstruktur führen. Die Resultate können sowohl hinsichtlich des Außensystems (Umgebung, Freunde, Nachbarn) und des Innensystems betrachtet werden. Das Außensystem betreffend kann es zum Erleben des Isoliertseins, welches das Ausdrücken eigener Konflikte und Ängste beeinträchtigt, kommen.

Hinsichtlich des Pflegeduals kann ein instabiler Endzustand entstehen, in welchem keine Balance zwischen den Bedürfnissen des Pflegenden und des Gepflegten gefunden wird, was

häufig Dissonanzen und Belastungen nach sich zieht. Gerade bei Pflege eines demenziell Erkrankten durch den Partner müssen langjährige Beziehungen völlig neu definiert werden (Ehrhardt, 1999). Durch ein verändertes Abhängigkeitsgefüge sowie veränderte Machtpositionen können belastende Schuldgefühle und damit negative Folgen für den Pflegealltag entstehen, was Grond (1998) für die Pflege demenziell Erkrankter beschrieb.

Seltene positive Rückmeldungen des Gepflegten, welche den Pflegenden motivieren könnten, stellen dabei ebenfalls Belastungen dar. Die Auswirkungen von Persönlichkeits- oder Verhaltensänderungen des Gepflegten auf die Beziehungsstruktur mit der Gefahr einer Akzeptanzkrise beim Pflegenden oder eines kompletten Beziehungsverlustes wurden bereits beschrieben.

Auch innerhalb der Familie kann es beispielsweise bei Kindern durch die Konfrontation mit ihren hilflosen Eltern zu quälenden Beziehungskonflikten kommen.

Die dargestellten Probleme verbunden mit einer Akzeptanzkrise der eigenen, veränderten Persönlichkeit und der veränderten Verhaltensweisen führt zu einem Konflikterleben, was zuletzt auch zur Krise der Kontrollüberzeugung führen kann. Eine Krise aufgrund der erlebten Hilflosigkeit und der Überforderung ist die Folge.

Eine Identitätskrise kann mehrere Ursachen zur Grundlage haben. Neben einer Störung des Selbstkonzeptes und einer Verminderung des Selbstwertgefühles, sind diesbezüglich ein Verlust der Kontrollüberzeugung oder -motivation zu nennen. Trotz der am Pflegenden wirkenden widerstrebenden Anforderungen und dem Hin- und Hergerissensein zwischen eigenen Wünschen und Möglichkeiten bestehen Bewältigungsoptionen.

Nach Urlaub (1988) können Bewältigungstechniken zwei unterschiedliche Grundintentionen beinhalten, nämlich einerseits durch Abschottung oder andererseits durch die Tendenz, sich einzulassen, zum Ziel zu kommen.

Welche Bewältigungsform gewählt wird, hängt von den Faktoren der eigenen Kompetenz, welche von der eigenen Lebensgeschichte und dem Ausmaß der sozialen Erfahrung abhängig ist, und den übrigen Familienmitgliedern ab.

Die Abschottungstaktik stellt den Versuch dar, durch Trennung von Lebensbereichen die Situation zu meistern. Dabei kann es dazu kommen, dass der Kranke zwar noch versorgt wird, jedoch keine Kommunikation mehr stattfindet. Bei der ambivalenten Abschottung wechseln Phasen des Abschottens mit jenen des Einlassens, was ebenfalls zu Problemen führen kann.

Bei der Einlasstendenz wird der Versuch einer besonders nahen, intensiven Beziehung zum Pflegebedürftigen unternommen. Gerade die besondere Nähe kann auf dem Boden zu starker Selbstaufgabe und zu geringer Abgrenzungsfähigkeit resignativ-depressive, aber auch

aggressive Haltungen zur Folge haben. Durch die symbiotische Abgrenzung, bei welcher eigene Identitätsprobleme mit einer Reaktion, nämlich die Pflegerolle zu übernehmen, überspielt werden, kommt es häufig dazu, dass Probleme nur zugedeckt werden. Die Infantilisierung, die Rollenumkehr des Mutter-Kind-Schemas, kann ebenfalls Probleme nach sich ziehen.

Die durchlässige Abgrenzung, welche durch eine stabile Identität, gute Kompetenz und Abgrenzungsfähigkeit gekennzeichnet ist, muss als anzustrebende Bewältigungsform angesehen werden.

Auswüchse einer Konfliktbewältigungsstörung können bei der Abschottungstendenz sein: Behandlung mit ständiger Aggression, Drohung mit Unterbringung im Heim, Strafe durch Liebesentzug, gezielte Vernachlässigung, bewusste Strafe z.B. bei der Pflege, Einsperrung, Isolierung, medikamentöse Überdosierung. Im Rahmen der Einlasstendenz sind häufig Selbstschädigungen wie psychosomatische Beschwerden, Tablettenmissbrauch und Suchtmittelgenuss die Folge (Urlaub, 1988).

2.3.2.3 Auswirkungen der Pflegesituation auf die Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten sowie Sozialkontakte

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen, insbesondere des Partners, führt in den meisten Fällen dazu, dass es zu einer Einschränkung der Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten sowie der Sozialkontakte kommt. Häufig wird der Versuch unternommen, die bestehenden Anforderungen in anderen Bereichen durch Reduzierungen im Freizeitbereich zu kompensieren (Beck, 1997). Neben einem chronischen Zeitmangel (Reichert, 2000) führt auch die Unsicherheit, wie man gegenüber Bekannten und Freunden mit der Pflegesituation umgehen soll, dazu, dass Sozialkontakte seltener zustande kommen (Käsler-Heide, 1998).

Das seltener Wahrnehmenkönnen oder gar der Verzicht auf sportliche Betätigung, Ausübung eines Hobbys, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, Reisen, Naturerleben und gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen kann zum Eindruck führen, nicht mehr am Leben teilnehmen zu können, sozial isoliert zu sein, keine Möglichkeiten zu haben, innere Anspannung abbauen zu können, Kraft zu schöpfen, sich weiterzuentwickeln und verwirklichen zu können. Durch die selteneren Sozialkontakte wird es auch zunehmend

schwerer, bestehende Sorgen und Probleme, mit anderen besprechen, sich Rat holen oder einfach nur „Dampf ablassen“ zu können. Das Gefühl, mit allem überfordert zu sein, kann dann die Folge sein. Die eingeschränkte oder unmöglich gemachte Nutzung von Aktivitäten zur eigenen Psychohygiene kann sich negativ auf das psychische Befinden der Pflegeperson und in der Folge auch des Pflegebedürftigen auswirken. Neben depressiven Symptomen treten insbesondere die Symptome Angst, innere Unruhe und Angespanntheit, vermehrte Impulsivität und Schlafstörungen auf. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Pflege, die Beziehung zwischen Gepflegtem und Pflegendem sowie Gewalt können ebenso daraus resultieren. Carell (1999) und Grafström, Nordberg und Winblad (1993) wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine durch Überforderung der Pflegeperson eintretende verschlechterte Pflegequalität Gewalt von Seiten des Gepflegten gegenüber dem Pflegenden auslösen kann.

Als Hauptgründe hohen subjektiven Belastungserlebens ließen sich bei Pflege von Schlaganfall- und Demenzkranken die Unzufriedenheit der Pflegeperson hinsichtlich der Teilnahme an alltäglichen Lebensaktivitäten erkennen (Draper et al. 1992), bei Pflege von Schlaganfallkranken das Eingeschränktheit im sozialen Leben, da mit steigendem Pflegebedarf angegeben wurde, dass man kaum noch aus dem Haus komme, kein Urlaub mehr möglich und auch der Kontakt zu Freunden und Bekannten sehr eingeschränkt sei (Scholte et al. 1998). Thommessen et al. (2002) hatten im Rahmen einer die Pflege von Personen, welche an einer Demenz, einer Parkinson- oder Schlaganfallerkrankung litten, betreffenden Studie herausgearbeitet, dass neben Desorganisation des Haushalts und Schlafstörungen besonders Einschränkungen des Soziallebens und der Möglichkeit, in den Urlaub zu fahren, für die Pflegenden besondere Belastungsfaktoren darstellen.

2.3.2.4 Einschränkung und Aufgabe der Erwerbstätigkeit, finanzielle Belastungen

Eine Teilnahme am Berufsleben kann für die Betroffenen viele positive Auswirkungen haben. Neben dem finanziellen Aspekt bietet die Beschäftigung mit bestimmten Aufgabenstellungen Möglichkeiten, sich Herausforderungen stellen und sich selbst bestätigen zu können, gedankliche Ablenkung von sonstigen Problemen zu erfahren, sich Anerkennung zu erwerben und Erfolge für sich zu verbuchen. Sozialkontakte, welche sich auch in den privaten Bereich

hinein entwickeln können, sind mit der Berufstätigkeit zumeist verbunden und bieten Möglichkeiten zum gegenseitigen Austausch.

Bei Übernahme der Pflege eines Angehörigen neigen die pflegenden Personen dazu, mit steigendem Pflegebedarf ihre Erwerbstätigkeit zu reduzieren oder ganz aufzugeben (Schneekloth, 1996). Die mehrfach beschriebene (Blinkert & Klie, 2000; Reichert, 2003) entlastende Funktion der beruflichen Tätigkeit geht damit verloren. Gleichzeitig gefährden die zumeist weiblichen Pflegepersonen aufgrund der derzeit bestehenden Arbeitsmarktbedingungen, welche dadurch gekennzeichnet sind, dass es besonders nach dem 40. Lebensjahr schwierig ist, überhaupt wieder eine Anstellung zu erlangen, ihre berufliche Reintegration mit negativer Auswirkung auf die Altersversorgung (Bracker, Dallinger, Karden & Tegthoff, 1998; Dallinger, 1997).

Neben der Einschränkung oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit durch den Pflegenden führen durch die Pflege bedingte Aufwendungen (Rezeptgebühren, rezeptfreie Präparate, Inkontinenzmaterial, Zuzahlung zu professioneller Pflege, Haushaltshilfen und Umbaumaßnahmen) trotz abfedernder Wirkung der Pflegeversicherung häufig zu einer Minderung des Einkommens und damit auch der Lebensqualität der Betroffenen (Creedon, 1999). Dies kann als Folge Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit sowie die Qualität der Pflege und der Beziehung der am Pflegedual Beteiligten haben.

2.3.2.5 Gesundheitliche Belastungen

Körperliche Hilfen wie Unterstützung bei Lagewechseln, Stützen beim Gehen oder Hilfen bei Hygienemaßnahmen, aber auch vermehrt anfallende Arbeiten beispielsweise im Haushalt und Garten sowie eine gestörte Nachtruhe führen zu einer vermehrten körperlichen Belastung, welche negative Folgen für die Gesundheit nach sich ziehen kann. Im Falle der Pflege des Partners befinden sich die Pflegepersonen meist selbst in einem höheren Alter, welches häufig durch bereits bestehende Erkrankungen gekennzeichnet ist. Beschwerden im Bereich des Skelettsystems, besonders Rückenbeschwerden, des Herzens, des Magens werden im speziellen, Erschöpfungszustände im allgemeinen im Rahmen der Pflege beklagt und zeigen sich bezogen auf die Gesamtbevölkerung in der Gruppe der Pflegenden deutlich erhöht (Ehrhardt, 1999; Gräbel, 1998b).

Bei Pflege eines Angehörigen nach erlittenem Schlaganfall berichtet Brink (2002) darüber, dass die pflegenden Angehörigen seit Beginn der Pflegesituation über Schlafprobleme, Magen- und Rückenprobleme klagten, deren Ursachen sie jedoch nicht immer direkt mit den Belastungen der Pflege in Verbindung brachten, sondern auch das Alter selbst, falsche Medikamentenbehandlungen und mangelnde Anleitung bei Hebearbeiten als Ursachen nannten. Schlaflosigkeit und Nervosität wurden häufiger beklagt, wobei diesbezüglich Pflegebelastungen als ursächlich angesehen wurden.

Durch die Pflege steigt zudem das Risiko, eine psychische Erkrankung auszubilden. Insbesondere depressive Erkrankungen, die bis hin zur Suizidalität führen können, stehen dabei im Vordergrund. Etwa die Hälfte aller pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten leiden an einer Depression (Ehrhardt, 1999), das Risiko der Notwendigkeit einer Psychopharmakotherapie zeigt sich zudem erhöht (Schulz, 2001). Auch bei häuslicher Pflege eines Parkinsonkranken ließ sich mit steigender Pflegebelastung ein erhöhtes psychiatrisches Erkrankungsrisiko (Happe & Berger, 2002; Thommessen et al. 2002) sowie ein signifikant höherer Grad des Nutzens von Tranquillizern erkennen (O' Reilly, Finnan, Allwright, Smith & Ben-Shlomo, 1996). Mit zunehmender Dauer der Pflege eines Parkinsonkranken steigt die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung depressiver Symptome (Fernandez, Tabamo, David & Friedman, 2001). Die Pflege eines an einer Demenz oder Schlaganfall Erkrankten führt beim Pflegenden zu vergleichbar erhöhtem Risiko, depressive Symptome oder Müdigkeit/Erschöpftheit (Clark & King, 2003) oder allgemein psychologische Symptome zu entwickeln (46 % der Pflegenden) (Draper et al. 1992).

Bei Pflege eines Angehörigen, welcher einen Schlaganfall erlitten hat, besteht für den Pflegenden sowohl in der akuten als auch chronischen Krankheitsphase ein erhöhtes Risiko, eine Depression auszubilden (Han & Haley, 1999), zudem ließen sich gegenüber der Allgemeinbevölkerung häufiger Angstsymptome erkennen (Kitze et al. 2002).

Ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko, Schlafstörungen zu entwickeln, ließ sich bezogen auf jene Personen nachweisen, welche Angehörige mit Malignomerkrankungen, M. Parkinson und Alzheimer-Demenz pflegten (Teel & Press, 1999; Thommessen et al. 2002). Smith, Ellgring und Oertel (1997) fanden bezogen auf die Pflege eines an Parkinson Erkrankten besonders in der Gruppe weiblicher Pflegenden ein erhöhtes Auftreten von Schlafstörungen und kamen zum Ergebnis, dass die Behandlung der Schlafstörung eine wesentliche Rolle beim Versuch spiele, die subjektive Belastung oder den resultierenden Stress zu minimieren.

Ein Burnout-Syndrom konnte im Rahmen des Modellprojektes der Techniker-Krankenkasse in hochgradiger Form bei etwa einem Viertel der nichtprofessionellen Pflegekräfte, mittelgradig ausgeprägt bei 39 % festgestellt werden. In 7 % der Fälle bestand die akute Notwendigkeit, therapeutische Maßnahmen einzuleiten, um negative Folgen wie Suchtmittelmissbrauch, Suizid, Vernachlässigung der Pflegetätigkeiten oder das Auftreten von Gewalt zu verhindern (Faßmann, 1996). Die Inanspruchnahme von Hilfen durch Dritte, das Akzeptieren der Pflegesituation und ein eher niedriges Maß an pflegebedingten Einschränkungen und Belastungen scheinen dabei das Risiko negativer Folgen ständiger Überlastung und Erschöpfung zu minimieren (Faßmann, 1996; Morris, Morris & Britton, 1988).

Im Allgemeinen gilt, dass bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung in Zeiten vermehrter Belastung oder Überforderung eine erhöhte Vulnerabilität besteht, erneut akute Krankheitssymptome auszubilden.

2.3.3 Faktoren, welche das subjektive Erleben der Belastungen einer Pflegesituation beeinflussen können

Das subjektive Erleben der durch eine Pflegesituation hervorgerufenen Belastungen zeigt sich von verschiedensten Faktoren abhängig. Diese Faktoren können den Bereichen Handling, Akzeptanz und Motivation zugeordnet werden.

Das Handling der Belastungssituation bestimmt wesentlich das Belastungserleben. Die erfahrene emotionale Unterstützung, das Kritiküben an der Unterstützung und deren Weiterentwicklung, die Fähigkeit, in gewissem Grad ein autonomes Leben fortführen zu können, das Erkennen der eigenen Belastbarkeit und die Reflexion schwieriger Pflegesituationen sowie die Entwicklung von Lösungsstrategien stellen in dieser Hinsicht wichtige Faktoren dar.

Der Umgang mit der Krankheit, welche auch von der Krankheitsbewältigung des Pflegebedürftigen abhängig ist, das schicksalhafte oder religiös unterlagerte Akzeptieren der Situation und das Beistehen professionell Pflegenden bei der Bewältigung von emotionalen Problemen können die Akzeptanz hinsichtlich der zu bewältigenden Pflegetätigkeit erhöhen, der Rückzug anderer Menschen diese Akzeptanz vermindern.

Negative Faktoren für die Übernahme der Pflege stellen die Auffassung, dass eine möglicherweise sogar notwendige Heimunterbringung vom Pflegenden als negativ angesehen wird, und das Gefühl, etwas gutmachen zu müssen, dar. Auch das geringe finanzielle

Honorieren der Pflegeleistung durch den Staat kann demotivierend wirken. Anerkennung durch andere und den Gepflegten können sich dagegen positiv auf die Pflegemotivation auswirken.

Weitere Aspekte, die das subjektive Erleben der Belastungsintensität und die Auswirkungen der Pflege auf die physische und psychische Gesundheit beeinflussen, wurden beschrieben. Neben dem Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit des Gepflegten, dem Ausmaß sonstiger bestehender Aufgaben und der Art der Beziehung zum Pflegebedürftigen stellen das Vorhandensein echter Wahlfreiheit bei der Frage, ob Pflege begonnen oder fortgeführt wird, und die Qualität unterstützender Rahmenbedingungen, deren Verfügbarkeit sowie der Grad der Unterstützung durch informelle Helfer und professionelle Dienste wichtige Faktoren dar.

2.3.4 Die Parkinson'sche Erkrankung

Im Zentrum der eigenen Studie standen Pflegeduale, in welchen die gepflegte Person unter einer Parkinson'schen Erkrankung litt. Erst nachdem es sich als schwierig erwiesen hatte, genügend Interviewpartner zu rekrutieren, wurden auch andere Krankheitsbilder wie beispielsweise Schlaganfälle in die Studie integriert.

Da bei der Mehrzahl der interviewten Paare die gepflegte Person unter einer Parkinson'schen Erkrankung litt, soll dieses Krankheitsbild nun genauer betrachtet werden, um die Gründe auftretender Belastungen besser darstellen und deren Folgen sowohl für die an der Erkrankung leidende Person, deren Partner sowie die zwischen beiden bestehende Beziehung besser nachvollziehen zu können.

2.3.4.1 Morbus Parkinson / Parkinson-Syndrome - Pathogenese, Epidemiologie

Die Parkinson'sche Erkrankung hat ihre Ursache in degenerativen Veränderungen oder Zelluntergängen im Bereich der Basalganglien des Gehirns, vornehmlich der Substantia nigra, aber auch vegetativen Anteilen.

Während das idiopathische Parkinson-Syndrom, der eigentliche Morbus Parkinson, direkt eine neurodegenerative Erkrankung des extrapyramidal-motorischen Systems darstellt, liegt

bei anderen Erkrankungen mit Parkinson-Symptomen eine globalere Schädigung des Gehirns vor, wobei neben anderen Arealen auch die extrapyramidal-motorischen Zentren geschädigt werden.

Das idiopathische Parkinson-Syndrom hat eine Gesamtprävalenz von 0,16 % der Bevölkerung, bei den über 60-jährigen liegt die Prävalenzrate bei 1-2 %, bei den über 80-jährigen bei 3 % (Hufschmidt & Lücking, 1997).

2.3.4.2. Die Parkinson-Symptomatik

Im Vordergrund der Erkrankung stehen motorische Symptome, die zwischen den Polen einer Akinese (Bewegungsverarmung bis -unfähigkeit) und einem Ruhetremor (Zittern) angesiedelt sein können. Insbesondere akinetische Symptome bringen ausgeprägte Schwierigkeiten für die Betroffenen mit sich. Neben einer eingeschränkten Mimik und leiser Sprache kann es zu einer Starthemmung sowohl des Sprechens als auch Laufens kommen. Ebenso können Schluckprobleme auftreten. Die Feinmotorik und das Schreiben (Mikrographie) zeigen sich ebenfalls beeinträchtigt. Auch Lagewechsel wie das Umdrehen im Bett oder das Aufstehen sind in fortgeschritteneren Stadien häufig erschwert oder gar unmöglich. Ein wächserner Widerstand der Muskulatur (Rigor) kann zum Gefühl der Steifigkeit, Muskelfehlfunktionen und Schmerzen führen. Als Folge verminderter Stellreflexe besteht zudem häufig eine erhöhte Sturzgefahr.

Neben den motorischen Symptomen bestehen oft auch neuropsychologische Defizite, insbesondere Frontalhirnfunktionsstörungen, die sich in Form von Schwierigkeiten beim Wechsel zu alternativen Problemlösestrategien, Perseverationsneigung und Defiziten bei der Generierung von Handlungsplänen darstellen können.

Weitere Symptome, die die Pflege hinsichtlich ihrer Intensität mitbestimmen können und zu Belastungen beider am Pflegedual beteiligten Personen führen können, stellen Störungen des vegetativen Nervensystems dar. Neben bei Lagewechseln auftretenden, meist durch niedrigen Blutdruck bedingten und mit erhöhter Sturzgefahr verbundenen Kreislaufstörungen sind Temperaturdysregulationen, vermehrter Speichelfluss und eine verstärkte Obstipationsneigung zu nennen.

Daneben zeigen sich häufig psychische Auswirkungen der Erkrankung. Neben Depressionen (20-60 % der Betroffenen) treten Angststörungen (40 % der Fälle) und demenzielle Entwicklungen auf (15-20 % der Fälle) (Hufschmidt & Lücking 1997).

2.3.4.3 Die Behandlung der Parkinson-Symptomatik und damit verbundene Probleme

Im Vordergrund der Behandlung steht die medikamentöse Therapie, welche das Ziel verfolgt, das Transmittergleichgewicht zwischen Dopamin und Acetylcholin wieder herzustellen.

Insbesondere in fortgeschritteneren Krankheitsstadien sind dabei zumeist umfangreiche Medikamentenkombinationen und viele verschiedene Einnahmezeitpunkte notwendig. Aufgrund von Wirkungsfluktuationen der Medikamente besteht die Gefahr, dass immer wieder Phasen der Bewegungsarmut oder -losigkeit (End-of-dose-Akinesien, On-off-Phasen), aber auch Überbeweglichkeiten (Hyperkinesien) auftreten.

Zudem beinhaltet die medikamentöse Therapie die Gefahr, dass sich Psychosen mit halluzinatorischem oder paranoidem Erleben, depressive Störungen und Beeinträchtigungen der Schlafqualität einstellen.

Die zum Teil notwendig werdenden stationären Behandlungen und ambulanten krankengymnastischen oder ergotherapeutischen Maßnahmen bringen oft zusätzliche Belastungen mit sich.

2.3.4.4 Zusammenfassung der Auswirkungen einer Parkinson-Erkrankung auf das Pflegedual und daraus resultierende Belastungen

Trotz immer besser werdender Behandlungsmöglichkeiten sehen sich die von der Parkinson-Krankheit betroffenen Personen und ihre Familien, insbesondere aber ein möglicherweise pflegender Partner, mit einer chronischen Behinderung konfrontiert, welche alle Lebensbereiche beeinflussen kann. Durch Störungen der Motorik sowie eine zunehmende Gang- und Standunsicherheit zeigt sich der Aktionsradius des Patienten mehr und mehr eingeschränkt. Psychische Veränderungen, Sprachstörungen und vegetative Störungen wie Speichelfluss beeinträchtigen die soziale Interaktionsfähigkeit. Die Erkrankung erfordert aufgrund ihrer Auswirkungen zumeist eine ausgeprägte Umstellung des Tagesablaufs und teils völlige Abänderung des Lebensplans. Durch auftretende Belastungen und Einschränkungen kann es zudem zum Auftreten schwerwiegender zwischenmenschlicher Probleme kommen.

Erschwerend kommt hinzu, dass innere Anspannung, Unruhe, Angst, depressive Symptome und der häufig eintretende soziale Rückzug oft zu einer weiteren Zunahme der Krankheitssymptomatik führen, was dann erneut Angst und Depression zur Folge haben und damit zur Ausbildung eines Teufelskreises führen kann.

2.3.5 Mögliche schwerwiegende Konsequenzen einer Pflegesituation für die pflegende Person

In Hinblick auf das Thema der eigenen Studie, die Gewalt in der häuslichen Pflege, muss konstatiert werden, dass unterschiedlichste Faktoren wie beispielsweise Inkontinenzversorgung, körperlich anstrengende Unterstützungsleistungen, gestörte Nachtruhe, aggressive Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen des Partners pflegende Angehörige an den Rand der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit (Gatz, Bengtson & Blum, 1990) und bis zur Selbstaufgabe mit Suizidgedanken, irreparablen gesundheitlichen Schäden und ausgeprägten Depressionen führen können (Bracker, 1990).

Zudem kann es im Rahmen der Pflege eines Angehörigen durch die multiplen Belastungen zu starken Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich kommen.

Gewalt stellt dann häufig den Endpunkt einer nicht mehr zu ertragenden Belastung und Überforderung dar (Kruse, 1996). Sie dient in diesem Sinne als Ventil und Begegnung der an den Pflegenden gestellten Anforderungen. Die nicht zu ertragende Belastung muss dabei nicht erst nach länger dauernder Pflege auftreten, insbesondere bei Pflege demenziell Erkrankter kann es bereits zu Beginn der Pflege zum Auftreten von Gewalt kommen. Das nicht richtige Einordnen der veränderten, teils aggressiven Verhaltensweisen des Kranken, welche nicht als Krankheitssymptome, sondern als persönliche Angriffe interpretiert werden, das noch nicht ausgebildete Repertoire an Verhaltensweisen und Kompetenzen, welches einen angemessenen Umgang mit dem Problem ermöglichen könnte, wurden hierfür als Gründe genannt (Hamel, Gold, Andres, Reis, Dastoor, Grauer & Bergman, 1990; Ryden, 1988).

2.3.6 Die Pflegeversicherung - ihre Auswirkungen auf familiale Pflegesituationen

Wie in den vorausgehenden Kapiteln bereits dargestellt, bedeutet die Übernahme der Pflege eines Angehörigen für die pflegende Person häufig eine ausgeprägte Veränderung des eigenen Lebens. Positiven Konsequenzen wie beispielsweise einem Gefühl der Zufriedenheit, wahrgenommener Dankbarkeit des Gepflegten, der Überzeugung, moralisch das Richtige getan zu haben, oder „etwas zurück geben“ zu können, stehen oft Probleme und Belastungen gegenüber. Wesentliche Einflussfaktoren, welche die Art der Konsequenzen determinieren,

stellen das Krankheitsbild des Pflegebedürftigen, die Qualität der Beziehung untereinander sowie die Art und Weise, wie die Pflegesituation gestaltet wird, dar.

Die Pflegeversicherung bestimmt die Ausgestaltung einer Pflegesituation maßgeblich, z.B. durch Ermöglichung der Einbindung professioneller Helfer, mit.

Die mit Einrichtung der Pflegeversicherung verfolgten Ziele fasste die Bundesregierung (Deutscher Bundestag, 1997) zusammen: Es solle damit der zu erwartenden demographischen Entwicklung Rechnung getragen werden, das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abgesichert und die sich durch die Pflegebedürftigkeit in physischer, psychischer und finanzieller Hinsicht ergebenden Belastungen abgemildert werden. Ein Angewiesensein auf Sozialhilfe solle vermieden und ein möglichst langer Verbleib im häuslichen, familiären Umfeld ermöglicht werden. Die soziale Sicherung der Pflegepersonen solle hinsichtlich des Ziels, die häusliche Pflege zu fördern, verbessert und die Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik im allgemeinen ausgebaut werden.

Klie (1997) wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die pflegenden Angehörigen nicht ausdrücklich Gegenstand der gesetzlichen Vorgaben seien. „Sie sind Objekte und nicht Subjekte der Pflegeversicherung, obwohl ihnen die Hauptpflegearbeit zugeordnet wird“.

§ 28 SGB XI regelt die mögliche Leistungspalette der Pflegeversicherung. Bezüglich der häuslichen Pflege können verschiedene Leistungen bezogen werden. Neben Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Kombinationen von Geld- und Sachleistungen, häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege zählen auch Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson sowie Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen dazu (§ 36-45 SGB XI).

Die Pflegeversicherung scheint grundsätzlich dazu in der Lage, die Pflegebereitschaft von Angehörigen zu fördern (Marschner, 2002; Schmidt, 2000) und die Lebenssituation von pflegenden Angehörigen sowie der Pflegebedürftigen zu verbessern, was sich auch im Rahmen von Studien nachweisen ließ, in welchen die meisten Leistungsempfänger beziehungsweise ihre Angehörigen sich mit der Pflegeversicherung zufrieden zeigten (Blinkert & Klie 1999; Schneekloth & Müller, 2000).

Vor allem die Ermöglichung von Zeiträumen, in welchen die Pflege vorübergehend an professionelle Hilfskräfte abgegeben werden kann, um sich selbst regenerieren, anderen Interessen zuwenden oder einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, und die körperliche Entlastung beispielsweise durch technische Hilfen scheinen dabei eine Rolle zu spielen. Die Tatsache, dass pflegende Angehörige das Pflegegeld häufig als Anerkennung ihrer Arbeit

sehen und zudem durch Gleichstellung der Pflegepersonen mit Arbeitnehmern eine gesetzliche Renten- und Unfallversicherung besteht, tragen mit zur Motivation und Unterstützung der pflegenden Angehörigen bei.

Problematisch erscheint jedoch, dass die Inanspruchnahme von Angeboten der Pflegeversicherung eher gering ist (Holz, 2000; Naegele & Reichert, 1997). Mindestens 17 % der pflegenden Angehörigen leisten die Pflege ohne jegliche Unterstützung (Gräbel, 2001), Tagespflegeeinrichtungen werden von weniger als 10 % genutzt. Selbst überforderte Angehörige von Demenzkranken nehmen nur zu 6 % die Hilfe ambulanter Pflegedienste an (Grond, 1998).

Neben Informationsdefiziten werden Koordinationsschwierigkeiten, finanzielle Barrieren, zuvor bei Nutzung von Hilfsangeboten gemachte schlechte Erfahrungen, die Einstellung, die Pflege als familiäre Angelegenheit anzusehen, ein starker Autonomiewille, die Angst vor Kontrolle und Zurechtweisung und Rivalitätsgefühle gegenüber anderen Helfer als Gründe genannt (Gottlieb, Kelloway & Fraboni, 1994; Grond, 1998; Matter & Späth, 1998; Naegele & Reichert, 1997; Vetter, Steiner, Kraus, Kropp & Möller, 1997).

Dabei fällt auf, dass neben Angehörigen der mittleren und oberen sozialen Schichten und Einkommensgruppen auch pflegende Männer und Schwiegertöchter häufiger professionelle Hilfen in Anspruch nehmen. Mit ein Grund mag dabei sein, dass die Pflegeabgabe und somit auch die Nutzung professioneller Dienste in diesen Fällen noch immer gesellschaftlich mehr toleriert wird (Lambrecht & Bracker, 1992).

In der Praxis werden die Auswirkungen der Pflegeversicherung teils kritisch gesehen. Büscher (2002) beschreibt als Auswirkungen der Pflegeversicherung die Unsicherheit durch die Begutachtung, „Freiräume erhalten“ durch das Pflegegeld und „sich sicher fühlen und beruhigt sein“ durch den Pflegedienst und stellt gesamthaft fest, dass die Pflegeversicherung keine wesentlichen Auswirkungen auf die häusliche Pflegesituation habe.

Die im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst auftretende Unsicherheit der pflegenden Angehörigen, aber auch der zu Pflegenden, trete im Zusammenhang mit Unwissenheit darüber, nach welchen Kriterien die Begutachtung durchgeführt wird, und in der Zeit bis zum Eintreffen des Leistungsbescheids auf. Als Endresultat ergebe sich häufig Unverständnis gegenüber der Art der Durchführung als auch bezüglich des Ergebnisses der Begutachtung. Zu geringes Eingehen auf den Pflegebedürftigen, Widersprüche zwischen Anerkennungsverfahren und eigener Wahrnehmung sowie wertende Äußerungen der Gutachter/ -innen werden dabei als problematisch angesehen.

Hinsichtlich bezogener finanzieller Leistungen aus der Pflegeversicherung scheine das Geld häufiger als offizielle Legitimierung und Anerkennung der eigenen Leistung gesehen zu werden, ohne dabei Einfluss auf die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen oder deren konkrete Ausgestaltung zu nehmen. Bei Verwendung des Pflegegeldes stehe der Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit weniger im Vordergrund, das Geld werde zum Teil dafür verwendet, anderen Familienangehörigen eine Freude zu machen.

Evers, Leichsenring und Prückner (1993) wiesen in einem Abschlußbericht einer Studie zum Pflegegeld in Europa darauf hin, dass bereits durch die politische Entscheidung, ein Pflegegeld zu zahlen, eine bewusste Vorentscheidung getroffen wurde. „Es liegt in der Natur einer Geldleistung, dass diese für verschiedene Zwecke verwendet werden kann.“ Die Verwendung des Pflegegeldes verweise „nicht zuletzt auf das Machtsystem Familie, an dem staatliche Regelungen auflaufen“.

Die Möglichkeit, professionelle Hilfe zur eigenen Entlastung beziehungsweise Stabilisierung in Anspruch nehmen zu können, wird zwar als positiv angesehen, wichtigste Bedingung für die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst stelle aber die Beziehung zu deren Mitarbeiterinnen dar. Eine personelle Kontinuität als Vertrauensgrundlage sei dabei ein wesentlicher Faktor.

Büscher (2002) spricht zusammenfassend von einer Unberührtheit familialer Pflegesituationen, da im Erleben der pflegenden Angehörigen ihr Alltag („immer da sein“) maßgebend für alles andere sei. Dieser Alltag habe Bestand, ob es die Pflegeversicherung gebe oder nicht.

2.4 Gewalt

2.4.1 Allgemeine Betrachtungen zum Begriff „Gewalt“

Dem Begriff „Gewalt“ begegnet man in unserer Zeit sehr häufig. In einer Zeit, in welcher fast jeder Tag durch terroristische Aktivitäten und kriegerische Auseinandersetzungen geprägt ist, sieht man sich durch die verschiedenen Medien immer unverblümt und schonungslos den daraus folgenden Auswirkungen ausgesetzt. Terroristen nutzen visuell dargestellte Gewalt zur Einschüchterung, zur Erlangung politischer Ziele und zur Rekrutierung von Gesinnungsgenossen. William Golding schrieb über das 20. Jahrhundert (zitiert n. Hobsbawn, 1997): „Ich kann mir nicht helfen, aber ich glaube, dass dies das gewalttätigste Jahrhundert der Menschheitsgeschichte war“.

Gewalt kennt viele Schauplätze und betrifft unterschiedlichste Bevölkerungsgruppen. Sie tritt im Rahmen von Demonstrationen, gegen Ausländer und Andersdenkende oder in Fußballstadien auf. Niemand scheint davor gefeit. Frauen, Männer, Kinder, Erwachsene und alte Menschen sind von ihr betroffen.

Dabei schreckt Gewalt einerseits ab, andererseits scheinen ein verstärkter Voyeurismus und eine zunehmende Sensationslust, welche von den Medien aufgenommen und unterstützt werden, zu einer vermehrten visuellen und auch literarischen Präsenz von Gewalt und deren Auswirkungen zu führen. Häufig dient die Berichterstattung über Gewalt jedoch nicht dem Ziel, Gegenmaßnahmen zu entwickeln, sondern nur das Skandalöse daran in den Vordergrund zu stellen. Was drückt der Begriff „Gewalt“ jedoch genau aus?

2.4.2 Definitionsversuche des Begriffes „Gewalt“

Der Versuch, sich dem Begriff „Gewalt“ zu nähern und eine möglichst objektive Definition von diesem zu entwickeln, erscheint dadurch erschwert, dass der Begriff „Gewalt“ stark emotional besetzt ist und oft zwangsläufig Schuldzuweisungen und Wertungen mit sich bringt. Die im englischsprachigen Raum in diesem Zusammenhang in letzter Zeit verwendeten Begriffe wie „elder abuse“ und „elder mistreatment“ stellen den Versuch dar, die den Begriff „Gewalt“ umgebenden emotionalen Inhalte zurückzudrängen und damit einen nüchterneren und hinsichtlich der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auch sachlicheren

Zugang zu schaffen (BMFUS 1997, S.36). Trotz der Tatsache, dass der Begriff „Gewalt“ immer auch ein Werturteil mit sich bringt, in einen kulturell-normativen Kontext eingebunden erscheint und dadurch nur in Bezug auf Normabweichungen zu definieren ist (Godenzi, 1996), hat sich der Begriff in den letzten Jahren gegenüber Begriffen wie Missbrauch, Zwang, Aggression und anderen durchgesetzt.

Bereits seit langem bestehen sowohl hinsichtlich der Begriffe „Aggression“ und „Gewalt“ große definatorische Probleme. Selg (1982), welcher selbst über Aggressionen forschte, schrieb beispielsweise: „Gleichsam als „Einstand“ meint jeder, der dem elitären Kreis der Aggressionsforscher beitreten will, an der Pforte eine neue Definition abgeben zu müssen“.

Abgeleitet von der indogermanischen Wurzel „val“ (lateinisch valere) wird der Begriff Gewalt mit der Bedeutung „Verfügungsfähigkeit haben“ benutzt (Ritter, 1974). Je nachdem, ob man die konkreten Wirkungen und Erfolge von Gewalt betrachtet oder einen rechtlichen Maßstab anlegt, welcher von moralischen Grundsätzen getragen wird, kann man Gewalt als Macht, Herrschaft, Kraft, Besitz oder im Sinne von Zwang, Unrecht tun und Anwendung von körperlicher Gewalt verstehen (Forschner, 1985; Kranich, 1998).

Die jeweils unterschiedliche Handhabung des Begriffes „Gewalt“ durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen wie Psychologen, Soziologen, Ärzten, Juristen oder Polizisten lässt erkennen, wie wichtig das Vorverständnis des Einzelnen in dieser Hinsicht ist. Das Phänomen Gewalt lässt sich ebenso wie jenes der Aggression im Gegensatz zu Gegenständen nicht definieren, sondern eher beschreiben.

Werbik (1971) meint in diesem Zusammenhang: „Sogenannte „objektive“ Definitionen aggressiven Verhaltens sind de facto nichts anderes als Verschleierungen der Tatsache, dass die Klassifikation des Verhaltens vorwiegend vom Vorverständnis des Betrachters, in das Bewertungen einfließen, deren Eigenart nicht explizit ist, abhängig ist.“

Umgangssprachlich wird Gewalt im Sinne von Macht, Herrschaft (z.B. Staatsgewalt), Heftigkeit, Kraft, Stärke (z.B. Redegewalt) und Anwendung von Zwang, unrechtmäßiges Vorgehen, die gegen Personen oder Sachen geübte Anwendung physischer Gewalt und ähnliches (z.B. Vergewaltigung) genutzt.

Rechtlich wird der Begriff „Gewalt“ im Verfassungs- Zivil-, Straf- und Polizeirecht in unterschiedlichen Zusammenhängen behandelt (Krey, 1986).

Die im Auftrag der Bundesregierung aus Experten der Psychologie, Psychiatrie, Soziologie, Kriminologie, der Jurisprudenz und anderen Fachleuten tätige „Gewaltkommission“ (1990) kam zu folgender endgültigen Definition des Begriffes „Gewalt“: „Der Gewaltbegriff soll aus der Sicht des staatlichen Gewaltmonopols bestimmt werden. Dabei soll es primär um Formen

physischen Zwanges als nötiger Gewalt sowie Gewalttätigkeiten gegen Personen und/oder Sachen unabhängig von Nötigungsintentionen gehen. Ausgeklammert werden sollen die physisch vermittelte Gewalt im Straßenverkehr und die strukturelle Gewalt.“

Die Einzelergebnisse der einzelnen Unterkommissionen lassen in ihrer unterschiedlichen Ausrichtung erneut den Einfluss des Vorverständnisses des Beurteilenden und die damit einhergehenden Bewertungen erkennen.

Die Unterkommission I / Psychologie (Lösel, Selg, Schneider & Müller-Luckmann, 1990) schloss auch glaubwürdig angedrohte Gewalt ein und beschrieb Gewalt als gegen die Bedürfnisse und den Willen des Opfers gerichtet sowie als Teilmenge von Aggression, nämlich den Teil, der mit relativer Macht einhergeht.

Die Unterkommission II / Psychiatrie (Renschmidt, Hacker, Müller-Luckmann, Schmidt & Strunk, 1990) wies darauf hin, dass psychische Gewalt, aber auch die strukturelle Gewalt nicht außer Acht gelassen werden dürften. Die Unterkommission III / Soziologie (Eckert, Kaase & Neudhardt, 1990) schränkte den Begriff Gewalt dagegen auf physische Gewalt ein, da ihrer Meinung nach sonst die Gefahr bestünde, dass daraus im sozialen Kontext Skandalisierungen von Sachverhalten, Diskreditierungen von Gegnern und auch „Gegengewalt“ resultieren könnten.

Hinsichtlich des Themas der Arbeit, nämlich innerfamiliärer Gewalt bei der Pflege eines älteren Menschen durch den Partner, soll eine Beschreibung des Begriffs „Gewalt“ dargestellt werden, welcher für die weitere Auseinandersetzung mit der Problematik sinnvoll erscheint.

In der Gerontologie beschrieb Dieck (1987) Gewalt als systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägt negativen Auswirkung auf die Befindlichkeit des Adressaten. Eine einmalige Handlung/Unterlassung müsse sehr gravierende Negativfolgen haben, um Gewalt genannt zu werden. Die Unterteilung erfolgt in die Bereiche Vernachlässigung (passiv, aktiv) und Misshandlung (körperlich, psychisch, finanzielle Ausbeutung und Einschränkung des freien Willens). Dieser Ansatz beinhaltete zum Großteil den personalen Ansatz.

Galtung (1975, 1993) bezeichnet mit Gewalt „jenes Handeln, welches potenziell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse durch direkte (personale) und/oder strukturelle und / oder kulturelle Determinanten beeinträchtigen, einschränkt oder deren Befriedigung verhindert.“ Personale Gewalt wird als Ereignischarakter des beobachtbaren Gewaltaktes, somit als Gewalthandlung zwischen Individuen dargestellt, strukturelle Gewalt als dessen Prozesscharakter. Nach Fuchs (1993) dient zur Unterscheidung vor allem die Frage, ob ein handelndes Subjekt, ein Akteur vorliegt oder nicht.

Rauchfleisch (1992) beschreibt strukturelle Gewalt als „in den Strukturen unserer Gesellschaft mit ihren Institutionen und Normen gebundene, indirekt wirkende Art von Gewalt“. Als Beispiele können institutionelle Vorgaben, bestehende Regelwerke oder infrastrukturelle Möglichkeiten zur Erreichen von Versorgungseinrichtungen genannt werden. Kulturelle Gewalt wird als Medium angesehen, welches in Form von Religionen, Ideologien, Anschauungen, Stigmata und Sprache dazu dient, personale und strukturelle Gewalt zu begründen, Ausübende zu bestärken und das Fortbestehen zu gewährleisten. Als Beispiel seien das Altersdefizitmodell, der Jugendlichkeitswahn sowie das vierte Gebot, Vater und Mutter zu ehren, genannt. Kulturelle Aspekte stellen dabei zumeist länger bestehende konstante Größen dar.

Die Entwicklung des Gewaltdreiecks durch Galtung zeigt auf, dass zwischen den einzelnen Gewaltunterformen wechselseitige Einflüsse bestehen, was auf die Notwendigkeit hinweist, das Problem eines auftretenden Gewaltphänomens aus den verschiedenen Perspektiven heraus zu betrachten.

Um der Vielgestaltigkeit des Phänomens Gewalt gerecht werden zu können, scheint der Ansatz von Trotha (1997) einen Fortschritt darzustellen. Dieser wendet das Konzept der „dichten Beschreibung“ an, welches das einzelne Ereignis im Kontext aller relevanter Symbole, sozialen Arrangements, Empfindungen und Vorstellungen, die ihm Bedeutung geben bzw. seine soziale Logik ausmachen, darstellen möchte. Das sich als prozesshaft und dynamisch darstellende gewalttätige Handeln steht dabei im Mittelpunkt. Es wird versucht, im Rahmen einer Gewaltanalyse dieses in umfassender Art zu erfassen. Auch dieser Ansatz macht deutlich, dass eine einfache Definition von Gewalt nicht möglich erscheint.

Im Zusammenhang mit sich im Rahmen von Pflegesituationen ausbildender Gewalt soll auf weitere Definitionen des Phänomens Gewalt hingewiesen werden. Arendt (1990) sieht Gewalt als Zeichen für einen Verlust von Macht an. Die Gewalt diene dazu, Machtpositionen zu erhalten oder wiederzuerlangen, sei gleichzeitig aber auch Ausdruck einer bestehenden Ohnmacht. Sie habe somit instrumentellen Charakter und sei Ausdruck einer asymmetrischen Beziehung. Hirsch (1994) sieht, diesen Aspekt aufgreifend, in institutionellen Gewalthandlungen in der Gerontopsychiatrie Zeichen von Machtlosigkeit und Ohnmacht der Pflegekräfte. Auch im Rahmen häuslicher Pflege können sowohl vom Pflegenden als auch dem Gepflegten ausgehende Gewalthandlungen in diesem Sinne gedeutet werden. Während pflegende Angehörige häufiger in eine überfordernde, scheinbar aussichtslose, durch eingegrenzte Handlungsspielräume gekennzeichnete Situation geraten und dadurch depotenziert zum Mittel der Gewaltanwendung greifen, empfindet der Gepflegte durch die oft

zunehmenden Einschränkungen durch die Erkrankung und die dadurch wachsende Abhängigkeit vom Partner einen Machtverlust, welcher die Gefahr des Ausübens von Gewalt mit sich bringt.

Da Gewalthandlungen ein komplexes „soziales Interaktionsphänomen“ darstellen (Hirsch, Vollhard & Erkens, 1997), gilt es bei Betrachtung im Rahmen der Pflege durch einen Angehörigen auftretender Gewalt, aufgrund der großen Variabilität möglicher Erscheinungsformen und intervenierender Faktoren einen weit gefassten Gewaltbegriff zu wählen. Gewalt sollte somit grob als in unterschiedlicher Ausgestaltungsweise sich darstellende „Einschränkung des freien Willens“ charakterisiert werden.

Für die durchgeführte Studie wird ein relativ weit gefasster Gewaltbegriff, anlehnend an eine Taxonomie von Margret Dieck (1987) gewählt. Diese nimmt eine Unterteilung in aktives Tun und Unterlassung einer gebotenen Handlung vor und beschreibt die Grundformen Misshandlung und Vernachlässigung, welche den im englischsprachigen Raum verwendeten Begriffen „elder abuse“ und „elder neglect“ entsprechen. Ausdruck einer Misshandlung, also eines Tuns, das den Adressaten dieser Handlung in seiner Befindlichkeit in spürbarer Weise negativ berührt bzw. seinem expliziten Wunsch deutlich widerspricht, können körperliche und psychische Misshandlung, finanzielle Ausbeutung und Einschränkung des freien Willens sein. Vernachlässigung, das Unterlassen von Handlungen, die situationsadäquat wären im Sinne des erkennbaren Bedarfs oder expliziten Wunsches des Adressaten dieser Nicht-Handlung, kann dabei sowohl aktiv durch bewusstes Verweigern oder passiv durch Nichterkennen der Bedarfssituation auftreten.

Die von Wolf & Pillemer (1989) vorgenommene Klassifikation in die Kategorien physical abuse, psychological abuse, material abuse sowie active und passive neglect gehen in dieselbe Richtung. Das National Center on Elder Abuse fasst sieben Verhaltensmuster unter dem Oberbegriff elder abuse zusammen: physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, financial/material abuse, neglect, abandonment und self-neglect (Tatara & Kuzmeskus 1999). Zusammengefasst wird im Rahmen der Thematik von Gewalt gegen alte Menschen, somit auch für unsere Studie geltend, ein weit gefasster Gewaltbegriff benutzt. Dieser gibt im wesentlichen eine Verletzung von Rechten älterer Menschen und das vermeidbare Zufügen von Übeln wieder. Im Rahmen der Studie wurde nach problematischen oder verletzenden Verhaltensweisen des Partners gefragt, woraufhin dann eine Einteilung in die Unterkategorien des Gewaltbegriffs erfolgte.

2.4.3 Gewalt im familiären Nahraum

Mehrere Faktoren tragen dazu bei, dass der Bereich der Nahraumgewalt gegen Ältere von außen schwer zugänglich ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass weder Strafverfolgungsbehörden oder soziale Hilfsdienste noch die Forschung in Form wissenschaftlich orientierter Untersuchungen dazu in der Lage sind, genaue qualitative und quantitative Aussagen zu diesem Problem zu treffen.

Die diesem Sachverhalt zugrundeliegenden Ursachen sind vielfältig. Die Gewalt im sozialen Nahraum geschieht in einer privaten Sphäre, die unter anderem aufgrund bei den Betroffenen auftretender Angst-, Schuld- und Schamgefühle häufig vor fremden Blicken geschützt wird. Hinsichtlich Gewalt an älteren Personen im häuslichen Umfeld besteht häufig die Auffassung, dass „sich so etwas nicht gehöre“ und christlichen Wertmassstäben widerspreche. Die Grundsätze, dass man ältere Menschen schätzen und aufgrund des vierten Gebotes, seine Eltern achten und ehren solle, spielen dabei eine große Rolle.

Das Vorhandensein weniger Sozialkontakte, körperlicher Einschränkungen, kognitiver Defizite und die Abhängigkeit von Pflegepersonen innerhalb der Familie schränken die Möglichkeiten älterer Menschen, die Opfer von häuslicher Gewalt wurden, ein, sich anderen Menschen zu öffnen und Hilfe zu suchen. Die Inkenntnissetzung anderer Personen hinsichtlich häuslicher Gewalt bedeutet häufig, dass die älteren Menschen als eine Art „Nestbeschmutzer“ angesehen werden und als Folge damit rechnen müssen, dass ihnen Familienangehörige ihre Fürsorge und Zuneigung mit der Folge entziehen, dass sich der ältere Mensch professionelle Hilfen suchen muss, was den Verlust des privaten Umfelds mit sich bringen kann.

Neben den Bestrebungen der Gewaltausübenden, ihre Taten zu verschleiern, und den geschilderten Einschränkungen der Opfer von Gewalt, diese zu äußern, bestehen für Außenstehende oft auch Schwierigkeiten, konkrete Hinweise für Gewaltanwendungen erkennen zu können. Dies einerseits aufgrund mangelhafter Ausbildung, andererseits aufgrund der teils immensen Schwierigkeit, in körperlicher Hinsicht Krankheitssymptome und Alterungsfolgen von zugefügter Gewalt unterscheiden zu können. Das Erkennen von Vernachlässigungen, verbaler Gewalt oder emotionaler Aggression erscheint aufgrund des Fehlens allgemeingültiger Erkennungskriterien ebenfalls deutlich erschwert.

Untersuchungen hinsichtlich Gewalt gegen ältere Menschen, insbesondere auch im sozialen Nahbereich wurden primär im angelsächsischen Raum in Angriff genommen und führten zu Veränderungen der psychosozialen Versorgung sowie der Gesetzgebung.

Dabei standen einerseits Studien zur Abschätzung der Auftretenshäufigkeit von Gewalt gegen ältere Menschen im Vordergrund, andererseits war es das Ziel, Bedingungsfaktoren beziehungsweise Risikofaktoren für das Zustandekommen von Gewalt gegen ältere Menschen herauszuarbeiten.

2.4.4 Prävalenz- und Inzidenzraten

Eine Möglichkeit, Rückschlüsse auf die Häufigkeit des Auftretens von Gewalt gegen ältere Menschen im sozialen Nahraum zu ziehen, bieten Auswertungen von Gewalthandlungen, die strafrechtlich verfolgt wurden.

In der 1992 vom Kriminologischen Forschungsinstitut Hannover durchgeführten Repräsentativerhebung (Wetzels, Greve, Mecklenburg, Bilsky & Pfeiffer, 1995), welche Opfererfahrungen Älterer, die in privaten Wohnungen lebten, in Form von Drop-off-Befragungen von 2633 über 60-Jährigen untersuchte, waren physische Gewalthandlungen und Vernachlässigung bzw. Medikamentenmissbrauch die bedeutendsten Viktimisierungsformen (3,4 % und 2,7 %). Seltener ließen sich wirtschaftliche Ausnutzung und chronische verbale Aggressionen nachweisen (1,3 und 0,8 %). Sämtliche Viktimisierungsformen beinhaltend konnte eine Prävalenzrate von 6,6 % errechnet werden.

In den Jahren 1992 bis 1997 wurden nach Daten des Bureau of Justice Statistics (Klaus, 2000) in den USA durchschnittlich 500 ältere Menschen Opfer von Tötungs- und 36.000 von Körperverletzungsdelikten durch Personen aus dem sozialen Nahraum.

Die zum Schutz älterer Menschen eingerichteten Adult Protective Services bieten ebenfalls einen Zugangsweg zur Ermittlung von Auftretenshäufigkeiten von Gewalt an älteren Menschen. Dabei ermittelten Lachs, Williams, O'Brien, Hurst und Horwitz (1996, 1997) an einer Stichprobe von 2812 nicht in Heimen lebenden älteren Menschen in New Haven Connecticut anhand von Daten der Adult Protective Services für einen 9-Jahreszeitraum eine Prävalenzrate von 1,6 % für bestätigte Fälle von Vernachlässigung, Misshandlung und finanzieller Ausbeutung. Von den betroffenen 47 Personen waren 30 (64 %) Vernachlässigung durch andere ausgesetzt, 9 (19 %) Missbrauch und 8 (17 %) finanzieller Ausbeutung. Bei 6,5 % der Personen bestand zumindest der Verdacht auf ein solches Delikt.

Tatara & Kuzmeskus (1997) führten anhand von Auswertungen des Datenmaterials der Adult Protective Services und der State Units on Aging Schätzungen hinsichtlich der Verbreitung häuslicher Misshandlung und Vernachlässigung durch. Für den Zeitraum von 1986 bis 1996

gingen sie von einem Zuwachs von 150 % aus und einer Anzahl von einer Million Betroffenen im Jahre 1996.

Die National Elder Abuse Incidence Study untersuchte im Jahre 1996 in 15 Bundesstaaten die Inzidenz von Gewalt in der Altersgruppe ab 60 Jahren (National Center on Elder Abuse, 1998). Der Gewaltbegriff entsprach den Kriterien der elder-abuse-Definition des National Centers on Elder Abuse. Zielgruppe waren ältere Menschen, die außerhalb von stationären Einrichtungen lebten. Das Datenmaterial stammte von den Adult Protective Services und 1100 speziell geschulten Personen (Wächter = sentinels) in Behörden und Institutionen, welche regelmäßig Kontakte zu älteren Menschen aufwiesen. Die daraus resultierenden Schätzungen gingen für das Jahr 1996 von 450.000 Personen über 60 Jahren aus, die Opfer von Misshandlung und Vernachlässigung wurden. Fälle der Selbstvernachlässigung einbeziehend stieg die Zahl auf 550.000. In fast 90 % der Fälle gehörte der Täter der Familie an, wobei erwachsene Kinder mit 47,3 % vor den Ehepartnern mit 19,3 % und den Enkeln mit 8,6 % dominierten.

Neben den dargestellten Hellfelduntersuchungen, wobei die Einbeziehung der sentinels bereits darüber hinausging, wurden direkte Befragungen der Betroffenen in Form von Dunkelfelduntersuchungen durchgeführt.

In den USA befragten Pillemer & Finkelhor (1988) 2020 ältere Personen, welche außerhalb von Heimen und Kliniken lebten, und ermittelten eine Prävalenzrate von 3,2 % bezüglich der Bereiche körperlicher Misshandlung, chronischer verbaler Aggression und Vernachlässigung, was einer Gesamtzahl von 700.000 bis 1,12 Millionen Personen entsprach. In 58 % der Fälle wurden Misshandlungen vom Ehepartner begangen, gefolgt von erwachsenen Kindern mit 24 %.

In Kanada ermittelte Podnieks (1992a, 1992b) im Rahmen einer Telefonbefragung bei 2000 älteren, in Privatwohnungen oder -häusern lebenden Menschen für den Zeitraum seit dem 65. Lebensjahr eine Prävalenzrate von 4 %. Finanzielle Ausbeutung wurde mitberücksichtigt und wies mit 2,5 % die höchste Verbreitung auf, gefolgt von chronischer verbaler Aggression (1,4 %), physischer Gewalt (0,5 %) und Vernachlässigung (0,4 %). Hinsichtlich der Unterformen der chronischen verbalen Aggression und der physischen Gewalt waren am häufigsten die Ehepartner Ausführende.

Kivelä (1995) ermittelte für den Zeitraum seit dem Erreichen des Rentenalters eine Prävalenzrate von 5,4 % hinsichtlich der Parameter Misshandlung, Vernachlässigung und finanzielle Ausbeutung.

Ogg & Bennett (1992) berichteten für Großbritannien von einer Prävalenzrate von 5,6 % hinsichtlich verbaler Angriffe, je knapp 2 % bezüglich körperlicher Misshandlung und materieller Ausbeutung.

Comjis (1999) ermittelte im Rahmen der Befragung von 1797 nicht institutionalisierten Teilnehmern, welche ein Alter zwischen 69 und 89 Jahren aufwiesen, eine Prävalenzrate über alle Misshandlungsformen hinweg von 5,6 %. Chronische verbale Aggression war am häufigsten festzustellen (3,2 %), gefolgt von finanzieller Ausnutzung (1,4 %), körperlicher Aggression (1,2 %) und Vernachlässigung (0,2 %).

In Deutschland wurden durch die Initiative Gewalt gegen ältere Menschen in der Familie (HsM: Handeln statt Misshandeln) mehrere postalische Erhebungen im Raum Bonn durchgeführt. Im Rahmen einer Befragung von Bonner Bürgern, an welcher 456 Frauen und Männer zwischen 58 und 94 Jahren teilnahmen, gaben 10,8 % der Personen an, Opfer von Gewalt geworden zu sein (Brendebach & Hirsch, 1999; Hirsch & Brendebach 1999). Am häufigsten wurde über seelische Misshandlung (in 11 Fällen) und finanzielle Schädigungen (in 9 Fällen) geklagt.

In Bad Honnef gaben 101 von 187 befragten Personen über 60 Jahren an, in den letzten Jahren Gewalt erfahren zu haben. Auch hier wurden am häufigsten seelische Misshandlung und finanzielle Schädigung genannt. Erst danach folgten körperliche Misshandlung, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und Vernachlässigung in der Pflege.

In der dritten postalischen Befragung, welche im Bereich der Polizeiinspektion Ost des Präsidiums Bonn durchgeführt wurde, berichteten 112 von 200 über 60-Jährigen über innerfamiliäre Konflikte in den letzten fünf Jahren (Hesselbach & Raderschatt 1999). Erneut standen seelische Misshandlungen und finanzielle Schädigungen im Vordergrund, gefolgt von körperlicher Misshandlung, Einschränkung der Bewegungsfreiheit und sexueller Belästigung. Es muss diesbezüglich darauf hingewiesen werden, dass häufig nur ein geringer Prozentsatz der Angeschriebenen auf die Aufforderung, an der Studie teilzunehmen, positiv reagierten. Ein dadurch eingetretener Ausleseprozess scheint zu dem nachgewiesenen häufigen Gewaltvorkommen beigetragen zu haben.

Bezogen auf Gewalt, welche im Rahmen der intrafamiliären Pflege eines älteren Menschen auftrat, liegen im wesentlichen nur Studien bezüglich demenziell erkrankter Personen vor. Compton, Flanagan und Gregg (1997) interviewten 38 Pflegende von Demenzkranken, wobei die Demenzkranken privat lebten und über 65 Jahre alt waren. Missbrauch wurde von 14 Pflegepaaren geschildert (37 %). Eine hohe Rate erzielte verbaler Missbrauch, aber auch körperlicher Missbrauch oder Mischformen von verbalem und körperlichem Missbrauch

wurden beschrieben. 5 Pflegende (13%) gaben an, körperlicher Gewalt seitens des Gepflegten ausgesetzt gewesen zu sein, 13 (34,2%) berichteten über verbalen Missbrauch durch den Demenzkranken.

Homer & Gilleard (1990) führten Befragungen von 71 Personen aus Pflegediensten durch. 45 % der Pflegenden gaben an, Gewalt gegenüber dem Gepflegten ausgeübt zu haben. 27 % der Pflegenden verübten eine Form von Gewalt, 14 % zwei Formen und 3 % drei Formen von Gewalt.

Pillemer und Sutor (1992) interviewten Hauptpflegepersonen von demenziell Erkrankten. Diese gaben in 6 % der Fälle an, körperliche Gewalt angewandt zu haben. 14 % hatten mitgeteilt, bereits Angst davor gehabt zu haben, Gewalt anzuwenden.

Pot, van Dyck, Jonker und Deeg (1993) hatten ältere demenziell erkrankte Menschen und deren Hauptpflegepersonen untersucht. 30,2 % der Pflegedienste zeichneten sich durch auftretende verbale Gewalt aus, ohne dass körperliche Missbrauchsformen vorgekommen wären. Körperliche Gewalt wurde von 7,1 % der Befragten angegeben und zeigte sich häufig mit gleichzeitig auftretender verbaler Gewalt verbunden.

Hinsichtlich des Auftretens von Gewalt erweisen sich Pflegedienste somit als besondere Risikogruppe.

Zusammengefasst muss unter Berücksichtigung der jeweils unterschiedlichen Studiensettings (Stichprobe, Art des genutzten Gewaltbegriffs, Hell-Dunkelfelduntersuchung) festgestellt werden, dass im Rahmen der Aufarbeitung bislang durchgeführter Studien Prävalenzraten für häusliche Gewalt gegen alte Menschen von bis zu 5 % (Görgen, Kreuzer, Nägele & Krause, 2002) und zwischen 4 % und 9 % (Sowaka, Schwichtenberg-Hilmert & Thürkow, 2002) konstatiert wurden. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die ermittelten Prävalenzraten nur die „Spitze des Eisbergs“ darstellen. Wie bereits dargestellt dürften Scham, Abhängigkeit und geistiger Abbau mit dazu führen, dass die Dunkelziffer unentdeckter Fälle von Gewalt hoch ist.

2.4.5 Bedingungsvariablen, Risikofaktoren hinsichtlich Gewalt gegen ältere Menschen im sozialen Nahraum

Um Maßnahmen sowohl präventiver als auch intervenierender Art gegen Gewalt gegenüber älteren Menschen treffen zu können, gilt es, Faktoren herauszuarbeiten, welche das Zustandekommen von Gewalt bedingen können. Diesem Ziel widmeten sich mehrere Studien, wobei unterschiedliche Personengruppen befragt wurden. Neben Opfern physischer Gewalt im allgemeinen wurden häufig pflegende Angehörige, selten auch gepflegte Personen befragt. Einen besonderen Schwerpunkt bildeten bislang Untersuchungen zu Entstehungsbedingungen von im Rahmen der häuslichen Pflege auftretender Gewalt gegenüber demenziell erkrankten Personen. Demgegenüber besteht auch weiterhin ein Defizit an Untersuchungen bezüglich der Gruppe körperlich erkrankter, älterer Personen, welche keine wesentlichen kognitiven Defizite aufweisen.

2.4.5.1 „Caregiver overload“ und „problem relative“ - Hypothese, zwei Erklärungsansätze von Gewalt

Die Untersuchungen mündeten in zwei grundlegende, voneinander divergierende Thesen, die „caregiver overload“ - These (Steinmetz 1983, 1988a, 1988b) und die „problem relative“-Hypothese von Pillemer (1985).

Erstere postuliert, dass im Rahmen der Pflege auftretende Belastungen und Einschränkungen Frustrationen auslösen, welche aufgrund des Machtgefälles zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem dazu führen können, dass der Pflegende diese recht gefahrlos in Form von Gewalt gegenüber dem Pflegebedürftigen ausleben könne. Gewalt wird somit als Reaktion auf eine belastende Situation, welche oft als ungerecht und hoffnungslos erlebt wird, gesehen. Demgegenüber formuliert die „problem relative“ - Hypothese, dass bereits vor der Pflege bestehende individuelle Faktoren der Beteiligten, gestörte Beziehungen und Abhängigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen in Pflegebeziehungen lediglich fortgelebt oder dadurch aktualisiert würden. Beispielsweise ließen Täter häufiger Merkmale wie Polizeiauffälligkeit, stationäre Psychiatricaufenthalte, gesundheitliche Probleme, belastende Lebensereignisse und materielle Abhängigkeit erkennen (Pillemer & Finkelhor, 1989). Es muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass die Aussagen Pillemers dahingehend relativiert werden müssen, da sie sich nicht speziell auf Pflegekonstellationen bezogen.

Dass sich beide Ansätze nicht ausschließen, lässt sich an der Tatsache erkennen, dass individuelle Faktoren wie beispielsweise Persönlichkeitsauffälligkeiten, körperliche oder psychische Störungen das Ausmaß im Rahmen der Pflege auftretender Belastungen, insbesondere deren subjektives Erleben deutlich beeinflussen können. Andererseits sind effektiv im Rahmen der Pflege bestehende Belastungen im Sinne des Vulnerabilitätskonzeptes beispielsweise bei Vorhandensein einer psychischen Erkrankung in der Lage, wesentlich zur Entstehung von Gewalt beizutragen.

Es wurde in mehreren Studien (Hamel et al. 1990; Nolan, 1997) auf die Tatsache hingewiesen, dass nicht objektive Größen wie der Grad der Pflegebedürftigkeit oder der tatsächlich bestehende zeitliche Pflegeaufwand ausschlaggebend für die subjektive Empfindung der durch die Pflege entstehenden Belastungen, sondern subjektive Faktoren wie die emotionalen Reaktionen des Pflegenden auf die neue Situation oder die Einschätzung der Güte der partnerschaftlichen Beziehung zum Pflegebedürftigen entscheidende Kriterien auch in Hinblick auf das Entstehen von Gewalt seien.

Mannigfaltige Risikofaktoren, welche Gewalt gegen ältere Menschen wahrscheinlicher oder hinsichtlich ihrer Intensität verstärken können, wurden beschrieben. Dabei werden Risikofaktoren bezogen auf den Gewaltanwender, den Gewaltempfänger sowie in mikro- und makrosozialer Hinsicht differenziert. Auf diese verschiedenen Bereiche soll im Folgenden genauer eingegangen werden. Eine weitergehende Darstellung von Aggressionstheorien, welche sich vor allem in die drei Grundrichtungen der Triebtheorien, der Frustrations-Aggressions-Theorien und sozialen Lerntheorien unterteilen lassen, erfolgt im Rahmen der Diskussion der gewonnenen Untersuchungsergebnisse.

2.4.5.2 Risikofaktoren, welche für den Gewaltempfänger postuliert wurden

Für Gewaltempfänger werden Risikofaktoren insbesondere auf körperlich und psychischer Ebene sowie in kognitiver Hinsicht, Hirnfunktionsstörungen einschließend, genannt. Daneben werden soziodemographische, die Beziehung betreffende, die Coping-Fähigkeiten beschreibende Faktoren und das Vorhandensein von Sozialkontakten auch im Sinne der Möglichkeit, Hilferessourcen zu akquirieren, aufgeführt.

Das Vorliegen chronischer Erkrankungen, bzw. eines schlechten Gesundheits- (Choi & Mayer, 2000; Schiamberg & Gans, 2000) oder Pflegezustandes im allgemeinen (Mendonca, Velamoor & Sauve, 1996) und körperliche Behinderungen (Lachs et al. 1997) werden als Risikofaktoren angesehen.

Insbesondere Einschränkungen in kognitiver und sprachlicher Hinsicht, gerade auch bei Vorliegen einer demenziellen Erkrankung werden dafür verantwortlich gemacht, das Zustandekommen von Gewalt zu fördern (Kurrle, Sadler & Cameron, 1991; Lachs & Pillemer, 1995; Lachs et al. 1997).

In psychischer Hinsicht können depressive Symptome (Dyer, Pavlik, Murphy & Hyman, 2000), Alkoholabusus durch das Opfer (Pierce & Trotta 1986), Defizite hinsichtlich der Copingfähigkeiten, negative Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Comijs, Jonker, van Tilburg & Smit, 1999), passiv-vermeidende Problemlösestile und zu geringes Wissen bezüglich Hilferessourcen (Moon & Evans-Campbell, 1999) sowie Persönlichkeitseigenschaften, z.B. die Neigung, aggressives Verhalten im allgemeinen oder im Rahmen des Erlebens von Ärger oder Frustrationen zu zeigen (Comijs et al. 1999; Coyne, Reichman & Berbig, 1993), gewaltfördernd wirken.

In soziodemographischer Hinsicht werden hohes Alter (Kosberg, 1988; Schiamberg & Gans 2000), geringes Einkommen (Cash & Valentine 1987; Lachs et al. 1997), das Zusammenleben mit dem Ehepartner (Schiamberg & Gans 2000) und soziale Isolation (Wolf, 1992) genannt.

Partnerschaften, in denen bereits vor Eintritt der Pflegesituation die nun pflegende Person Gewalt ausgeübt hatte, werden ebenfalls als Risikofaktor beschrieben (Pierce & Trotta, 1986).

2.4.5.3 Risikofaktoren, welche für den Gewaltausübenden beschrieben wurden

Auf Seiten der gewaltausübenden Personen werden besonders psychische Faktoren und das Vorliegen zusätzlicher Belastungsfaktoren als problematisch betrachtet. Psychische Erkrankungen im allgemeinen (Benton & Marshall, 1991; Wolf, 1992), Depressionen (Paveza et al. 1992), besonders den Alkohol betreffende Suchterkrankungen (Homer & Gilleard 1990; Hwalek, Neale, Goodrich & Quinn, 1996) sowie Persönlichkeitseigenschaften wie Reizbarkeit und unzureichende Selbstkontrollkompetenzen (Jones, Holstege & Holstege 1997; Mendonca et al. 1996) wurden als gewaltfördernd beschrieben.

Im Rahmen der häuslichen Pflege durch einen Angehörigen auftretende Belastungen oder Probleme stellen ebenfalls Gewaltrisikofaktoren dar. Neben übermäßiger Belastung (Benton & Marshall 1991; Steinmetz 1988 a, 1988b) werden Schlafentzug (Kosberg, 1988; Schiamberg & Gans, 2000), lange Pflegedauer (Cooney & Mortimer, 1995) und Unerfahrenheit (Pierce & Trotta, 1986; Schiamberg & Gans, 2000) in diesem Zusammenhang genannt.

Vorhandene Belastungsfaktoren wie Arbeitslosigkeit (Schiamberg & Gans, 2000), Lebenskrisen, besonders Ehekrisen (Pierce & Trotta, 1986), Mehrfachbelastungen familiärer Pflegepersonen (Steinmetz 1988 a, 1988 b) und fehlende soziale Unterstützung (Schiamberg & Gans, 2000) werden zudem angeführt.

2.4.5.4 Risikofaktoren für Gewalt im mikrosozialen Bereich

Im mikrosozialen Bereich werden Besonderheiten im Verhältnis des Pflegenden zum Gepflegten, innerhalb von Familienstrukturen, in Hinblick auf Sozialkontakte und das Nutzen von Hilferessourcen sowie der bestehenden Wohnverhältnisse dargestellt, welche Auswirkungen auf das Gewaltrisiko aufweisen können.

Wechselseitige Abhängigkeitsbeziehungen (Wolf, 1992), ungelöste lebensgeschichtliche Konflikte (Wolf, 1988), nicht konsensual zustande gekommene Pflegebeziehungen (Jones, Holstege & Holstege, 1997) und eine bereits vor der Pflege bestehende schlechte Beziehung zwischen den am Pflegedual beteiligten Personen (Compton, Flanagan & Gregg, 1997) werden dabei als Risikofaktoren betrachtet.

Familiäre Strukturen betreffend scheinen emotional konflikthafte Familienbeziehungen (Godkin, Wolf, Pillemer 1989), eine soziale Isolation der Familie (Kosberg, 1988) und eine familiäre Gewaltvorgeschichte (Hughes, 1997) zur Entstehung von Gewalt wesentlich beitragen zu können. Schlechte Wohnverhältnisse werden ebenso wie der Mangel an Hilferessourcen in der näheren Umgebung (Jones et al. 1997) zusätzlich genannt.

2.4.5.5 Risikofaktoren für Gewalt im makrosozialen Bereich

Den makrosozialen Bereich betreffend bilden negative Stigmatisierungen älterer Menschen (Brendebach & Piontkowski, 1997; Nadien, 1995), für ältere Menschen in soziokultureller und ökonomischer Hinsicht häufig herrschende ungünstige Rahmenbedingungen (Griffin & Williams, 1992) und Defizite bei der Unterstützung und fachlichen Kontrolle pflegender Familienangehöriger (Hirsch, 2000) den Nährboden, auf welchem Gewalt wachsen kann.

2.4.6 Beurteilung der Datenlage hinsichtlich Gewalt gegenüber älteren Menschen im häuslichen Umfeld

Es fällt auf, dass zwar zahlreiche Risikofaktoren für das Zustandekommen von Gewalt beschrieben wurden, dass sich diese jedoch nicht immer auf häusliche Pflegesituationen bezogen, insbesondere nicht jene, in denen ein Familienangehöriger als Hauptpflegeperson fungiert. Viele Untersuchungen zum Thema Gewalt im Rahmen der häuslichen Pflege widmeten sich zudem der Gruppe demenziell Erkrankter, welche zu Hause gepflegt wurden. Gerade die Untersuchung jener häuslicher Pflegeduale, in welchen körperlich Erkrankte ohne wesentliche kognitive Einschränkungen gepflegt werden, wurden seltener einer genaueren Betrachtung unterzogen. Hinsichtlich einer differenzierten Befragung von Untergruppen pflegender Angehöriger wie den Ehe- bzw. Lebenspartner, Töchtern, Söhnen bzw. Schwiegertöchtern oder sonstigen Verwandten scheint ebenfalls weiterer Handlungsbedarf zu bestehen. Deren jeweils besonderen Beziehungen zueinander und die an gewisse Lebensabschnitte geknüpften Erwartungen und Bedürfnisse, welche durch die Pflegesituation häufig Modifizierungen ausgesetzt sind, scheinen die Entwicklung unterschiedlicher Faktoren der Gewaltentstehung zu beeinflussen und sollten im Rahmen gesonderter Untersuchungen genauer herausgearbeitet werden.

Die meisten Befragungen oder Interviews wurden entweder mit der pflegenden oder der pflegebedürftigen Person durchgeführt. Gerade das Befragen beider am Pflegedual beteiligter Personen böte jedoch die Möglichkeit, unterschiedliche Ansichten und Einschätzungen hinsichtlich der Belastungen durch die Pflegesituation, der Arten und Häufigkeiten von Gewalt, der geschilderten Gründe für Gewalt, deren Auswirkungen auf die beteiligten Personen und die von diesen bisher durchgeführten Bewältigungsversuche zu untersuchen

und den Versuch zu unternehmen, diese in den bisher beschriebenen theoretischen Rahmen zu integrieren.

Eine Vielzahl von Risikofaktoren für das Zustandekommen von häuslicher Gewalt an älteren Menschen, insbesondere unter den Bedingungen einer Pflegesituation, wurde beschrieben. Dennoch besteht weitergehender Bedarf an Studien, welche im Rahmen von Befragungen oder Interviews gerade im direkten Kontakt mit den Betroffenen, Überprüfungen der bisher gewonnenen Daten und der sich daraus ergebenden Kenntnisse bezüglich Gewalt, deren Bedingungsfaktoren, Folgen und Interventionsmöglichkeiten vornehmen. Eine Intensivierung der Forschung mit dem Ziel, Gewalt durch Kenntnis ihrer Kennzeichen und Ursachen zukünftig besser im Ansatz verhindern zu können, erscheint ratsam und notwendig.

3. Zentrale Leitfragen und Hypothesen

Da bezogen auf im Rahmen der häuslichen Pflege auftretender Gewalt weiterhin ein Defizit an einheitlichen Aussagen und Modellen besteht, war es das Ziel der Studie, sich einer bestimmten Gruppe pflegender Angehöriger, den pflegenden Ehe- oder Lebenspartnern, zu widmen. Die Pflegebedürftigen sollten gleichzeitig keine wesentlichen kognitiven Einschränkungen aufweisen.

Zentrales Anliegen war es, beide am Pflegedual beteiligten Personen zu interviewen, um Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen aufzeigen und später interpretieren zu können. Um der Vielfalt der geschilderten zumeist seelischen Verletzungen und den als problematisch empfundenen Verhaltensweisen gerecht werden zu können, wurde ein weiter Gewaltbegriff zugrunde gelegt. Ziel war es zudem, auf unterschiedlichen Ebenen Bedingungsvariablen für das Zustandekommen von Gewalt heraus zu kristallisieren und Kausalitäten darstellen zu können. Daneben galt es, erwartete Häufigkeiten des gesamten Gewaltvorkommens sowie einzelner Gewaltformen zu überprüfen.

Basierend auf den in den vorherigen Kapiteln dargestellten, bisherigen Forschungserkenntnissen wurden folgende Arbeitshypothesen gestellt, welche bezüglich ihrer Richtigkeit überprüft werden sollten.

3.1 Die Häufigkeiten von Gewalt und deren Unterformen betreffend

- 1) Gepflegte Personen wenden deutlich seltener Gewalt an als ihre pflegenden Partner.
- 2) Die von beiden Seiten ausgehenden Gewaltanwendungen unterscheiden sich in ihrer Art deutlich.
- 3) Im Vergleich zu Studien, welche sich im allgemeinen der Gewalt im häuslichen Nahraum widmen, lassen sich im Falle der Pflege durch den Partner höhere Gewalthäufigkeiten nachweisen.

3.2 Bedingungsfaktoren für die Entstehung von Gewalt betreffend

- 1) Häufigere Sozialkontakte reduzieren das Gewaltrisiko.
- 2) Das vermehrte Nutzen von Hilfsangeboten reduziert das Gewaltrisiko.
- 3) Der Besuch einer Selbsthilfegruppe mindert das Gewaltrisiko.
- 4) Je positiver die partnerschaftliche Beziehung vor der Pflege war, desto seltener tritt Gewalt auf.
- 5) Der Gesundheitszustand und die Art der Erkrankung des Pflegebedürftigen beeinflussen das Gewaltrisiko maßgeblich.
- 6) Die Art der Krankheitsverarbeitung bestimmt das Gewaltrisiko mit.
- 7) Die Art des Hauptbeweggrundes zur Übernahme der Pflege durch den Pflegenden beeinflusst das Gewaltrisiko.
- 8) Es lassen sich gewaltfördernde und -mindernde Persönlichkeitseigenschaften erkennen.
- 9) Mit höherem Schulabschluss und Bildungsgrad sinkt das Gewaltrisiko.
- 10) Erhöhte körperliche und psychische Belastungsgrade steigern das Gewaltrisiko.
- 11) Es lassen sich im alltäglichen Leben bestimmte Auslösesituationen erkennen, welche sowohl aus Sicht des Pflegenden als auch des Pflegebedürftigen besonders häufig Gewalt nach sich ziehen.
- 12) Das Lebensalter hat einen Einfluss auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt.

3.3 Die Aussagen der Pflegenden und Pflegebedürftigen im Vergleich betreffend

- 1) Die Angaben der Pflegenden und Gepflegten hinsichtlich von ihnen selbst und vom Partner ausgehender Gewalt entsprechen sich in ihren Häufigkeiten und den geschilderten Arten von Gewalt weitgehend.
- 2) Die für das Zustandekommen von Gewalt genannten maßgeblichen Gründe unterscheiden sich in den Untergruppen der Pflegenden und Pflegebedürftigen voneinander.
- 3) Die Einschätzung der durch die Pflege resultierenden körperlichen und psychischen Belastungen stimmt weitgehend überein.
- 4) Die genannten Auswirkungen der Pflegesituation auf die Beziehungsqualität unterscheiden sich in den Untergruppen.

4. Methodisches Vorgehen

In der Folge wird in allen Einzelheiten das im Rahmen der Promotionsarbeit durchgeführte methodische Vorgehen beschrieben. Neben einer Darstellung der Auswahl und Gewinnung der Stichprobe wird aufgezeigt wie das Erhebungsinstrument entwickelt und auf welche Art und Weise es durchgeführt wurde.

4.1 Darstellung der Kriterien, nach welchen die Interviewten ausgewählt wurden

Zur Gewinnung relevanter Daten wurde die Zielgruppe im Rahmen der Thematik: „Pflege eines chronisch erkrankten älteren Partners - daraus resultierende Belastungen, Auswirkungen auf die Beziehungsstruktur und Auftreten von Gewalt“ nach folgenden Kriterien festgelegt.

- Die gepflegte Person sollte mit der pflegenden Person in einem partnerschaftlichen Verhältnis stehen.
- Die gepflegte oder pflegende Person sollte ein Alter von 60 Jahren und mehr aufweisen.
- Die pflegende Person sollte die „Hauptpflegeperson“ sein, somit zum größten Teil die Pflege des Partners übernommen haben. Unterstützungen durch andere Personen oder Hilfsdienste waren primär irrelevant.
- Die pflegende Person sollte mindestens eine Stunde am Tag Pflege beziehungsweise Hilfen für den pflegebedürftigen Menschen leisten.
- Die Pflegesituation sollte seit mindestens einem Jahr bestehen.
- Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnern sollte die Pflegesituation weiter Bestand gehabt haben.
- Die Teilnahme an den Interviews setzte sowohl bezogen auf den pflegenden als auch den gepflegten Partner voraus, dass keine wesentlichen kognitiven Defizite bestanden, so dass davon auszugehen war, dass Verständnisprobleme hinsichtlich der gestellten Fragen oder vorhandene Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtniseinschränkungen keinen wesentlichen Einfluss auf die getroffenen Aussagen nehmen konnten.
- Für die vergleichende Stichprobe zwischen Gepflegten und Pflegenden war Voraussetzung, dass die Bereitschaft bestand, die Interviews ohne die Anwesenheit des Partners durchzuführen, so dass keine direkte Beeinflussung durch den Partner erfolgen konnte.

4.2 Zugangswege zur Gewinnung der Interviewteilnehmer und dabei gemachte Erfahrungen

Zuerst wurden Wege gesucht, um Personen aufzufinden, die sich dazu bereit erklären, an der Untersuchung teilzunehmen. Dabei wurden mehrere Wege beschritten.

Es wurde Kontakt zu mehreren Kliniken aufgenommen. Anfangs kam es hinsichtlich der durchzuführenden Studie durch die Tatsache zu einer zeitlichen Verzögerung, dass von Seiten des Chefarztes einer Universitätsklinik die Prüfung des Studienvorhabens durch die zuständige Ethikkommission gefordert wurde, wobei keinerlei Einwände hinsichtlich der beabsichtigten Studie formuliert wurden.

Nach erfolgter Genehmigung durch die zuständigen Chefärzte wurde Kontakt zu Oberärzten, in einem Falle auch einer leitenden Psychologin, aufgenommen. Diese gaben an, die Weiterleitung der schriftlich verfassten Studienbeschreibung an die Ambulanzen und zuständigen Stationsärzte zu übernehmen und die Studie in Ärztebesprechungen genauer vorzustellen und für eine Unterstützung des Projektes zu werben. Im Rahmen eines Flyers, welcher auf den betreffenden Stationen und auf Ambulanzen zur Verteilung gelangte, wurden die Kriterien hinsichtlich der Stichprobe, die formulierten Zielsetzungen und die Modalitäten der Studie für Mitarbeiter und auch Interessenten genau dargestellt und insbesondere darauf hingewiesen, dass sämtliche gewonnenen Daten strikt vertraulich behandelt würden.

Des Weiteren wurden mehrere Leiter von Selbsthilfegruppen (für pflegende Angehörige und Parkinson- und Schlaganfallerkrankte) telefonisch angesprochen und um Mitarbeit gebeten. Mehrere Leiter von Sozialdiensten wurden teils persönlich, teils telefonisch kontaktiert, zudem Mitarbeiter und Leiter von Vereinen zur Angehörigenberatung sowie Beratungsstellen des Caritas-Verbandes angesprochen.

Mit mehreren Hausärzten wurde ebenfalls zumeist persönlich, in wenigen Fällen auch telefonisch Kontakt aufgenommen und darum gebeten, den Flyer in ihren Praxen auszulegen und in Frage kommende Patienten zur Mitarbeit zu motivieren.

Durch Rekrutierung im Bekanntenkreis und am Arbeitsplatz im Bezirksklinikum Ansbach gelang es zusätzlich, Interviewteilnehmer zu gewinnen.

Sämtliche oben genannten Aktivitäten dienten dazu, die kontaktierten Personen zur Mitarbeit bei der Suche und Vermittlung von den Partner pflegenden Personen zu bewegen, in dem diese Kontakt mit den in Frage kommenden Personen aufnehmen und dann die Namen der sich bereit erklärenden Personen an den Durchführenden der Studie weiterleiten sollten.

Im Rahmen der Rekrutierung der Interviewteilnehmer konnten verschiedenartige Erfahrungen gemacht werden.

Durch den besonderen persönlichen Einsatz und die motivierende Art und Weise der Werbung für die Teilnahme an der Studie konnte durch die Mithilfe der leitenden Psychologin der St. Elena-Klinik in Kassel die größte Anzahl an Interviewteilnehmern gewonnen werden (19 Paare und 5 pflegende Personen).

Zweithäufigster Zugangsweg zur Gewinnung von Studienteilnehmern stellten Sozialstationen dar. Durch das Engagement und die Initiative von Mitarbeitern der Sozialstationen Bechhofen-Herrieden, Buchloe und Kaufbeuren konnten insgesamt drei Paare und vier Pflegende zur Mitarbeit bewegt werden.

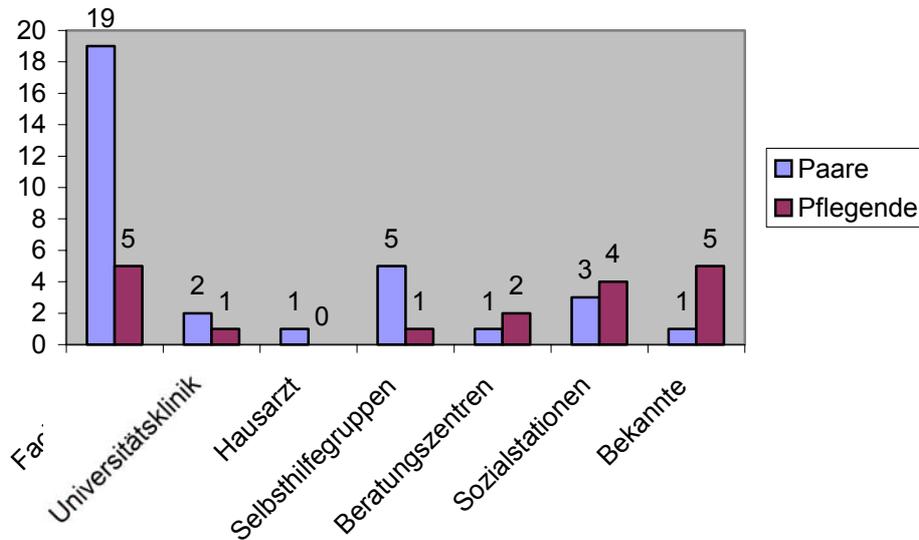
Selbsthilfegruppen stellten die nächste Gruppe dar, welche in stärkerem Masse zum Zustandekommen der Studie beitrugen. Die Leiterinnen der Parkinson-Selbsthilfegruppe in Münster sowie der Schlaganfallgruppe in Landsberg zeigten sich sehr an der Fragestellung der Studie interessiert und vermittelten dieses Interesse auch an die Gruppenmitglieder, so dass auf diese Weise 5 Paare und ein Pflegender rekrutiert werden konnten.

Der Leiter des Vereins der Angehörigenberatung in Nürnberg sowie eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle für psychisch kranke alte Menschen des Caritas-Verbandes in Augsburg zeigten sich ebenfalls durch die Fragestellung der Studie angesprochen und motiviert, zum Gelingen der Studie beizutragen. Es konnten ein Paar und zwei Pflegende für die Studie gewonnen werden.

Über Hausärzte gelang es, lediglich ein Paar, über größere Kliniken nur zwei Paare und einen Pflegenden zur Teilnahme an der Studie zu bewegen.

Über Bekannte und Arbeitskollegen konnten schlussendlich ein Paar und 5 Pflegende motiviert werden.

Abbildung 1: Zugangswege zu Interviewpartnern



Als Erfolgsgaranten hinsichtlich der Motivierung zur Teilnahme an der Untersuchung ließen sich mehrere Faktoren herausarbeiten. Das Ausmaß des Interesses an der Fragestellung der Untersuchung bei den kontaktierten Personen stellte einen wesentlichen Faktor dar. Daneben zeigten sich das Engagement und auch die Bereitschaft, überhaupt Zeit für die Gewinnung von Interviewteilnehmern zu investieren, als besonders ausschlaggebend. Insbesondere die Bereitschaft, einzelne Personen und Paare persönlich anzusprechen und bei bestehender Ambivalenz bezüglich einer Teilnahme an der Untersuchung zu bestärken, doch an dieser teilzunehmen, waren entscheidend. Zudem ließ sich konstatieren, dass sich mit Zunahme des Grades der Vertrautheit der angesprochenen Personen zu möglichen Interviewteilnehmern die erzielte Mitarbeitsquote deutlich erhöhte. Je weniger Personen in den Rekrutierungsprozess integriert waren, desto höher war zudem die mögliche Erfolgsquote.

Für die nur geringe Anzahl von Interviewpartnern, welche über größere Kliniken, insbesondere eine Universitätsklinik, gewonnen werden konnten, ließen sich mehrere Gründe feststellen. Die Tatsache, dass der Interviewer nicht in der Klinik tätig war und dadurch sozusagen als „Fremder“ auf die Station kam, schien aufgrund der doch sensiblen und Vertrauen und Offenheit erfordernden Thematik hinsichtlich der gewünschten Mitarbeit der Patienten wenig förderlich. Auch der Umstand, dass die Patienten von den ihnen vertrauten Stations- oder Oberärzten zuvor zumeist nicht auf die Studie angesprochen worden waren und dass häufig nur die Namen potentieller Interviewpartner weitergegeben wurden, trugen ihren Teil zum Misserfolg bei. Durch die zum Zeitpunkt des Aufsuchens der Patienten bestehende akute Krankheitssymptomatik und die daraus resultierenden Anforderungen im Rahmen der

Krankheitsverarbeitung war die Bereitschaft, an einem etwa 45-minütigen Interview teilzunehmen, eher gering ausgeprägt. Die Schwierigkeit, den Partner/die Partnerin hinsichtlich einer Befragung zeitlich miteinzubinden und die auf den Akutstationen herrschende Geschäftigkeit, zum Teil auch häufig wechselndes Personal, stellten zusätzliche Hinderungsgründe dar.

Die Thematik der Untersuchung schien bei bereits vorliegenden gesundheitlichen und zum Teil auch partnerschaftlichen Problemen, welche im Rahmen der akuten Krankheitssymptomatik teilweise noch verstärkt wurden, von den Angesprochenen als zusätzliche Belastung angesehen zu werden, was die Motivation, am Interview teilzunehmen, deutlich verminderte.

Durch die Größe der Klinik, die herrschende starke Arbeitsbelastung auf den Akutstationen, insbesondere aber durch häufig wechselnde Zuständigkeiten und Kommunikationsprobleme auf den verschiedenen Organisationsebenen gelang es nicht, die Untersuchung in größeren Akuthäusern zu etablieren.

Hinsichtlich der meisten kontaktierten Sozialstationen zeigte sich, dass von Mitarbeitern zwar häufig Interesse an der Fragestellung der Untersuchung gezeigt wurde, dass eine Motivation potenzieller Interviewpartner aber häufig nicht erfolgte. Teilweise wurden versprochene telefonische Rückrufe überhaupt nicht getätigt. Mehrfach wurde geäußert, dass die Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen, bei den Angesprochenen nicht vorhanden gewesen sei, da diese befürchteten, dass im Rahmen der Studie eine Überprüfung hinsichtlich der Einstufung in der Pflegeversicherung erfolgen solle. Auch die Sorge, dass vertrauliche Informationen an die Öffentlichkeit gelangen könnten, wurde als Absagegrund genannt. Von Seiten der Mitarbeiter der Sozialstationen wurden kaum Bemühungen unternommen, diesen unbegründeten Sorgen entgegenzuwirken.

Auch die Mitarbeit von Hausärzten erwies sich zum Großteil als enttäuschend, wobei häufig bereits das grundsätzliche Interesse an der Fragestellung, vor allem aber die Bereitschaft, Zeit zu investieren, fehlte.

In vier Fällen kam es dazu, dass sich Partnerinnen von Gepflegten primär zum Interview bereit erklärt hatten, nach Interventionen ihres Partners, welcher vermeiden wollte, dass Partnerschaftsprobleme thematisiert werden, dann aber absagten.

In zwei Fällen mussten Interviews abgebrochen werden, da vom Interviewten geäußert wurde, dass das Interview zu lange andauere, zweimal aufgrund der Tatsache, dass das Interview entweder als zu „intim“ oder aber als wenig sinnvoll erachtet wurde. Durch im Rahmen des

Interviews zu Tage tretende kognitive Defizite konnten zudem drei Interviews nicht zur Auswertung gelangen.

Aufgrund der insgesamt sehr zähen Art der Gewinnung von Interviewpartnern wurde ein Kriterium, welches eigentlich von den potenziellen Interviewpartnern erfüllt werden sollte, nämlich das Alter der Betroffenen, abgeändert und in Einzelfällen auch etwas jüngere Personen zum Interview zugelassen. Dies geschah aufgrund der Überzeugung, dass das Alter nur einen möglichen Einflussfaktor hinsichtlich der Entstehung von Gewalt darstellt, andere Einflussfaktoren aber auch im Rahmen der Untersuchung etwas jüngerer Personen hinsichtlich ihrer Auswirkungen untersucht werden können. Die große Mehrzahl der Interviewten wies jedoch ein Alter von 60 Jahren und mehr auf.

In sieben Fällen wurden zudem Pflegende demenziell erkrankter Partner interviewt, wobei nachfolgend eine Darstellung der Ergebnisse unter Ein- und Ausschluss demenziell Erkrankter erfolgte.

4.3 Erhebungsinstrument

Zur Gewinnung von Informationen hinsichtlich der zu bearbeitenden Fragestellung wurde für die pflegende und gepflegte Person ein sich hinsichtlich der Fragestellungen entsprechender, teilstandardisierter Fragebogen entwickelt, welcher insgesamt 76 Fragen zu folgenden Themenbereichen umfasste:

- a) persönliche Daten der gepflegten bzw. pflegenden Person
- b) Art und Dauer der Partnerschaft
- c) Anzahl der Kinder und Entfernung des Wohnortes der Kinder von den Eltern
- d) Wohnsituation
- e) schulische, berufliche Bildung und Erwerbstätigkeit
- f) subjektive Beurteilung der Wohnsituation und der finanziellen Verhältnisse
- g) bestehende Sozialkontakte (eigene, des Partners und gemeinsame)
- h) vorhandene Erkrankungen, bestehende Medikation, subjektiver Gesundheitszustand des Befragten und Einschätzung des Gesundheitszustandes des Partners
- i) Art und Umfang der Pflegeleistungen
- j) Hilfen und Unterstützung durch andere Personen und Institutionen

- k) Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Pflege sowie des Grades der daraus resultierenden körperlichen und psychischen Belastungen
- l) Hauptbelastungsfaktoren in psychischer und körperlicher Hinsicht
- m) Gründe für die Pflegeübernahme und Beurteilung der getroffenen Entscheidung
- n) Qualität der Partnerschaft vor Eintritt der Pflegesituation, seit Übernahme der Pflege eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität und deren zugrundeliegenden Ursachen
- o) im Rahmen der Pflegesituation eingetretene Veränderungen des alltäglichen Zusammenlebens
- p) Art des Umgangs des Gepflegten mit seiner Erkrankung und deren Auswirkungen
- q) Gewalt von Seiten des Gepflegten: Arten, Häufigkeiten, Auslöser, danach gezeigtes Verhalten
- r) Gewalt von Seiten des Pflegenden: Arten, Häufigkeiten, Auslöser, Ausmaß des beim Gepflegten dadurch erzeugten Leides und dessen Reaktionen
- s) Vorhandensein von Angst des Gepflegten vor dem Pflegendem und deren Gründe
- t) Vorhandensein von Trennungsabsichten und deren Gründe
- u) getroffene Maßnahmen zur Verhinderung problematischer Verhaltensweisen: Methoden, von welcher Person ausgehend, dadurch eingetretener Nutzen
- v) Beschreibung der eigenen Persönlichkeit und jener des Partners

Vor Durchführung des Interviews wurde vom Interviewenden auf die strikte Anonymität und vertrauliche Aufbewahrung und Auswertung der Daten hingewiesen. Von Nutzen zeigte sich dabei der Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht, welcher bestehende Zweifel zusätzlich entkräftete. Daneben wurde auf die Modalitäten des Interviews genauer hingewiesen. Neben dem voraussichtlichen zeitlichen Umfang wurde erläutert, dass die Interviews in Abwesenheit des Partners durchgeführt werden sollten, um mögliche Beeinflussungen oder Hemmungen ausschließen zu können. Ausnahmen waren Interviews mit Pflegenden demenziell erkrankter Partner und in einem Fall die Tatsache, dass glaubhaft versichert wurde, dass gegenseitig keinerlei Geheimnisse und völlige Offenheit bestünden, was sich im weiteren Verlaufe des Interviews auch bestätigte.

Vor der eigentlichen Erhebungsphase wurden drei Probeinterviews durchgeführt, um zu überprüfen, ob der Fragebogen hinsichtlich der zugrundeliegenden Fragestellung geeignet erschien. Es zeigte sich, dass zum besseren Verständnis nur geringe Abwandlungen hinsichtlich der in den Fragestellungen gewählten Formulierungen nötig waren. Der Fragebogen wurde im Anhang C genau wiedergegeben.

4.4 Durchführung der Interviews, Merkmale der Interviewsituation

Bei sämtlichen sich zur Verfügung stellenden Probanden wurden anfangs die Eingangskriterien hinsichtlich einer Teilnahme an der Untersuchung überprüft. Zudem galt es abzuklären, ob die Probanden mit Ausnahme jener, welche demenziell erkrankte Partner pflegten, bereit waren, in Abwesenheit des Partners am Interview teilzunehmen. Mehrere Interviews kamen aufgrund der Tatsache, dass insbesondere männliche Gepflegte nicht wollten, dass ihre Partnerinnen ohne ihr Beisein die Beziehung betreffende Inhalte preisgeben, nicht zur Durchführung.

Die Dauer der Interviews schwankte zwischen 35 und 60 Minuten, lag im Schnitt bei etwa 45 Minuten. Während Pflegende sich insgesamt als mitteilsamer zeigten, sorgte die zum Teil langsamere Bearbeitungsweise der Pflege- oder Hilfebedürftigen Personen dafür, dass sich die Interviewzeiten in den Gruppen der Pflegenden und Gepflegten nicht wesentlich unterschieden.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen 9 und 18 Uhr durchgeführt. Hinsichtlich der Interviews gepflegter Personen wurde darauf geachtet, dass diese vor Beginn des Interviews ausreichend Erholungsphasen erhielten, so dass die für die Interviews notwendige Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit gewährleistet schien.

Von den insgesamt durchgeführten 82 Interviews fanden 48 in Kliniken, der Rest bei den Pflegepersonen und den Gepflegten zu Hause statt. Bei den 43 in der St. Elena-Klinik in Kassel interviewten Personen konnte darauf geachtet werden, dass die Interviews in angenehmer räumlicher Atmosphäre in den Behandlungszimmern der Psychologin oder einer Logopädin stattfanden. Demgegenüber fanden die Interviews in der größeren Klinik teils in kleinen, recht ungemütlichen Nebenzimmern statt, was wenig motivierend wirkte.

5. Darstellung der Ergebnisse

5.1 Soziodemographische Merkmale der am Pflegedual beteiligten Personen

5.1.1 Alter und Geschlecht

An den Interviews nahmen 36 pflegende Frauen und 14 pflegende Männer sowie 9 gepflegte Frauen und 23 gepflegte Männer teil.

Das Alter der pflegenden Personen reichte von 42 bis 91 Jahren, der gepflegten Personen von 49 bis 79 Jahre. Das Durchschnittsalter (arithmetisches Mittel) der pflegenden Personen lag bei 67,3 Jahren, der gepflegten Personen bei 66,4 Jahren.

GESCHLECHT	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
WEIBLICH	36	9
MÄNNLICH	14	23

Tabelle 1: Geschlecht der Pflegenden und Gepflegten

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
TIEFST	42	49
HÖCHST	91	79
DURCHSCHNITTALTER	67,3	66,4

Tabelle 2: Alter der Betroffenen (in Jahren)

Das fast auf gleicher Höhe liegende Alter der Pflegenden und Gepflegten war dadurch begründet, dass sich zwar mehr Frauen, die durchschnittlich etwas jünger als ihre Männer waren, in der Pflegesituation befanden, dass jedoch die pflegenden Männer häufig deutlich älter waren als die von ihnen gepflegten Ehefrauen.

In unserer Stichprobe beträgt der Anteil von Frauen in der Gruppe der Pflegenden 72 %, was nahe an dem Wert von 80% liegt, welcher von Schneekloth und Leven (2003) genannt wurde.

5.1.2 Art und Dauer der Partnerschaft

Von den 50 befragten pflegenden Personen waren 48 verheiratet, 2 befanden sich in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. Die Dauer der Partnerschaft schwankte zwischen 10 und 69 Jahren, wobei auch die Zeit vor Eheschließung miteinberechnet wurde, während welcher eine Liebesbeziehung bestand.

Drei Paare waren kinderlos, bei den übrigen schwankte die Kinderzahl zwischen 1 und 9 Kindern, am häufigsten wurden zwei Kinder (n = 18) und 1 Kind (n = 15) genannt. Bei Ermittlung der Anzahl der Kinder wurden die Kinder beider Personen, welche zum Teil aus vorher bestehenden Beziehungen hervorgegangen waren, zusammengefasst.

	INTERVIEWTE PAARE
EHE	48
EHEÄHNLICH	2

Tabelle 3: Familienstand

	DAUER DER PARTNERSCHAFT
TIEFST	10
HÖCHST	69
DURCHSCHNITT	43,42

Tabelle 4: Dauer der Partnerschaft (in Jahren)

5.1.3. Anzahl der Kinder und Entfernung des Wohnortes der Kinder vom Elternhaus

Drei Paare waren kinderlos, bei den übrigen schwankte die Kinderzahl zwischen 1 und 9 Kindern, am häufigsten wurden zwei Kinder (n = 18) und 1 Kind (n = 15) genannt. Bei Ermittlung der Anzahl der Kinder wurden die Kinder beider Personen, welche zum Teil aus vorher bestehenden Beziehungen hervorgegangen waren, zusammengefasst.

Die Entfernung des Wohnortes der Kinder vom Elternhaus ist in Tabelle 6 dargestellt.

ANZAHL DER KINDER	
0	3
1	15
2	18
3	8
4	4
5	0
6	1
7	0
8	0
9	1

Tabelle 5: Anzahl der Kinder

	KIND 1	KIND 2	KIND 3	KIND 4	WEITERE
GLEICHES HAUS	12	1	0	0	0
KLEINER 10 KM	17	13	7	3	0
BIS 100 KM	9	7	3	2	2
ÜBER 100 KM	9	11	4	1	5

Tabelle 6: Entfernung des Wohnortes der Kinder vom Elternhaus

5.2 Wohnsituation

5.2.1 Wohnorte /-regionen

Da die Studie im Raum Münster, in der ganz Deutschland als Einzugsgebiet umfassenden St. Elena-Klinik in Kassel und im Raum Ansbach und Landsberg durchgeführt wurde, rekrutierten sich die Interviewten aus unterschiedlichen Wohnregionen. Die Tatsache, dass die Interviews in unterschiedlichen Gegenden durchgeführt wurden, macht ebenfalls deutlich, wie schwierig das Gewinnen von Interviewpartnern war.

Zum Großteil stammten die Befragten aus groß- oder kleinstädtischen Gegenden, selten lebten sie auf dem Lande.

REGIONEN	ANZAHL
GROßSTADT	12
KLEINSTADT	28
LÄNDLICH	10

Tabelle 7: Wohnort der Interviewten

5.2.2 Wohnverhältnisse

Als wichtiger Indikator für die Bestimmung des sozioökonomischen Status wurde nach den bestehenden Wohnverhältnissen gefragt. Eine Darstellung der vorliegenden Daten ergibt, dass die Mehrzahl der Betroffenen ein Einfamilienhaus bewohnten (n = 29). Während 4 Paare in einem Doppelhaus wohnten, lebten 6 in einem Reihnhaus. Eigentumswohnungen gaben 4 Paare, eine Mietwohnung ein Paar an. Ein weiteres Paar bewohnte ein Bauernhaus.

WOHNVERHÄLTNISSE	
EINFAMILIENHAUS	29
DOPPELHAUS	4
REIHENHAUS	6
EIGENTUMSWOHNUNG	4
MIETWOHNUNG	6
BAUERNHOF	1

Tabelle 8: Wohnverhältnisse der Interviewten

5.2.3 Subjektive Einschätzung der Wohnqualität

Von Interesse schien zudem, wie die Befragten ihre Wohnverhältnisse hinsichtlich der Wohnqualität beurteilten und ob die Wohnverhältnisse in irgendeiner Form den Bedürfnissen des zu pflegenden Partners angepasst wurden. Die pflegenden Personen empfanden ihre Wohnsituationen für sich und den Partner insgesamt positiver als die gepflegten Personen. Sehr gut wurden sie von 18 Personen der Pflegendengruppe (36 %), aber nur von 5 gepflegten Personen (15,6 %). Eine gepflegte Person empfand die Wohnsituation als sehr schlecht (3,1 %).

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
SEHR SCHLECHT	0	1
SCHLECHT	0	0
MITTEL	4	3
GUT	28	23
SEHR GUT	18	5

Tabelle 9: Subjektive Beurteilung der Wohnsituation

5.2.4 Vorhandensein baulicher Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität des Gepflegten

Von 31 Paaren wurde mitgeteilt, dass Veränderungen am Wohnraum oder der Raumausstattung vorgenommen wurden, um der gepflegten Person dadurch Erleichterungen zu schaffen. Im Vordergrund standen dabei Veränderungen im Bereich des Bades zur Erleichterung des Waschens und zur Minimierung der Sturzgefahr. Letzterem Ziel diente auch das Anbringen von Rampen und das Entfernen von Türschwellen. Ansonsten wurde mehrfach der Kauf spezieller Betten mit Haltegriffen genannt.

KEINE VERÄNDERUNG	19
VERÄNDERUNG DES WOHNRAUMS	31

Tabelle 10: Anpassung des Wohnraumes an die Bedürfnisse des zu Pflegenden

5.3 Subjektive Einschätzung der finanziellen Verhältnisse

Zur weiteren Bestimmung des sozioökonomischen Status der Betroffenen wurde nach den finanziellen Verhältnissen der befragten Paare gefragt. Die meisten Interviewten beschrieben ihre finanziellen Verhältnisse als gut (Pfleger: n = 24, Gepflegte: n = 16), gefolgt von mittelmäßig (Pfleger: n = 17, Gepflegte: n = 13). Schlecht oder eher schlecht beurteilten die finanziellen Verhältnisse 5 pflegende Personen (10 %) und 2 gepflegte Personen (6,25%), als sehr gut 4 pflegende Personen (8 %) und 1 gepflegte Person (3,13%),

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
SEHR SCHLECHT	3	2
EHER SCHLECHT	2	0
MITTEL	17	13
GUT	24	16
SEHR GUT	4	1
N =	50	32

Tabelle 11: Beurteilung der bestehenden finanziellen Verhältnisse

5.4 Schulische und berufliche Bildung sowie Ausmaß der Erwerbstätigkeit

Wichtig hinsichtlich der Auswirkungen auf die Bewältigung einer eingetretenen Pflegesituation und den möglicherweise in deren Rahmen auftretenden problematischen Verhaltensweisen oder Gewalt innerhalb des Pflegeduals erscheint die Ermittlung des schulischen und beruflichen Bildungsstandes sowie des Vorhandenseins einer gleichzeitig bestehenden Berufstätigkeit.

Die meisten Befragten verfügten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss (n = 43). Es folgten in beiden Gruppen der Realschulabschluss (n = 24) vor dem Abitur (n = 15). Die Verteilung der Schulabschlüsse in beiden Gruppen differierte nur unwesentlich voneinander.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
SONDERSCHULE	0	0
HAUPTSCHULE	28	15
REALSCHULE	15	9
GYMNASIUM	7	8
N =	50	32

Tabelle 12: Schulabschluss der Pflegenden und Gepflegten

Deutlichere Unterschiede zwischen den Gruppen der Pflegenden und den Gepflegten ergaben sich bei Betrachtung der Berufsausbildungen. Zwar dominierten in beiden Gruppen die Personen mit abgeschlossener Lehre (Pfleger: n = 31, Gepflegte: n = 21), der Anteil jener ohne Berufsausbildung war in der Gruppe der Pflegenden jedoch deutlich höher (n = 11, 22 % gegenüber den Gepflegten: n = 4, 12,5%). Ein Hochschulstudium schlossen 8 pflegende Personen (16%) und 7 gepflegte Personen (21,9 %) ab.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
UNGELERNT	11	4
LEHRE	31	21
STUDIUM	8	7
N =	50	32

Tabelle 13: Berufsausbildung der Pflegenden und Gepflegten

Von den Pflegenden gingen vier Personen einer Erwerbstätigkeit nach. Während zwei Personen eine Vollzeitbeschäftigung hatten, arbeiteten zwei Personen in Teilzeit.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
ERWERBSTÄTIG	4	0
NICHT ERWERBSTÄTIG	46	32

Tabelle 14: Erwerbstätigkeit

5.5 Vorhandene Sozialkontakte der am Pflegedual beteiligten Personen

5.5.1 Alleinige Sozialkontakte der gepflegten Person

Im Rahmen der Bestimmung möglicher Bedingungsfaktoren von Gewalt schienen insbesondere die Häufigkeiten der vorhandenen Sozialkontakte jedes einzelnen Partners und beider Partner zusammen von Interesse. Von beiden Partnern wurden die Sozialkontakte in ähnlicher Weise beschrieben, so dass die Antworten der Pflegenden (n = 50) repräsentativ dargestellt werden.

Die gepflegten Personen hatten am häufigsten alleinige Kontakte zu Freunden oder Bekannten (n = 21). Daneben stellten Kontakte über Vereine sowie zum Arzt (n = 9) und kirchlichen Institutionen (n = 4) die häufigsten alleinigen Kontaktquellen dar. Kinder oder Geschwister wurden überhaupt nicht genannt, da diese nur Kontakte zusammen mit dem Pflegenden eingingen. Sonstige Verwandte wurden in drei Fällen als alleinige Kontaktpersonen genannt. Unter der Gruppe der sonstigen Personen (n = 8) verbargen sich Angehörige von Heil- und Pflegeberufen.

	ANZAHL DER PERSONEN
KINDER	0
GESCHWISTER	0
VERWANDTE	3
BEKANNTE, FREUNDE	21
KIRCHE	4
SELBSTHILFEGRUPPE	1
VEREINE	9
ARZT	9
SONSTIGE	8

Tabelle 15: Alleinige Kontakte des Gepflegten zu anderen Personen

5.5.2. Alleinige Sozialkontakte der pflegenden Person

Die pflegenden Personen hatten ebenfalls am häufigsten alleinigen Kontakte zu Freunden oder Bekannten (n = 29). Daneben stellten Kontakte über Vereine (n = 19) und über kirchliche Institutionen (n = 5) die häufigsten alleinigen Kontaktquellen außerhalb der eigenen Familie dar. Im Gegensatz zu den gepflegten Personen bestanden auch zu Familienangehörigen nennenswerte alleinige Kontakte (zu Kindern: n = 8, zu Geschwistern: n = 4, zu sonstigen Verwandten: n = 4). Sonstige Personen (n = 4) stellten auch in diesem Falle Angehörige von Heil- und Pflegeberufen dar.

	ANZAHL DER PERSONEN
KINDER	8
GESCHWISTER	4
VERWANDTE	4
BEKANNTE, FREUNDE	29
KIRCHE	5
SELBSTHILFEGRUPPE	2
VEREINE	19
ARZT	4
SONSTIGE	6

Tabelle 16: Alleinige Kontakte des Pflegenden zu anderen Personen

5.5.3 Gemeinsame Sozialkontakte

Gemeinsame Kontakte der Partner dominierten im Rahmen der genannten Sozialkontakte. Als Gründe wurden genannt, dass der Pflegende den Partner nicht allein lassen könne, da dieser Hilfe benötige. Andererseits war die eingeschränkte Mobilität der gepflegten Person oft der Grund dafür, dass Besuche gemeinsam zu Hause empfangen wurden. Auch die Tatsache, dass die gepflegte Person häufig darauf angewiesen war, vom Partner zu anderen Personen

gefahren zu werden, führte zu gemeinsamen Kontakten. Es dominierten Kontakte zu den Kindern (n = 47), zum Arzt (n = 42), zu Bekannten und Freunden (n = 39) und Geschwistern (n = 34). Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen wurde ebenfalls zumeist gemeinsam durchgeführt (n = 10). Demgegenüber nahm lediglich eine gepflegte und zwei pflegende Personen allein an einer Selbsthilfegruppe teil. Da Krankengymnasten, Masseure, Logopäden und Angehörige von Sozialdiensten die gepflegten Personen häufig zu Hause aufsuchten, entstanden auch auf diesem Wege gemeinsame Kontakte.

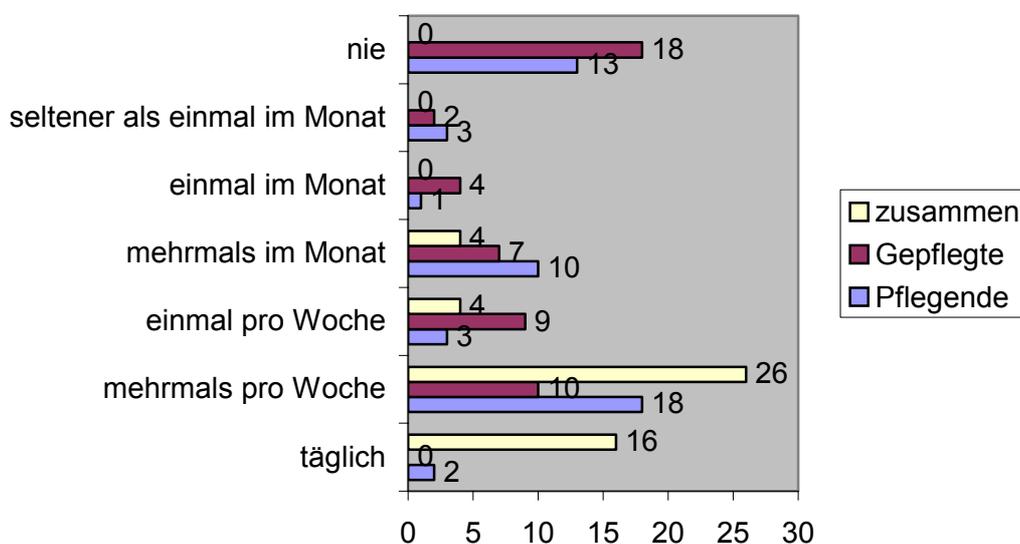
	ANZAHL DER PERSONEN
KINDER	47
GESCHWISTER	34
VERWANDTE	11
BEKANNTE, FREUNDE	39
KIRCHE	9
SELBSTHILFEGRUPPE	10
VEREINE	12
ARZT	42
SONSTIGE	16

Tabelle 17: Gemeinsame Kontakte zu anderen Personen

5.5.4 Häufigkeit der vorhandenen Sozialkontakte

Zusammengefasst erschien es noch von Interesse wie häufig überhaupt Sozialkontakte zu anderen Personen bestanden. Dabei ließ sich erkennen, dass die pflegenden Personen seltener überhaupt keine alleinigen Sozialkontakte aufwiesen als die gepflegten Personen (Pfleger: n = 13 (26%), Gepflegte: n = 18 (56,3%)) und häufiger tägliche oder mehrmals pro Woche stattfindende alleinige Sozialkontakte hatten (Pfleger: n = 20 (40%), Gepflegte: n = 10 (31,25%)). Seltener stattfindende alleinige Sozialkontakte zeigten sich häufiger bei den gepflegten Personen. Gemeinsame Kontakte wurden zumeist täglich oder mehrmals wöchentlich wahrgenommen (zusammen n = 42 (84%) .

Abbildung 2: Häufigkeiten der Sozialkontakte



5.6 Den Gesundheitszustand der am Pflegedual beteiligten Personen betreffende Faktoren

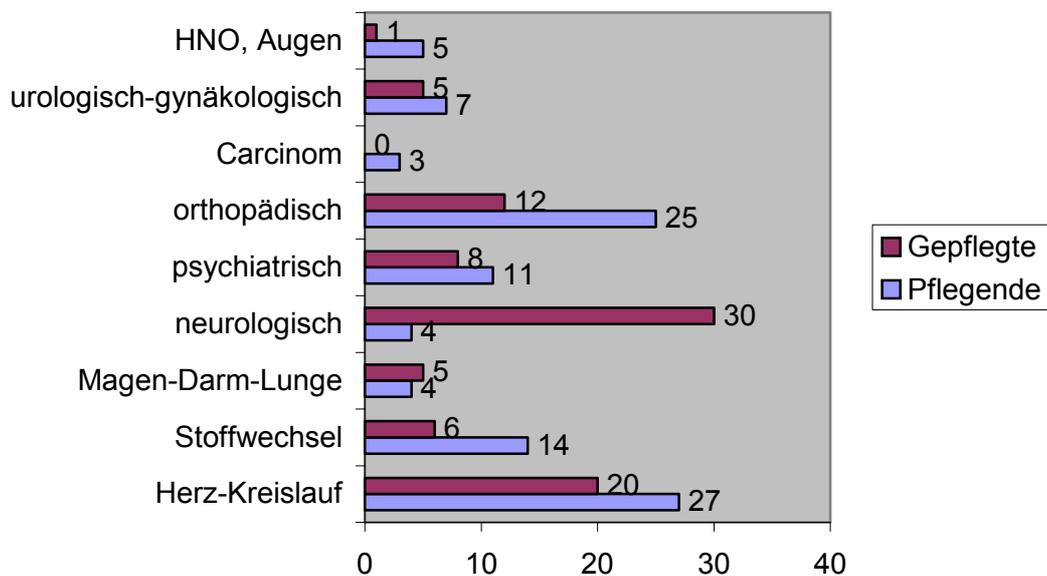
5.6.1 Erkrankungen der pflegenden und gepflegten Person

Zur Bestimmung weiterer möglicher Einflussfaktoren von Gewalt wurden zudem genaue Informationen hinsichtlich vorhandener Erkrankungen, verordneter Medikamente und dem subjektiv sich selbst und dem Partner zugeschriebenen Gesundheitszustand eingeholt. Dabei ließ sich wie erwartet eine mit steigendem Alter zunehmende Multimorbidität erkennen.

Da die Studie sich vorwiegend an Patienten, welche an einer Parkinson'schen Erkrankung oder den Folgen eines Schlaganfalls leiden, richtete, dominierten in der Gruppe der gepflegten Personen besonders neurologische Erkrankungen (n = 30). Daneben stellten Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (n = 20) und des Bewegungsapparates (n = 8) die häufigsten Erkrankungen dar. Psychiatrische Erkrankungen (n = 8), vor allem in Form von depressiven und psychotischen Symptomen, lagen noch vor Erkrankungen der Stoffwechselorgane, des Magen-Darm-Traktes, des Urogenitalsystems und der Bereiche Hals-Nasen-Ohren und Augen.

Die pflegenden Personen wiesen demgegenüber am häufigsten Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (n=27), des Bewegungsapparates (n=25) und der Stoffwechselorgane (n=14) auf. Auffallend auch das häufige Vorhandensein psychiatrischer Erkrankungen (n=11), wohinter sich depressive Symptome und Angststörungen verbargen.

Abbildung 3: Vorhandene Erkrankungen aus den verschiedenen Fachgebieten



Das unterschiedlich häufige Vorhandensein von Erkrankungen aus verschiedenen Fachdisziplinen im Sinne einer Multimorbidität wurde ebenfalls untersucht. Die gepflegten Personen wiesen häufiger Erkrankungen aus vier verschiedenen medizinischen Fachgebieten (Gepflegte: n = 11 (34, 4%) , Pflegende: n = 3 (6%)) auf, gleichzeitig bestehende Erkrankungen aus zwei oder drei Fachdisziplinen waren jedoch prozentual häufiger bei den pflegenden Personen nachzuweisen (gesamt: Pflegende n = 31 (62%), Gepflegte: n = 16 (50%)).

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
KEINE ERKRANKUNGEN	3	0
ERKRANKUNG AUS EINEM FACHGEBIET	13	5
ERKRANKUNGEN AUS ZWEI FACHGEBIETEN	18	10
ERKRANKUNGEN AUS DREI FACHGEBIETEN	13	6
ERKRANKUNGEN AUS VIER FACHGEBIETEN	3	11
N =	50	32

Tabelle 18: Anzahl der vorhandenen Erkrankungen aus den verschiedenen Fachgebieten

5.6.2 Anzahl der verschriebenen Medikamente (unterteilt nach Fachgebieten)

Hinsichtlich der verordneten Medikamente zeigte sich, dass die gepflegten Personen deutlich mehr Tabletten einnehmen mussten als die pflegenden. Vom Urologen oder Gynäkologen verschriebene Medikamente wurden häufiger von pflegenden Personen eingenommen (Pfleger: n = 8 (16%), Gepflegte: n = 1 (3,1%)). Besonders bei Präparaten aus dem neurologisch-psychiatrischen und dem orthopädischen Bereich überwogen sehr deutlich die gepflegten Personen.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
KEIN MEDIKAMENT	8	0
MEDIKAMENT AUS EINEM FACHGEBIET	27	4
MEDIKAMENT AUS ZWEI FACHGEBIETEN	12	12
MEDIKAMENT AUS DREI FACHGEBIETEN	3	7
MEDIKAMENT AUS VIER FACHGEBIETEN	0	9
N =	50	32

Tabelle 19: Anzahl der eingenommenen Medikamente aus den verschiedenen Fachgebieten

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
INTERNISTISCH	33	24
ORTHOPÄDISCH	5	12
NEUROLOGISCH	5	26
PSYCHIATRISCH	7	20
UROLOGISCH	8	2
GYNÄKOLOGISCH		
AUGE	1	1

Tabelle 20: Anzahl der Personen, welche Medikamente aus den verschiedenen Fachgebieten einnehmen

5.6.3 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der gepflegten Person

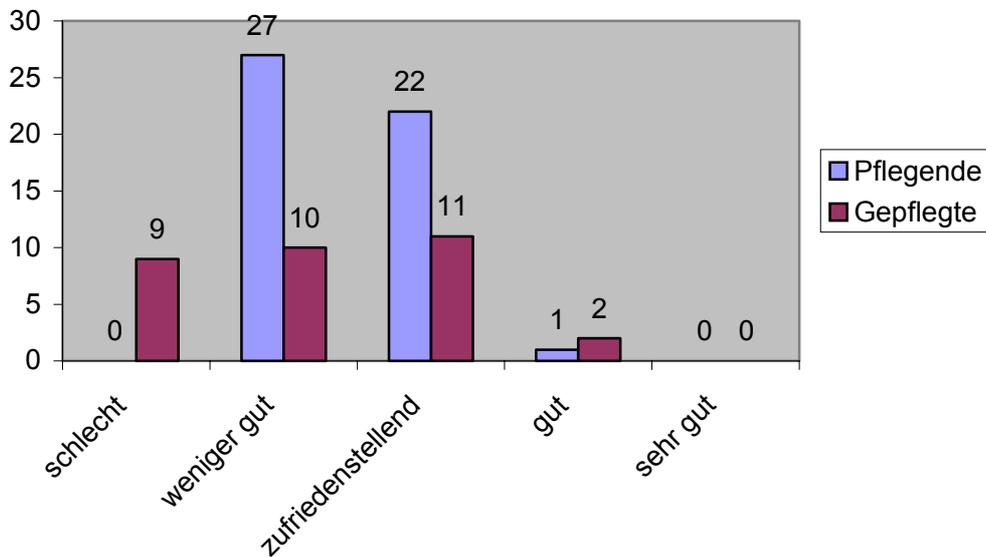
Da vorhandene Erkrankungen und verordnete Medikamente zwar objektive Parameter des Gesundheitszustands darstellen, jedoch nicht zwingenderweise mit dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. dem eigenen Wohlbefinden korrelieren müssen, wurde direkt nach der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und jenem des Partners gefragt.

Dabei ließ sich erkennen, dass die gepflegten Personen ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter und den des Partners besser beurteilten als die pflegenden Personen.

Die gepflegten Personen schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand zu etwa gleichen Teilen mit „schlecht“ (n = 9, (28,1%)), „weniger gut“ (n = 10, (31,3%)) und „zufriedenstellend“ (n = 11, (34,4%)) ein. Zweimal wurde über einen „guten“ Gesundheitszustand berichtet (n = 2, (6,3 %)).

Die pflegenden Personen sahen den Gesundheitszustand ihres Partners kein einziges Mal als „schlecht“ an. 27 (54%) beschrieben ihn als „weniger gut“, 22 (44%) als zufriedenstellend. Nur einmal wurde von einem guten Gesundheitszustand gesprochen.

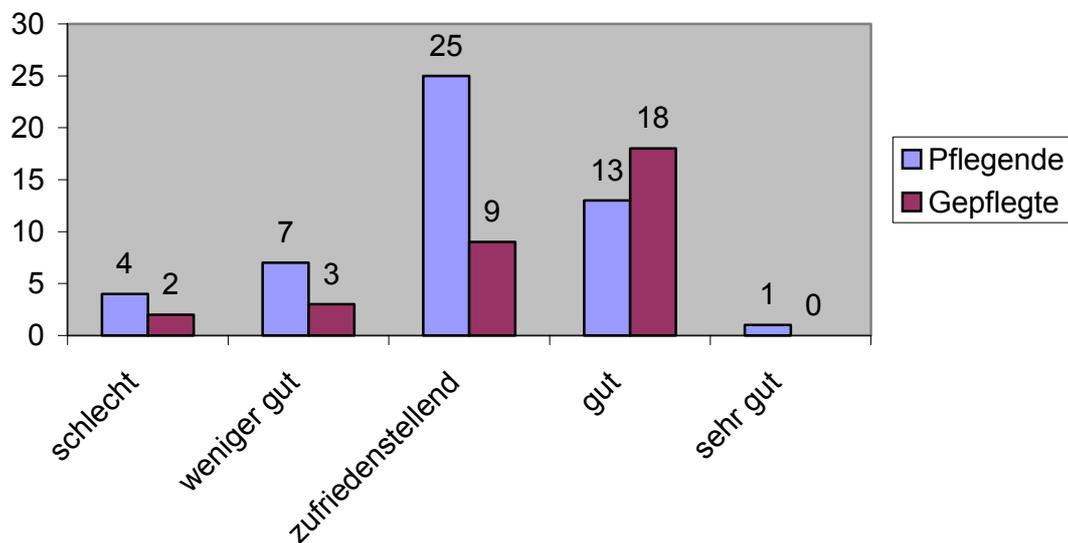
Abbildung 4: Beurteilung des Gesundheitszustandes der gepflegten Person



5.6.4. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der pflegenden Person

Die pflegenden Personen schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand zumeist als zufriedenstellend ein (n = 25, (50 %)). 13 Personen (26 %) gaben ihren Gesundheitszustand mit gut, 7 (14 %) mit weniger gut, 4 (8 %) mit schlecht und eine Person (2 %) mit sehr gut an. Demgegenüber berichteten gepflegte Personen in 18 Fällen (56,3 %) über einen „guten“ Gesundheitszustand des Partners. Ansonsten wurde der Gesundheitszustand des Pflegenden am häufigsten mit zufriedenstellend (9 Personen, 28,1%), gefolgt von weniger gut (3 Personen, 9,4 %) und schlecht (2 Personen, 6,3 %) eingeschätzt.

Abbildung 5: Beurteilung des Gesundheitszustandes der pflegenden Person



5.6.5 Art des Umgangs des Gepflegten mit seiner Erkrankung

Unabhängig davon, ob eine Erkrankung sich plötzlich mit gravierenden Symptomen einstellt oder sich kontinuierlich mit daraus resultierenden zunehmenden Einschränkungen ausprägt, entscheidet neben den objektiv bestehenden Krankheitssymptomen und deren subjektiver Wahrnehmung die Krankheitsverarbeitung und der Umgang mit der Erkrankung wesentlich über den Krankheitsverlauf und die resultierende Lebensqualität. Der Umgang mit der Erkrankung kann sich ebenso auf die Qualität der Partnerschaft wie auch auf die Bewältigung einer Pflegesituation auswirken. Aus diesem Grunde wurden sowohl die pflegenden als auch die gepflegten Personen aufgefordert, die Art, wie die gepflegte Person in den letzten Monaten Zeit vornehmlich mit ihrer Krankheit umging, zu beschreiben.

Dabei ließ sich erkennen, dass deutlich mehr der gepflegten Personen der Überzeugung waren, dass sie ihre Erkrankung akzeptiert hätten und gut mit ihr umgehen könnten (Pflegende: $n = 15$ (30 %), Gepflegte: $n = 18$ (56,3 %)). Während von 9 pflegenden Personen (18 %) die Krankheitsverarbeitung des Gepflegten als „verdrängen“ geschildert wurde, nannte keiner der Gepflegten diese Form des Umgangs mit der Erkrankung. Prozentual etwa gleich häufig wurden „unzufrieden“, „depressiv“ und „jammert“ genannt. Jeweils eine pflegende und gepflegte Person gab an, dass der Partner bezüglich der Erkrankung „verzweifelt“ reagiere, drei Pflegende sahen vor allem, dass der Gepflegte „verunsichert“ sei. Ein

Pflegender sprach von „Ängstlichkeit“. Zwei pflegende Personen äußerten keine Einschätzung zu dieser Fragestellung.

UMGANG MIT ERKRANKUNG	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
UNZUFRIEDEN	11	7
JAMMERT	2	1
AKZEPTIERT	15	18
DEPRESSIV	6	5
VERUNSICHERT	3	0
AGGRESSIV	0	0
VERDRÄNGT	9	0
VERZWEIFELT	1	1
ÄNGSTLICH	1	0
KEINE ANTWORT	2	0
N =	50	32

Tabelle 21: Vorherrschende Krankheitsverarbeitung des Gepflegten

5.6.6 Zusammenhang zwischen der Krankheitsverarbeitung der gepflegten Person und der Qualität der Partnerschaft

Auf die konkrete Frage, ob sich die Art, wie die gepflegte Person mit ihrer Krankheit umgeht, auf die Qualität der Partnerschaft auswirke, antworteten 42 pflegende Personen (84 %) und 26 gepflegte Personen (81,3 %) mit ja. Zwei gepflegte Personen wollten sich zu dieser Frage nicht äußern. Tabelle 22 gibt das genaue Zahlenmaterial wieder.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
KEINE ANTWORT	0	2
JA	42	26
NEIN	8	4

Tabelle 22: Auswirkungen der Krankheitsverarbeitung auf die Beziehung

5.6.7 Vorhandensein von Schamgefühlen gegenüber der Erkrankung des Gepflegten und deren Folgen

Im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie mit der zur Pflege geführt habenden Krankheit umgegangen wird, wurde auch danach gefragt, ob das Gefühl der Scham eine Rolle spiele. Diese Frage wurde sowohl dem Pflegenden als auch dem Gepflegten gestellt.

Am häufigsten wurde in beiden Gruppen ausgesagt, dass die gepflegte Person Scham empfinde (Pfleger: n = 28 (56 %), Gepflegte: n = 13 (40,6 %)). Dass beide Personen sich wegen der Erkrankung des Gepflegten und deren Folgen schämen, wurde von 4 pflegenden Personen (8 %) und von 3 gepflegten Personen (9,4%) berichtet. Drei pflegende Personen berichteten, dass nur sie Scham empfinden würden.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
GEPFLEGTE	28	13
PFLEGENDE	3	0
KEINER	15	16
BEIDE	4	3
N =	50	32

Tabelle 23: Schamgefühle aufgrund der Erkrankung des Gepflegten

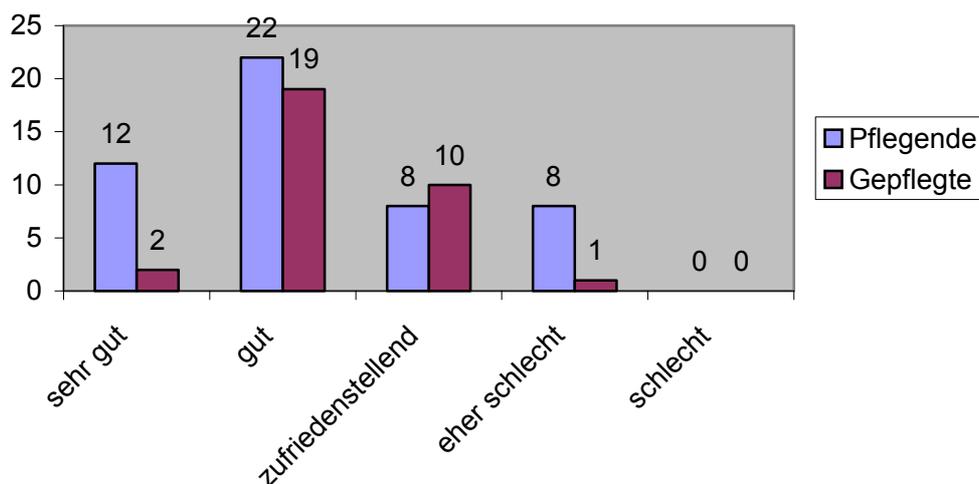
5.7 Emotionale Beziehung zwischen der pflegenden und pflegebedürftigen Person

5.7.1 Subjektive Einschätzung der Qualität der Partnerschaft vor Eintritt der Pflegesituation

Wesentlich für eine bestehende Pflegesituation erscheint die Qualität der Beziehung zwischen beiden Partnern. Aus diesem Grunde wurde einerseits nach der Qualität der Partnerschaft vor Eintreten der Pflegesituation, aber auch nach deren Änderung nach erfolgter Pflegeübernahme gefragt. Zudem wurde nach Faktoren gefragt, die sich durch die Pflegesituation hinsichtlich der Beziehungsqualität positiv und negativ entwickelt haben.

Die Mehrzahl der Befragten gab an, vor Eintritt der Pflegesituation eine gute Beziehung gehabt zu haben (Pfleger: n = 22 (44 %), Pflegebedürftige: n = 19 (59,4 %)). Während pflegende Personen ihre Beziehung ansonsten am häufigsten als sehr gut beschrieben (Pfleger: n = 12 (24 %), Gepflegte: n = 2 (6,3 %)), gaben gepflegte Personen an, die Beziehung sie zufriedenstellend gewesen (Pfleger: n = 8 (16 %), Gepflegte: n = 10 (31,3 %)). Acht pflegende Personen (16%) und eine gepflegte Person (3,1%) empfanden ihre Beziehung hinsichtlich deren Qualität als eher schlecht. Acht pflegende Personen (16%) und eine gepflegte Person (3,1%) empfanden ihre Beziehung hinsichtlich deren Qualität als eher schlecht.

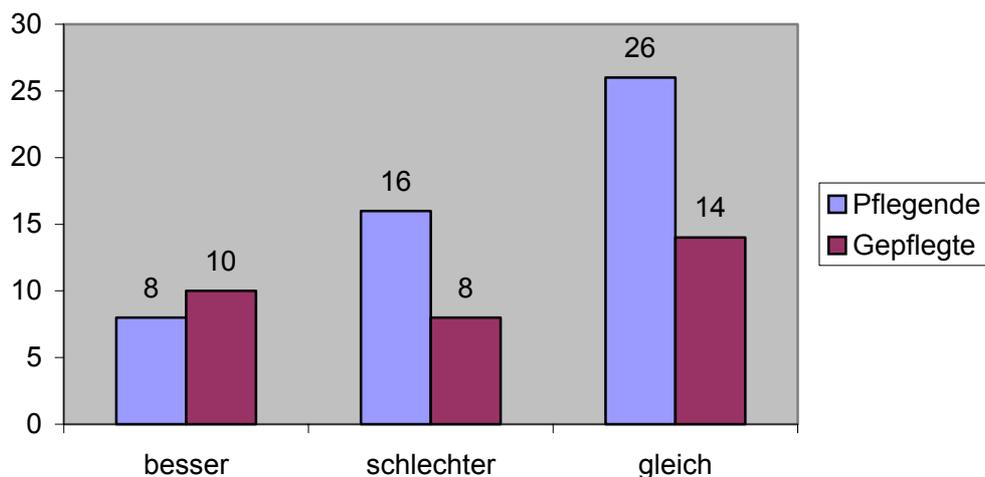
Abbildung 6: Qualität der Partnerschaft vor Eintritt der Pflegesituation



5.7.2. Im Rahmen der Pflegesituation eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität

Die gepflegten Personen beschrieben die Folgen der Pflegesituation auf die Qualität der Partnerschaft insgesamt positiver als die pflegenden Personen. Zehn gepflegte (31,3 %) gegenüber acht pflegenden Personen (16 %) gaben an, die Beziehung zum Partner habe sich verbessert. Als unverändert beschrieben 26 pflegende Personen (52%) und 14 (43,8%) gepflegte Personen die Qualität ihrer Partnerschaft. Prozentual mehr pflegende Personen gaben eine Verschlechterung der Beziehungsqualität an (Pflegende: n = 16 (32%), Gepflegte: n = 8 (25%)).

Abbildung 7: Im Rahmen der Pflege eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität



5.7.3 Nach Eintritt der Pflegesituation eingetretene positive Veränderungen innerhalb der Partnerschaft

Auf die Frage hin, was sich in der Beziehung zum Partner genau verändert habe, wurden unterschiedliche Dinge genannt, die zu einer Verbesserung oder Verschlechterung, bzw. dem Gleichbleiben der Qualität der Beziehung beigetragen haben.

Am häufigsten wurde ein besseres Verständnis untereinander als positive Entwicklung genannt (Pfleger: n = 12 (24 %), Gepflegte: n = 10 (31,3 %)). Daneben wurde von beiden Personengruppen berichtet, dass ein besserer Zusammenhalt und mehr Verständnis bestehe (Pfleger: n = 4 (8 %), Gepflegte: n = 2 (6,3 %)). Die Tatsache, dass sich der Partner nun anhänglicher zeige, wurde von den pflegenden Personen als zweithäufigster Grund für eine verbesserte Beziehung genannt (Pfleger: n = 8 (16 %), Gepflegte: n = 1 (3,1 %)). Die Gewissheit und Dankbarkeit, dass auf den pflegenden Partner trotz der bestehenden Belastungen der Pflege Verlass ist und dieser zu einem hält, wurde von zwei gepflegten Personen (6,3 %) angegeben. Positive Effekte in sexueller Hinsicht wurden von einer pflegenden Person (2 %) beschrieben.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
BESSERER ZUSAMMENHALT, MEHR GEMEINSAMKEITEN	4	2
BESSERES VERSTÄNDNIS	12	10
BEMUTTERN SCHÖN	2	1
PARTNER ANHÄNGLICHER	8	1
SEX OK	1	0
PARTNER HÄLT ZU MIR	0	2

Tabelle 24: Positive Veränderungen der Partnerschaft im Rahmen der Pflege

5.7.4 Nach Eintritt der Pflege innerhalb der Partnerschaft eingetretene negative Veränderungen und deren Anzahl

Negative Auswirkungen unterschiedlicher Art wurden deutlich häufiger von pflegenden Personen mitgeteilt. Neben öfter auftretendem Streit (Pfleger: n = 17 (34 %), Gepflegte: n = 6 (18,8 %)) und negativen Auswirkungen auf das Sexualleben (Pfleger: n = 15 (30 %), Gepflegte: n = 8 (25 %)) wurde insbesondere eine negative Beeinflussung der Qualität und Quantität miteinander geführter Gespräche beklagt (Pfleger: n = 14 (28 %), Gepflegte: n = 3 (9,4 %)). Als Ursachen wurden Krankheitsfolgen des Gepflegten, psychische Störungen

und vorausgehende Dissonanzen aufgezählt. Die Angabe, dass die pflegende Person Ekel vor dem Gepflegten empfinde und dadurch Nähe verloren gehe, wurde von fünf pflegenden Personen (10 %) und vier gepflegten Personen (12,5%) beschrieben. Die vier pflegenden Personen (8%), welche von verstärkter Eifersucht und Misstrauen des Partners berichteten, gaben als Gründe einerseits medikamentös bedingte wahnhaftige Störungen, aber auch Angst der gepflegten Person vor dem Verlassenwerden an. Über den Austausch von weniger Zärtlichkeiten berichteten etwas häufiger pflegende Personen (Pfleger: n = 8 (16 %), Gepflegte: n = 4 (12,5 %)). Negative Auswirkungen vermehrten Klammerns der gepflegten Person, wurden von fünf pflegenden (10 %) und vier gepflegten Personen (12,5 %) angegeben.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
GESPRÄCHE	14	3
SEXUALLEBEN	15	8
EKEL VOR GEPFLEGTEM	5	4
KLAMMERN DES GEPFLEGTEN	5	4
MEHR STREITIGKEITEN	17	6
EIFERSUCHT/MISSTRAUEN	4	0
WENIGER ZÄRTLICHKEITEN	8	4

Tabelle 25: Negative Veränderungen der Partnerschaft im Rahmen der Pflege (mehrere Antworten möglich)

Die interviewten Personen gaben ein bis drei aufgetretene negative Entwicklungen in ihrer Partnerschaft an. Am häufigsten wurde über eine vorliegende negative Veränderung berichtet. In der Gruppe der pflegenden Personen wurde häufiger über zwei oder drei negative Entwicklungen berichtet (Pfleger: n = 18 (36%), Gepflegte: n = 6 (18,8%)).

ANZAHL NEGATIVER ENTWICKLUNGEN	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
0	5	12
1	27	14
2	11	3
3	7	3
N =	50	32

Tabelle 26: Anzahl der in der Partnerschaft eingetretenen
negativen Entwicklungen

5.7.5 Hauptgründe für die eingetretenen negativen Entwicklungen in der Partnerschaft

Es schien zudem von Interesse, welche Gründe von den Interviewten angegeben wurden, die zu den geäußerten negativen Veränderungen innerhalb der Beziehung führten. Während die überwiegende Mehrzahl der Befragten die „Krankheit der gepflegten Person“ mit den aus ihr resultierenden Einschränkungen nannten (Pfleger: n = 30 (60%), Gepflegte: n = 14 (43,8%)), wurden als zweithäufigste Ursache von den pflegenden Personen „ die Persönlichkeit der gepflegten Person“ angegeben (n = 13 (26%), von den gepflegten Personen das „Bevormunden“ durch den Partner (n = 4 (12,5 %)). In der Gruppe der Pfleger wurden ansonsten die Gründe „verändertes Leben“ (n = 3 (6%)), „sexuelle Probleme“ (n = 2 (4 %)) und „Bevormundung des Partners“ (n = 1 (2 %)) aufgezählt. Jeweils einmal gaben gepflegte Personen die Gründe „Persönlichkeit des Partners“, „verändertes Leben“, „Ekel des Pfleger vor dem Gepflegten“ und das „Alter“ an.

URSACHEN	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
KRANKHEIT	30	14
PERSÖNLICHKEIT	11	1
VERÄNDERTES LEBEN	3	1
SEXUELLE PROBLEME	2	0
EKEL	0	1
KLAMMERN	0	0
BEVORMUNDEN	1	4
ALTER	0	1
KEINE URSACHE BENANNT	3	10
N =	50	32

Tabelle 27: Hauptursachen für die negativen partnerschaftlichen Entwicklungen

5.8 Die Pflegeübernahme kennzeichnende Faktoren

5.8.1 Hauptmotiv der Pflegeübernahme

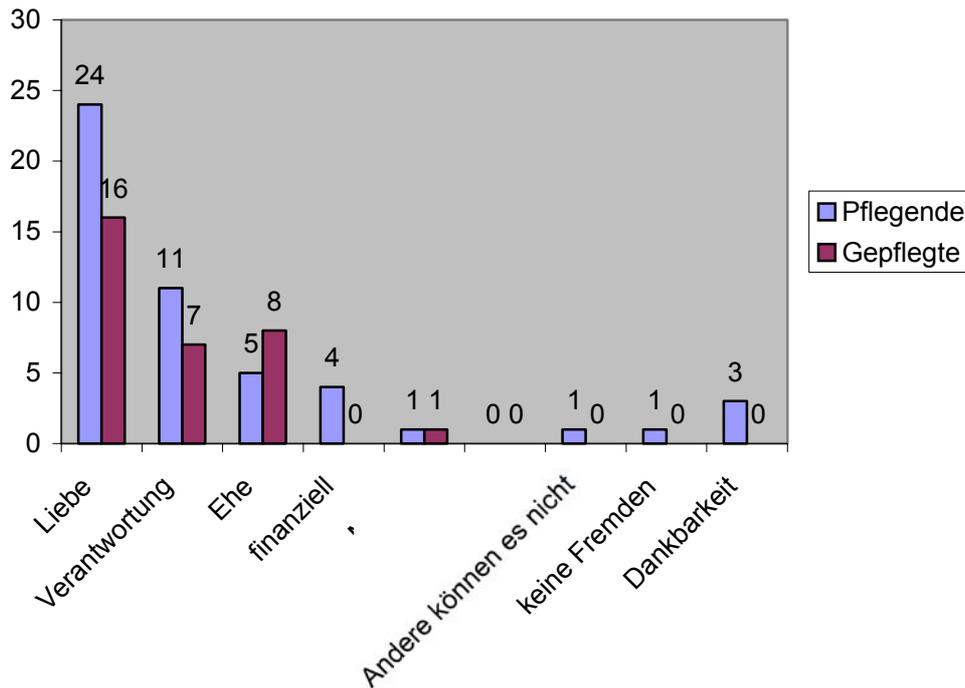
Je nach zugrundeliegender Erkrankung des Partners bedeutet die Übernahme der Pflege ein langsames Hereinwachsen in eine an Umfang zunehmende Pflege des Partners wie es im Falle eines Parkinson-Syndroms, einer Chorea Huntington, einer Demenz oder rheumatischen Erkrankung der Fall ist, andererseits jedoch nach erlittenem Schlaganfall auch eine abrupte Übernahme der Pflege in hoher Intensität.

Gefragt nach den Gründen, weshalb die Pflege des pflegebedürftigen Partners übernommen wurde, gaben die meisten Befragten aus beiden Gruppen als Hauptgrund „Liebe und Zuneigung“ an (Pfleger: n = 24 (48 %), Gepflegte: n = 16 (50 %)). In der Gruppe der pflegenden Personen wurde als zweithäufigster Grund Verantwortung (n = 11, (22 %)), gefolgt von Eheversprechen (n = 5, (10 %)), finanziellen Gründen (n = 4, (8 %)) und Dankbarkeit für in der Vergangenheit vom Partner geleistete Hilfen (n = 3, (6 %)) angeführt. Jeweils einmal (2 %) wurden als Hauptgrund der Pflegeübernahme „Mitleid“, „andere können es nicht“ und „Fremde haben bei uns nichts zu suchen“ genannt.

In der Gruppe der gepflegten Personen wurde als zweithäufigster Grund „Eheversprechen“ (n = 8, (25 %)), gefolgt von „Verantwortung“ (n = 7, (21,9 %)) und „Mitleid“ (n = 1, (3,1 %)) angeführt.

Da Mehrfachnennungen möglich waren, wurde in der Gruppe der pflegenden Personen in drei Fällen (6 %) noch das Motiv hinzugefügt, „man wäre bei Aufenthalt des Partners im Heim ja alleine“. Tabelle 28 gibt die Häufigkeiten sämtlicher genannter Gründe wieder, Abbildung 8 dagegen den Hauptgrund für die Pflegeübernahme.

Abbildung 8: Hauptgrund für die Pflegeübernahme



	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
LIEBE	34	23
VERANTWORTUNG	19	9
EHEVERSPRECHEN	14	10
FINANZIELL	4	0
MITLEID, NÄCHSTENLIEBE	1	3
SONST ALLEIN	0	0
ANDERE KÖNNEN ES NICHT	3	0
KEINE FREMDEN	2	0
DANKBARKEIT	3	1

Tabelle 28: Gründe der Pflegeübernahme (Mehrfachnennungen möglich)

5.8.2 Beurteilung, inwieweit es richtig war, die Pflege des Partners zu übernehmen

Gefragt danach, ob es richtig gewesen sei, die Pflege übernommen zu haben, antworteten in der Gruppe der Pflegenden 47 Personen (94 %), in der Gruppe der Gepflegten 28 Personen (87,5 %) mit ja.

ENTSCHEIDUNG	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
RICHTIG	47	28
FALSCH	3	4

Tabelle 29: Richtigkeit der Entscheidung, die Pflege übernommen zu haben

5.8.3 Begründung der Einschätzung, ob es richtig war, dass der Partner die Pflege übernommen hat

Als Begründung für die getroffene Entscheidung wurde sowohl von den pflegenden als auch den gepflegten Personen mit jeweils 20 Nennungen am häufigsten die dadurch entstandene „Zufriedenheit“ genannt (40 % der Pflegenden und 62,5 % der Gepflegten).

In der Gruppe der pflegenden Personen wurde als zweithäufigster Grund „tut eigener Moral gut“ (n = 15, (30 %)), gefolgt von „Fremde würden stören“ (n = 5, (10%)), „habe meine Dankbarkeit gezeigt“ (n = 4, (8 %)), „ich habe meinen Partner bei mir“ (n = 4, (8 %)) und „ohne meine Hilfe wäre mein Partner schon gestorben“(n = 2, (4 %)) genannt. Begründungen, weshalb die Übernahme der Pflege falsch gewesen sei, wurden von pflegender Seite nicht gegeben.

In der Gruppe der gepflegten Personen wurde als zweithäufigster Grund für Richtigkeit der Pflegeübernahme durch den Partner „tut eigener Moral gut“ (n = 4, (12,5 %)), gefolgt von „Fremde würden stören“ (n = 2, (3,1 %)), „habe meine Dankbarkeit gezeigt“, „ich habe meinen Partner bei mir“ und „kein Heim nötig“(jeweils n = 1, (3,1 %)) genannt. Als Gründe, weshalb es ein Fehler gewesen sei, dass der Partner die Pflege übernommen habe, wurden in zwei Fällen (6,3 %) „zu große Belastungen für den Pflegenden“ und in einem Fall (3,1 %) „häufiger Streit“ angegeben.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
FÜR MORAL GUT	15	4
ZUFRIEDEN DADURCH	20	20
FREMDE STÖREN	5	2
DANKARKEIT GEZEIGT	4	1
OHNE MEINE HILFE WÄRE PARTNER GESTORBEN	2	0
BRAUCHE PARTNER	4	1
KEIN HEIM NÖTIG	0	1
BELASTUNG FÜR PFLEGENDE	0	2
STREIT / UNZUFRIEDENHEIT	0	1

Tabelle 30: Begründung, warum Entscheidung zur Pflegeübernahme richtig oder falsch war

5.9 Die Pflegesituation

5.9.1 Dauer der Pflegesituation

Als erstes wurde die zum Zeitpunkt der Erhebung des Interviews bestehende Pflegedauer ermittelt. Die Pflegedauer bewegte sich in einem Rahmen von einem bis 20 Jahren. Durchschnittlich bestand die Pflegesituation seit 6,1 Jahren (arithmetisches Mittel).

PFLEGEDAUER	ANZAHL DER JAHRE
TIEFST	1
HÖCHST	20
DURCHSCHNITT	6,12

Tabelle 31: Dauer der bestehenden Pflegesituation

5.9.2 Darstellung der geleisteten Hilfen

Die Pflege des Partners erstreckt sich auf unterschiedliche Gebiete und weist hinsichtlich des Aufwandes jeweils unterschiedlich hohe Intensitäten auf. Auch hinsichtlich der im Rahmen der Pflege des Partners notwendig werdenden Hilfen wurde einerseits danach gefragt, welche Hilfen wie oft geleistet werden müssen. Andererseits schien von Interesse, welche Hilfen in körperlicher Hinsicht als besonders anstrengend empfunden wurden.

Mit Ausnahme der Hilfe in Form des Begleitens bei außerhäuslichen Terminen ließ sich erkennen, dass der Großteil der Tätigkeiten täglich oder mehrmals die Woche geleistet werden musste. Fast in allen Fällen musste vermehrt Zeit im Haushalt, im Rahmen der persönlichen Betreuung aufgebracht werden. Tabelle 32 gibt das genaue Zahlenmaterial wieder.

TÄTIGKEITEN	TÄGLICH		MEHRMALS PRO WOCHE		EINMAL PRO WOCHE		MEHRMALS PRO MONAT	
	PFL	GEPFL.	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
ANZIEHEN	37	20	2	2	1	0	0	0
KÖRPERPFLEGE	29	17	11	7	2	1	1	0
ESSEN	37	20	7	4	1	1	1	1
HAUSHALT	39	26	7	4	2	0	0	0
LAGEWECHELSEL	35	18	3	3	1	1	0	2
MEDIZINISCH	39	19	1	0	0	0	0	0
PERSÖNLICH	31	21	13	8	4	1	1	1
BEGLEITUNG	0	0	17	12	3	1	10	7

TÄTIGKEITEN	EINMAL IM MONAT		MEHRMALS PRO JAHR		NIE	
	PFL	GEPFL.	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
ANZIEHEN	1	0	0	0	9	10
KÖRPERPFLEGE	0	1	0	0	7	5
ESSEN	0	1	0	0	4	5
HAUSHALT	0	0	0	0	2	2
LAGEWECHELSEL	0	0	1	1	10	7
MEDIZINISCH	0	0	0	0	10	13
PERSÖNLICH	0	0	0	0	1	1
BEGLEITUNG	4	2	0	0	16	10

Tabelle 32: Art und Umfang der im Rahmen der Pflege geleisteten Hilfen

Als besonders belastende Tätigkeiten wurden ansonsten geschildert: nächtliche Hilfen aufgrund körperlicher Beschwerden, Hilfen bei Toilettengängen, die manuelle Einleitung des Stuhlgangs und Folgen bestehender Inkontinenz mit Windel- teils Bettwäschewechsel.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
NÄCHTLICHE HILFEN	9	4
TOILETTENGANG	7	6
INKONTINENZ/ STUHLEINLEITUNG	6	5

Tabelle 33: Zusätzlich genannte Hilfsmaßnahmen

5.9.3 Zeitlicher Pflegeumfang

Die Bestimmung des zeitlichen Pflegeumfangs fiel sowohl den pflegenden als auch den gepflegten Personen recht schwer. Dafür wurden unterschiedliche Gründe genannt. Manche Aufgaben hätten in geringerer Form bereits vor Eintritt der Pflegesituation zu den Aufgabengebieten des Pflegenden gehört, weshalb der zusätzliche zeitliche Aufwand schwierig zu ermitteln sei. Man habe zu Hause im Gegensatz zu Pflegediensten keinen Zeitdruck, weshalb häufiger Tätigkeiten länger dauerten als nötig. Teilweise wurde geäußert, dass man aufgrund der Sorge um den Partner zumindest gedanklich ganztätig beschäftigt sei. Zudem spielte eine Rolle, dass immer wieder Unverständnis hinsichtlich der bei der Beurteilung des zeitlichen Pflegebedarfes angesetzten Zeiteinheiten durch den Medizinischen Dienst geäußert wurde, was gleichzeitig zu einer Verunsicherung bei der Bestimmung des zeitlichen Umfangs der eigenen geleisteten Hilfen führte. Die zeitlichen Aufwendungen für die persönliche Betreuung, beispielsweise für Gespräche und Unternehmungen, wurden als selbstverständlich angesehen und von den Betroffenen oft nicht als zusätzliche zeitliche Belastungen im Rahmen der Pflege angesehen. „Man würde die Zeit ja auch mit einem gesunden Partner verbringen, lediglich in anderer Form.“

Der schlussendlich berichtete tägliche Zeitaufwand für Pflege und Betreuung wurde von den pflegenden Personen in einer Spanne zwischen einer und 16 Stunden, von den gepflegten Personen zwischen einer und 14 Stunden angegeben. Im Schnitt gaben die Pflegenden einen durchschnittlichen Zeitbedarf von 6,23 Stunden (Hauptgruppe), in der Vergleichsgruppe (n = 32) von 5,88 Stunden, die Gepflegten von 5,19 Stunden an (arithmetische Mittelwerte).

	PFLEGENDE N = 50	PFLEGENDE N = 32	GEPFLEGTE N = 32
TIEFST	1	1	1
HÖCHST	16	16	14
DURCHSCHNITT	6,23	5,88	5,19

Tabelle 34: Täglicher Zeitaufwand für Pflege und Betreuung (in Stunden)

5.10 Im Rahmen der Pflege auftretende Belastungen für den Pflegenden

Sowohl die pflegenden als auch die gepflegten Personen wurden befragt, ob die geleistete Pflege körperlich oder psychisch anstrengend sei und falls die Frage mit ja beantwortet wurde, welche Faktoren zu der Belastung führten.

5.10.1 Einschätzung der körperlichen Belastung

Fast alle pflegenden und gepflegten Personen gaben an, die Pflegesituation sei körperlich anstrengend. Lediglich vier pflegende Personen (8 %) und zwei gepflegte Personen (6,3 %) sahen keine bestehenden körperlichen Belastungen.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
JA	46	30
NEIN	4	2

Tabelle 35: Einschätzung, ob Pflege körperlich anstrengend ist

Die hinsichtlich der Höhe der resultierenden körperlichen Belastung genannten Werte schwankten zwischen den Extremwerten 0 und 10. In der Gruppe der pflegenden Personen (n = 50) wurde die körperliche Belastung durchschnittlich mit einem Wert von 5,73, in der Untergruppe der Pflegenden (n = 32) mit 5,4 und in der Gruppe der gepflegten Personen mit 5,6 angegeben.

	PFLEGENDE N = 50	PFLEGENDE N = 32	GEPFLEGTE N = 32
TIEFST	0	0	0
HÖCHST	10	10	10
DURCHSCHNITT	5,73	5,38	5,63

Tabelle 36: Grad der körperlichen Belastung (arithmetische Mittelwerte)

5.10.2 Der körperlichen Belastung zugrunde liegende Faktoren und deren Ausmaß

Bei Angabe der Gründe für die beschriebene körperliche Belastung wurden insbesondere starke Beanspruchungen durch nächtlich geleistete Hilfen, Lagewechsel und sonstige Faktoren genannt. Haushaltsaufgaben und Hilfen beim Anziehen wurden zumeist als weniger belastend dargestellt. 31 pflegende Personen (62 %) und 16 gepflegte Personen (50 %) sahen Lagewechsel als stark belastende körperliche Tätigkeiten an. Nachts zu verrichtende Hilfen wurden von 13 Pflegenden (26 %) und vier Gepflegten (12,5 %), sonstige Gründe von 14 Pflegenden (28 %) und fünf Gepflegten (15,6 %) als stark körperlich belastend angesehen. Unter den sonstigen genannten Gründe verbargen sich aus Sicht der pflegenden Person: „der Gepflegte überschätzt meine Leistungsfähigkeit (n = 14), Hilfen beim Laufen (n = 3), Toilettengänge und Rollstuhlschieben (jeweils n = 1). Aus Sicht des Gepflegten: ständige Hilfestellungen beim Laufen (n = 3) und das Überfordern des Partners, Toilettengänge und Rollstuhlschieben (jeweils n = 1).

BELASTUNGS- FAKTOR	KEIN		GERING		MITTEL		STARK	
	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
NACHTS	17	14	10	5	10	9	13	4
HAUSHALT	19	10	21	14	8	5	2	3
ANZIEHEN	19	15	17	8	9	6	5	3
LAGEWECHESEL	14	8	1	1	4	7	31	16
SONSTIGES	22	22	4	3	10	2	14	5

Tabelle 37: Intensitätsgrade verschiedener körperlicher Belastungsfaktoren

5.10.3 Einschätzung der psychischen Belastung

Ebenfalls fast alle pflegenden und gepflegten Personen gaben an, die Pflegesituation sei psychisch belastend. Lediglich fünf pflegende Personen (10 %) und eine gepflegte Person (3,1 %) berichteten, dass sich durch die geleistete Pflege keine psychischen Belastungen ergeben würden.

VORHANDENSEIN EINER PSYCHISCHEN BELASTUNG	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
JA	45	31
NEIN	5	1

Tabelle 38: Einschätzung, ob Pflege psychisch belastend ist

Interessanterweise schwankten die hinsichtlich der Höhe der durch die Pflege resultierenden psychischen Belastung genannten Werte bei den pflegenden Personen zwischen 1,5 und 10. Alle fünf Personen in dieser Gruppe, welche angegeben hatten, es bestünden keine psychischen Belastungen durch die geleistete Pflege, gaben bei Beurteilung des Grades der psychischen Belastung niedrige Werte an, die sie scheinbar aber als nicht wirklich belastend empfanden. In der Gruppe der Gepflegten schwankten die Werte zwischen den Extremwerten 0 und 10. In der Gruppe der pflegenden Personen wurde sowohl in der Hauptgruppe als auch

der Untergruppe die psychische Belastung durchschnittlich mit einem Wert von etwa 6,8, von den gepflegten Personen mit 5,6 angegeben.

	PFLEGENDE N = 50	PFLEGENDE N = 32	GEPFLEGTE N = 32
TIEFST	1,5	1,5	0
HÖCHST	10	10	10
DURCHSCHNITT	6.82	6,78	5,61

Tabelle 39: Grad der psychischen Belastung (arithmetische Mittelwerte)

5.10.4 Der psychischen Belastung zugrunde liegende Faktoren und deren Ausmaß

Bei Angabe der Gründe für die beschriebene psychische Belastung wurden von den pflegenden Personen bezüglich starker Belastungsfaktoren als Einzelgründe am häufigsten eine belastende Zukunftsperspektive (n = 15, (30 %)), gefolgt von Ungeduld des Gepflegten (n = 10, (20%)) und Schlafstörungen (n = 8, (16 %)) genannt. Launen des Gepflegten (n = 7, (14 %)), und „Verzicht üben müssen“ (n = 6, (12 %)) wurden seltener als weitere stark ausgeprägte Belastungsfaktoren geschildert. Sonstige Faktoren wurden in 30 Fällen (60 %) als stark belastend eingestuft, insgesamt in 38 Fällen genannt. Sie setzten sich folgendermaßen zusammen: Defizite des Partners (n = 15), Mitleiden mit dem Partner, Sorge um den Partner, Undank des Partners (jeweils n = 4), ständiges Rufen des Gepflegten, Angst, etwas falsch zu machen, psychotisches Erleben des Partners (n =2), Impulsivität des Gepflegten, fehlende Fortschritte des Partners, Klammern des Partners, eigener Ekel und das Vorliegen sexueller Probleme (jeweils n =1).

Die gepflegten Personen sahen die häufigsten Einzelgründe starker psychischer Belastung in den Faktoren: belastende Perspektive, Schlafstörung und Verzicht üben müssen mit jeweils fünf Angaben (15,6 %). Sonstige Gründe wurden in vier Fällen angeführt. Neben der Sorge um den Gepflegten (n =2) wurde dabei jeweils einmal eigene Ungeduld und Undank angegeben.

BELASTUNGSFAKTOR	KEINE		GERINGE		MITTEL		STARKE	
	PFL.	GEPFL.	PFL.	GEPFL.	PFL.	GEPFL.	PFL.	GEPFL.
SCHLAFSTÖRUNG	19	15	11	7	12	5	8	5
VERZICHT	8	9	21	8	15	10	6	5
UNGEDULD GEPFL.	22	14	11	11	7	5	10	2
PERSPEKTIVE	6	5	8	11	21	11	15	5
LAUNEN GEPFL.	23	18	14	7	6	7	7	0
SONSTIGES	12	28	0	0	8	3	30	1

Tabelle 40: Intensitätsgrade verschiedener psychischer Belastungsfaktoren

5.10.5 Durch die Pflege bedingte Veränderungen des alltäglichen Lebens

Die sich aus der Pflegesituation ergebenden Belastungen wirken sich in unterschiedlichen Lebensbereichen aus. Zur genaueren Betrachtung wurde sowohl die pflegende als auch die gepflegte Person zu folgenden Punkten befragt: herrschende Arbeitsaufteilung, Einschätzung der eingetretenen Arbeitsteilung, Auswirkungen auf das Einnehmen der Mahlzeiten, des Nächtigen, der Freizeit und der Sozialkontakte.

Veränderungen der Arbeitsaufteilung und deren Beurteilung durch die Beteiligten

Bis auf wenige Ausnahmen hatte zum Interviewzeitpunkt die pflegende Person alle oder die meisten Aufgaben übernommen. Nur zwei pflegende Personen (4 %) und drei gepflegte Personen (9,4 %) gaben an, dass sich an der Arbeitsaufteilung nichts geändert habe.

Die gepflegten Personen berichteten am häufigsten (18 Personen (56,3 %)), dass sie gerne mehr Aufgaben übernehmen würden. 13 gepflegte Personen (40,6 %) waren mit der Arbeitsaufteilung zufrieden, nur eine äußerte, am liebsten alles tun zu wollen.

In der Gruppe der pflegenden Personen wurde die herrschende Arbeitsaufteilung von 25 Personen (50 %) am häufigsten als gut beurteilt, knapp gefolgt von der Einschätzung, man würde gerne Aufgaben an den Partner abgeben wollen (n = 23 (46 %)). Zwei pflegende Personen (4 %) gaben an, gerne mehr Aufgaben übernehmen zu wollen.

	ALLES		MEHR		GLEICH	
	PFL.	GEPFL.	PFL.	GEPFL.	PFL.	GEPFL.
ARBEITSTEILUNG	31	18	17	11	2	3

Tabelle 41: Veränderung der Arbeitsteilung (Darstellung, welchen Anteil der Pflegende übernimmt)

	GUT		GERN WE- NIGER PFL.		GERN MEHR PFL.		GERN ALLES PFL.	
	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
EINSCHÄTZUNG EINGETRETENER ARBEITSTEILUNG	25	13	23	18	2	0	0	1

Tabelle 42: Einschätzung der bestehenden Arbeitsteilung

Veränderungen der Art, wie die Mahlzeiten eingenommen werden

Zumeist wurde darüber berichtet, dass die Art, wie die Mahlzeiten eingenommen werden, sich nicht verändert habe (Pflegende: n = 41 (82%), Gepflegte: 28 (87,5 %)). Fünf Pflegende (10 %) und vier Gepflegte (12,5 %) gaben an, dass nun getrennt gegessen werde. Geänderte Essenszeiten wurden von vier pflegenden Personen (8 %) genannt.

	GLEICH		GETRENNT VONEINANDER		ZEITLICH VERÄNDERT	
	PFL.	GEPFL.	PFL.	GEPFL.	PFL.	GEPFL.
MAHLZEITEN	41	28	5	4	4	0

Tabelle 43: Änderung der Art der Mahlzeiteinnahme

Veränderungen der räumlichen Schlafsituation

Häufiger als hinsichtlich der Mahlzeiten zeigten sich Veränderungen in der Art und Weise, wo beide Personen nächtigen. Zehn pflegende Personen (20%) und acht gepflegte Personen (25 %) berichteten über getrennte Schlafzimmer, sechs pflegende Personen (12 %) und eine gepflegte Person (3,1 %) über getrennte Betten. Vorübergehendes Schlafen in getrennten Räumen wurde von einer pflegenden Person angegeben.

	EHEBETT		GETRENNTE ZIMMER		GETRENNTE BETTEN		ZEITWEISE GETRENNTE ZIMMER	
	PFL.	GEPFL	PFL.	GEPFL	PFL.	GEPFL	PFL.	GEPFL
SCHLAFZIMMER	33	23	10	8	6	1	1	0

Tabelle 44: Änderung der räumlichen Schlafsituation

Veränderungen der Freizeitgestaltung und der Sozialkontakte

Nach Angaben beider am Pflegedual beteiligter Personen wirkte sich die Erkrankung des Partners und die eingetretene Pflege fast immer negativ auf Freizeitaktivitäten, in etwas geringerer Ausprägung auch hinsichtlich der Sozialkontakte aus. Bezüglich der Sozialkontakte fiel auf, dass 18 pflegende Personen (36 %) und 16 gepflegte Personen (50 %) keine Veränderungen erkennen konnten. Nur eine pflegende Person gab vermehrte Sozialkontakte an.

	WENIGER		GLEICH		MEHR		JEDER FÜR SICH	
	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
FREIZEIT	45	30	4	2	0	0	1	0

	WENIGER		GLEICH		MEHR	
	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
SOZIALKONTAKTE	41	16	18	16	1	0

Tabelle 45: Änderung der Freizeitaktivitäten und Sozialkontakte

5.11 Im Rahmen der Pflege erfahrene Hilfe und Unterstützung

Ein weiterer Einflussfaktor, von welchem Auswirkungen auf das Auftreten von Gewalt im Rahmen der Pflegesituation zu erwarten ist, stellt das Ausmaß und die Art der sozialen Unterstützung dar.

Auf die Frage, ob im Rahmen der Pflegesituation Hilfen durch andere Personen bestünden, antworteten 38 Pflegende (76%) und 24 Gepflegte (75%) mit ja.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
JA	38	24
NEIN	12	8

Tabelle 46: Inanspruchnahme fremder Hilfen

Personenkreis, von welchem Hilfe und Unterstützung ausging

Am meisten erhielten die Pflegenden Hilfen durch die eigenen Kinder (n = 22 (44 %)), gefolgt von „sonstigen Personen“ (n = 18 (36 %)) und sozialen Hilfsdiensten (n = 15 (30 %)). Unter dem Begriff „sonstige Personen“ wurden Haushälterinnen, Hilfskräfte und Studenten zusammengefasst. Am häufigsten, nämlich täglich oder zumindest einmal in der Woche, erhielten die Pflegenden Hilfen durch soziale Hilfsdienste (n = 13 (26 %)), die Kinder (n = 15 (30 %)) und „sonstige“ Personen (n = 14 (28 %)).

	TÄGLICH	MEHRMALS PRO WOCHE	EINMAL PRO WOCHE	MEHR- MALS IM MONAT
KINDER	0	7	8	3
VERWANDTE	0	1	1	1
BEKANNTE	0	2	1	1
SOZ. HILFSDIENSTE	3	9	1	1
SONSTIGE	0	6	8	2

	EINMAL IM MONAT	SELTENER ALS EINMAL IM MONAT	NIE
KINDER	2	2	28
VERWANDTE	1	0	46
BEKANNTE	3	1	42
SOZ. HILFSDIENSTE	0	1	35
SONSTIGE	1	1	32

Tabelle 47: Hilfen durch andere Personen und deren Häufigkeiten

5.12 Untersuchung hinsichtlich auftretender Gewalt

Beurteilung der Aussage, ob Pflegesituationen zwangsläufig zu Aggressionen führen

Primär wurde die Frage gestellt, ob die Befragten der Ansicht seien, dass Pflegesituationen zwangsläufig zu Aggressionen oder Handlungen führen, die einem später Leid tun.

Sowohl die pflegenden als auch die gepflegten Personen beantworteten die Frage prozentual in etwa gleich häufig zum großen Teil mit ja (Pfleger: n = 40 (80 %), Gepflegte: n = 25 (78,1 %)).

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
TRIFFT ZU	40	25
TRIFFT NICHT ZU	10	7

Tabelle 48: Einschätzung, ob Pflege gleichzeitig das Auftreten von Aggression bedeutet

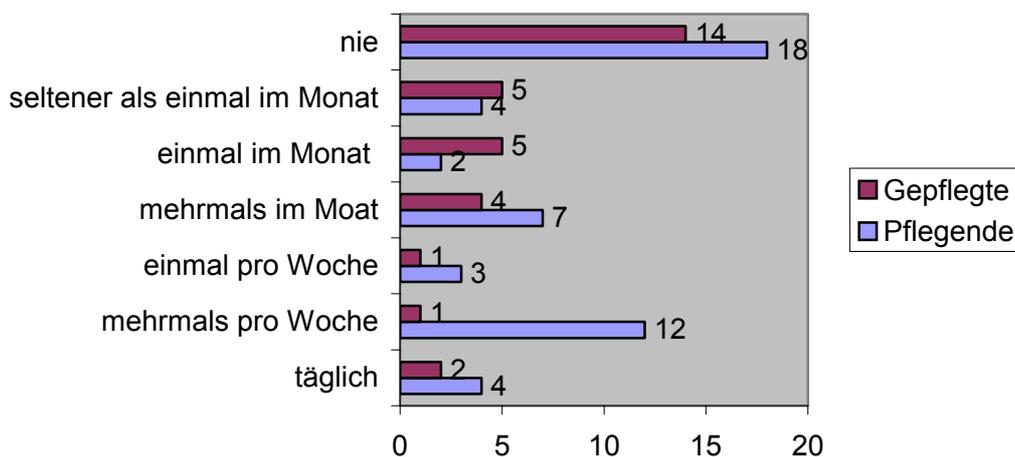
5.12.1 Vom Gepflegten ausgehende Gewalt

Hinsichtlich der problematischen Verhaltensweisen, welche von den gepflegten Personen ausgingen, wurde nach der Art der problematischen Verhaltensweise, der Häufigkeit des Auftretens, den Gründen, die dazu geführt hatten, und wie sich die gepflegte Person danach zumeist verhalten hatte, gefragt.

5.12.1.1 Häufigkeit des Auftretens von Gewalt

Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens vom Gepflegten ausgehender Gewalt äußerten 18 pflegende Personen (36 %) und 14 gepflegte Personen (43,7 %), dass es nie zu diesen gekommen sei. Ansonsten ließ sich erkennen, dass pflegende Personen über ein deutlich häufigeres Auftreten von Gewalt seitens des Gepflegten (mindestens einmal pro Woche: 19 (38 %)) als die Betroffenen selbst (mindestens einmal pro Woche: 4 (12,5 %) berichteten. Gepflegte äußerten demgegenüber deutlich seltener, problematische Verhaltensweisen gezeigt zu haben. Abbildung 9 gibt die genannten Häufigkeiten wieder.

Abbildung 9: Häufigkeit des Auftretens von Gewalt von Seiten des Gepflegten



5.12.1.2 Arten der Gewalt

Dabei wurde sowohl von den pflegenden als auch den gepflegten Personen am häufigsten angegeben, dass der Gepflegte geschrien habe (Pfleger: 28 (56 %), Gepflegte: 16 (50 %)). Zweithäufigste problematische Verhaltensweise war das Äußern von Schimpfworten (Pfleger: 9 (18%), Gepflegte: 3 (9,4 %)). Danach folgten körperliche Gewalt (Pfleger: 7 (14%), Gepflegte: 3 (9,4 %)) und das Aussprechen von Drohungen (Pfleger: 6 (12 %), Gepflegte: 2 (6,3 %)). Sexuell aggressives Verhalten wurde von drei Pflegenden (6 %) und von keiner gepflegten Person berichtet. Die gepflegten Personen schilderten in einem Fall, dass sie sich der pflegenden Person vorenthalten würden, was diese sehr belastete. Die pflegenden Personen gaben in vier Fällen (8 %) an, dass die gepflegte Person aggressiv fordern würde, ohne je Dankbarkeit zu zeigen. Drei Pfleger berichteten darüber, dass der Gepflegte sich schmerzhaft vorenthalten würde, jeweils zwei Personen berichteten über ständiges Misstrauen, das Zerstören von Gegenständen und sonstige problematische Verhaltensweisen (Essen von Tisch geschoben). Tabelle 49 gibt die einzelnen Verhaltensweisen der Gepflegten, welche den pflegenden Personen wehtaten, und deren Auftretenshäufigkeiten wieder.

	TÄGLICH		MEHRMALS PRO WOCHE		EINMAL IN DER WOCHE		MEHRMALS IM MONAT	
	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
DROHUNGEN	0	0	1	0	0	0	0	0
SCHREIEN	3	2	8	1	4	1	5	4
SCHIMPFWORTE	0	1	2	0	1	0	2	0
KÖRPERLICHE AGGRESSION	0	0	1	0	1	0	0	0
SEXUELLE AGGRESSION	1	0	2	0	0	0	0	0
MISSTRAUEN	0	0	1	0	0	0	0	0
VORENTHALTEN	0	0	0	0	0	0	1	0
FORDERN OHNE DANK	1	0	1	0	1	0	0	0
ZERSTÖRT GEGENSTÄNDE	0	0	0	0	0	0	0	0
SONSTIGES	0	0	1	0	0	0	0	0

	EINMAL IM MONAT		WENIGER ALS EINMAL IM MONAT		NIE	
	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
DROHUNGEN	0	0	5	2	44	30
SCHREIEN	3	4	5	4	22	16
SCHIMPFWORTE	4	2	0	0	41	29
KÖRPERLICHE AGGRESSION	1	0	4	3	43	29
SEXUELLE AGGRESSION	0	0	0	0	47	32
MISSTRAUEN	1	0	0	0	48	32
VORENTHALTEN	0	0	2	1	47	31
FORDERN OHNE DANK	0	0	1	0	46	32
ZERSTÖRT GEGENSTÄNDE	0	0	2	0	48	32
SONSTIGES	0	0	1	0	48	32

Tabelle 49: Arten und Auftretenshäufigkeiten vom Gepflegten ausgehender Gewalt

5.12.1.3 Ursachen der Gewalt

Bei Nennung der Gründe, die dazu führten, dass von Seiten der gepflegten Personen problematische Verhaltensweisen ausgebildet wurden, zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen der Pflegenden und den Gepflegten.

Der insgesamt am häufigsten geäußerte Grund war Unzufriedenheit (14 Pflegenden und 10 gepflegte Personen).

Die pflegenden Personen nannten ansonsten häufiger die Gründe Ungeduld (n = 9), Halluzinationen / wahnhafte Eifersucht der gepflegten Person (n = 7), Bevormundung des Gepflegten (n = 5) und sexuelle Probleme (n = 3).

Die Gepflegten gaben mehrfach an, dass sie aufgrund von Meinungsverschiedenheiten (n = 5), da sie ihren Willen nicht bekamen (n = 5) und als Reaktion auf problematische Verhaltensweisen des Partners (n = 3) Gewalt ausgeübt hätten. Tabelle 50 gibt die genannten Ursachen genau wieder.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
SCHMERZ	1	0
UNGEDULD	9	2
UNZUFRIEDENHEIT	14	10
MEINUNGSVERSCH.	2	5
BEVORMUNDUNG	5	2
REAKTIV AUF AGGRESSION DES PARTNERS	0	3
NICHT WILLEN BEKOMMEN	2	5
SEXUELLE PROBLEME	3	2
HALLUZINATION / WAHNHAFT EIFERSUCHT	7	0

Tabelle 50: Auslöser problematischer Verhaltensweisen des Gepflegten
(mehrere Antworten möglich)

5.12.1.4 Verhalten des Gepflegten nach erfolgter Gewaltanwendung

Da es gerade hinsichtlich des weiteren Fortgangs der Beziehung eine Rolle zu spielen scheint, wie sich eine Person verhält, nachdem sie der anderen wehgetan hat, wurde auch nach dem Verhalten der gepflegten Person, nachdem diese Gewalt ausgeübt hatte, gefragt.

Die gegebenen Antworten wiesen zwischen der Gruppe der pflegenden und gepflegten Personen deutliche Unterschiede auf. Die gepflegten Personen gaben am häufigsten an, sich danach zu entschuldigen (n = 11 (61,1 %)), gefolgt von der Antwort, dass sie einfach zur Tagesordnung übergangen (n = 7 (38,9 %)). Eine gepflegte Person gab an, sich zumeist zu entschuldigen, selten auch zu weinen.

Die pflegenden Personen beschrieben das Verhalten des Gepflegten nach den von ihm ausgehenden problematischen Verhalten weniger positiv. Nur 11 Pflegende (34,4 %) gaben an, dass der Gepflegte sich entschuldige, 18 (56,2 %) berichteten, dass der Partner zur Tagesordnung übergehe, und drei (9,4 %) davon, dass der Partner mit seinen problematischen Verhaltensweisen fortfahre. Jeweils eine pflegende Person berichtete, dass der Partner selten auch weine oder absolute Kälte ausstrahle.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
ZUR TAGESORDNUNG ÜBERGEHEN	18	7
SICH ENTSCHULDIGEN	11	11
MACHT WEITER	3	0
N =	32	18

Tabelle 51: Zumeist gezeigtes Verhalten des Gepflegten nach von ihm ausgehender Gewalt

5.12.2 Vom Pflegenden ausgehende Gewalt

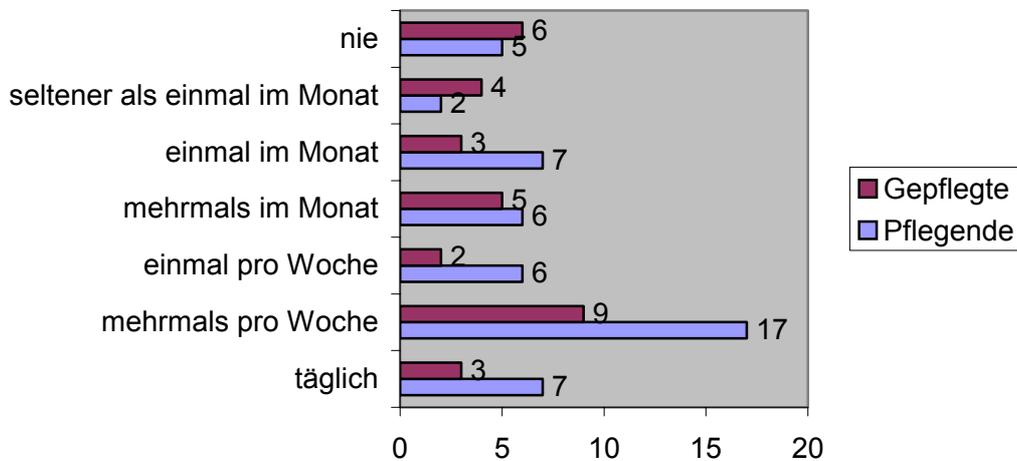
Hinsichtlich Gewalt seitens der pflegenden Person wurde nach deren Art, Auftretenshäufigkeit und den Gründen, die dazu geführt hatten, gefragt. Zudem interessierte, wie stark die gepflegte Person unter den Verhaltensweisen gelitten hatte, ob sie Angst vor dem Pflegenden empfinde und welche Gründe dieser zugrundelagen. Zudem wurde die Frage gestellt, ob der Pflegende die problematischen Verhaltensweisen bewusst oder im Affekt bzw. impulsiv entwickelt hatte.

5.12.2.1 Häufigkeit des Auftretens von Gewalt

Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens vom Pflegenden ausgehender Gewalt äußerten deutlich weniger pflegende (n = 5 (10 %)) als gepflegte Personen (n = 6 (18,8 %)), dass es bisher nicht dazu gekommen sei.

Es ließ sich erkennen, dass pflegende Personen tendenziell häufiger über das Auftreten eigener Gewalt gegenüber dem Gepflegten berichteten (mindestens einmal pro Woche: 30 (60 %)) als die Betroffenen selbst (mindestens einmal pro Woche: 14 (43,8 %)). Abbildung 10 gibt die genannten Häufigkeiten wieder.

Abbildung 10: Häufigkeit des Auftretens von Gewalt von Seiten der pflegenden Person



5.12.2.2 Arten der Gewalt

Dabei wurde sowohl von den pflegenden als auch den gepflegten Personen am häufigsten angegeben, dass der Pflegende geschrien habe (Pfleger: 42 (84 %), Gepflegte: 24 (75 %)). Die insgesamt betrachtet zweithäufigste problematische Verhaltensweise war das Aussprechen von Drohungen beispielsweise mit Trennung oder ins Heim bringen (Pfleger: 18 (36 %), Gepflegte: n = 8 (25 %)), danach folgten in sinkender Reihenfolge das Vorenthalten der eigenen Person (Pfleger: 11 (22 %), Gepflegte: 9 (28,1 %)), körperliche Gewalt (Pfleger 10 (20 %), Gepflegte: 7 (21,9 %)), das Äußern von Schimpfworten (Pfleger: 7 (14 %), Gepflegte: 6 (18,8 %)) und die Einengung des Spielraums des Gepflegten ohne dessen Einverständnis (Pfleger 6 (12 %), Gepflegte: 3 (9,4 %)). Über sexuell aggressives Verhalten wurde überhaupt nicht, über finanzielle Schädigung nur von einem Gepflegten berichtet.

„Sonstige Verhaltensweisen“ wurden von neun Pflegenden (18 %) und fünf Gepflegten (13,6 %) genannt. Hierunter verbargen sich aus Sicht des Pflegenden: nachäffen, beißende Ironie, Dinge vor den Augen des Anderen zerstören. Der Gepflegte gab ebenfalls das Zerstören von Gegenständen und rücksichtsloses Überfordern an. Tabelle 52 gibt die einzelnen, vom Pflegenden ausgehenden Gewaltarten und deren Häufigkeiten wieder.

	TÄGLICH		MEHRMALS PRO WOCHE		EINMAL IN DER WOCHE		MEHRMALS IM MONAT	
	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
DROHUNGEN	0	0	2	1	4	2	4	2
SCHREIEN	3	1	10	4	8	1	9	7
SCHIMPFWORTE	0	0	1	3	2	0	3	3
KÖRPERLICHE AGGRESSION	0	0	0	0	2	1	1	1
EINENGUNG	1	1	1	0	1	0	0	1
VORENTHALTEN	0	0	2	1	2	1	4	2
FINANZIELL	0	0	1	0	0	0	0	1
SEXUELLE AGGRESSION	0	0	0	0	0	0	0	0
SONSTIGES	1	1	1	1	1	0	5	1

	EINMAL IM MONAT		SELTENER ALS EINMAL IM MONAT		NIE	
	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL	PFL	GEPFL
DROHUNGEN	1	0	9	3	32	24
SCHREIEN	8	5	4	6	8	8
SCHIMPFWORTE	1	0	0	0	43	26
KÖRPERLICHE AGGRESSION	3	1	4	4	40	25
EINENGUNG	1	0	2	1	44	29
VORENTHALTEN	2	2	1	3	39	23
FINANZIELL	0	2	1	0	48	29
SEXUELLE AGGRESSION	0	0	0	0	50	32
SONSTIGES	0	1	1	1	41	27

Tabelle 52: Arten und Auftretenshäufigkeiten vom Pflegenden ausgehender Gewalt

5.12.2.3 Ursachen der Gewalt

Bei Nennung der Gründe, die dazu führten, dass von Seiten der pflegenden Personen Gewalt ausgeübt wurde, zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen der Pflegenden und den Gepflegten.

Prozentual etwa gleich häufig wurde „ständiges Fordern des Gepflegten“ (Pflegende: 12 (26,7 %), Gepflegte: 9 (34,6 %)) und „Ekel / Reaktion auf Krankheitssymptome“ (Pflegende: 11 (24,4 %), Gepflegte: 7 (26,9 %)) angegeben.

Den Grund „das subjektive Befinden des Pflegenden“ nannten prozentual häufiger die gepflegten Personen (Pflegende: 7 (15,5 %), Gepflegte: 7 (26,9 %)).

Deutlich mehr pflegende Personen nannten als Gründe: Widerstand des Gepflegten gegenüber vernünftigen Vorschlägen (Pflegende: 12 (26,7 %), Gepflegte: 0)), Reaktion auf das Verhalten des Gepflegten (Pflegende: 17 (37,8 %), Gepflegte: 7 (26,9 %)) sowie Langsamkeit / Passivität des Gepflegten (Pflegende: 9 (20 %), Gepflegte: 4 (15,4 %)) und Streit / Diskussionen (Pflegende: 7 (15,5 %), Gepflegte: 3 (11,5 %)).

Der Grund „Klammern des Gepflegten“ wurde insgesamt selten, jedoch ebenfalls häufiger von pflegenden Personen (3 (6,7 %)) angegeben. Bei den Gepflegten dominierte mit 14 Nennungen (53,8 %) der Grund „Überforderung“.

Die genannten Prozentzahlen ergaben sich durch Zugrundelegen jener Pflegenden (n = 45) und Gepflegten (n = 26), welche über Gewalt seitens des Pflegenden berichtet hatten. Tabelle 53 gibt die genannten Ursachen genau wieder.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
GEPFLEGTER LANGSAM, PASSIV	9	4
STÄNDIGES FORDERN DES GEPFLEGTEN	12	9
BEFINDEN DES PFLEGENDEN	7	7
STREIT/DISKUSSION	7	3
ÜBERFORDERUNG	2	14
WIDERSTAND DES GEPFLEGTEN GEGENÜBER VERNÜNFTIGEM	12	0
KLAMMERN	3	1
EKEL /KRANKHEITSSYMPTOME	11	7
VERHALTEN DES GEPFLEGTEN	17	7

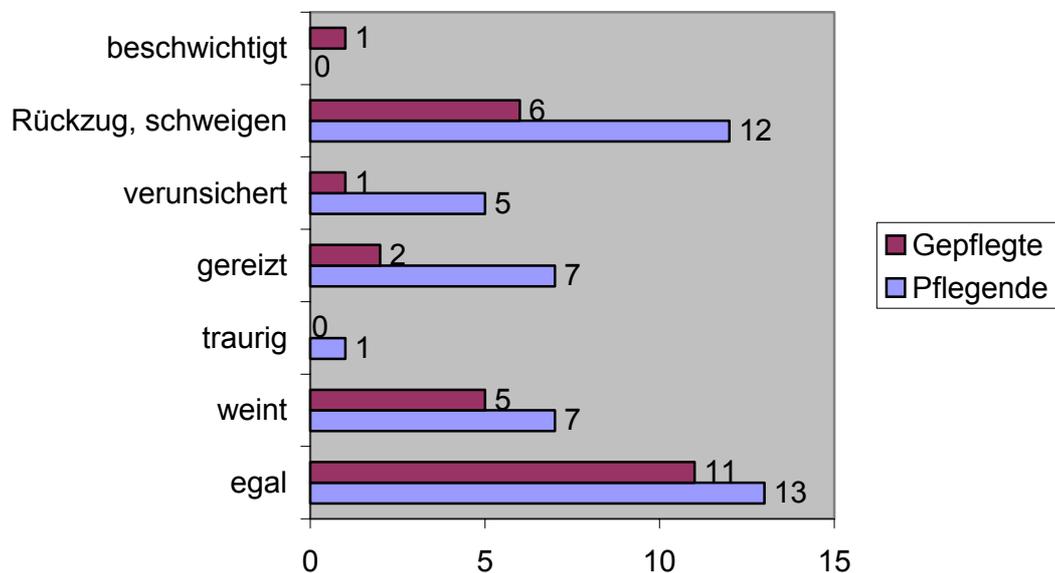
Tabelle 53: Auslöser problematischer Verhaltensweisen des Pflegenden (mehrere Antworten möglich)

5.12.2.4 Reaktion des Gepflegten auf die ihm entgegengebrachte Gewalt

Die Reaktion des Gepflegten auf die ihm entgegengebrachte Gewalt wurde ebenfalls näher beleuchtet.

Sowohl von den pflegenden als auch den gepflegten Personen wurde am häufigsten geäußert, dass es dem Gepflegtem egal sei (Pflegende: n =13, Gepflegte: n =11)). Dass der Gepflegte sich zurückziehe und schweige (Pflegende: n =12, Gepflegte: n = 6) oder weine (Pflegende: n =7, Gepflegte: n = 5) wurde ebenfalls genannt. Die Antworten, dass der Gepflegte daraufhin gereizt (Pflegende: n = 7, Gepflegte: n = 2) oder verunsichert (Pflegende: n = 5, Gepflegte: n = 1) sei, wurden deutlich häufiger von pflegenden Personen genannt. Ein Pflegender schilderte zudem, der Gepflegte sei traurig, ein Gepflegter, er versuche, zu beschwichtigen.

Abbildung 11: Reaktion der gepflegten Person auf Gewalt



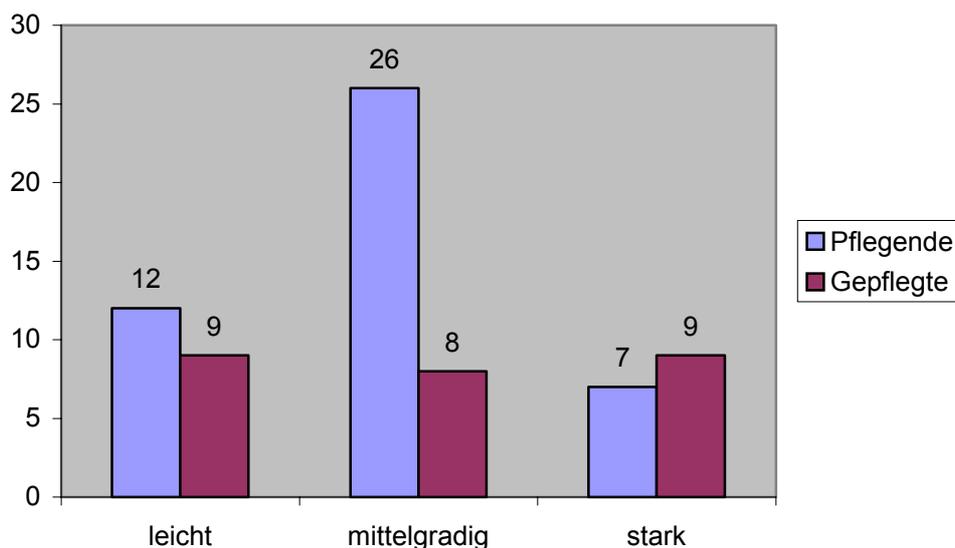
5.12.2.5 Ausmaß des durch die Gewalt ausgelösten Leides beim Gepflegten

Die Pflegenden wurden nach ihrer Einschätzung befragt, in welchem Masse die Gepflegten unter den vom Pflegenden ausgehenden problematischen Verhaltensweisen gelitten haben. Andererseits wurden die Gepflegten darum gebeten, die Intensität ihres tatsächlichen Leides anzugeben.

Dabei fiel auf, dass die Pflegenden das durch sie ausgelöste Leid mehr unter- als überschätzten. 9 von 26 (34,6 %) Gepflegten gaben an, stark unter der Gewalt des Partners gelitten zu haben. Nur 7 von 45 Pflegenden (15, 6%) schätzten dagegen das durch sie ausgelöste Leid als stark ein.

12 der pflegenden Personen (26,7 %), welche Gewalt ausgeübt hatten, sahen nur geringe negative Auswirkungen für den Gepflegten. Diese selbst beschrieben in neun Fällen (34,6 %) geringgradige negative Auswirkungen auf ihren psychischen Zustand.

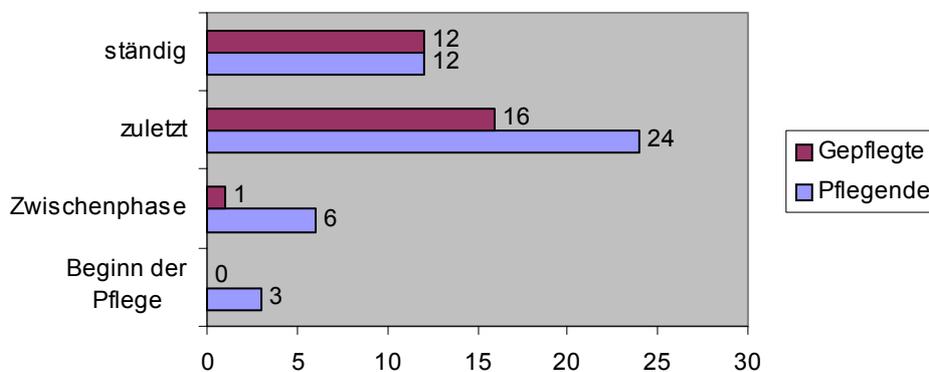
Abbildung 12: Ausmaß des beim Gepflegten durch Gewalt ausgelösten Leides



5.12.3 Zeitpunkt des Auftretens von Gewalt

Sowohl in der Pflegenden- (n = 24) als auch der Gepflegten-Gruppe (n = 16) wurde am häufigsten darüber berichtet, dass Gewalt vor allem in letzter Zeit auftrat. Jeweils 12 Personen in beiden Gruppen gaben an, dass die problematischen Verhaltensweisen eigentlich immer bestanden, sechs pflegende und eine gepflegte Person sahen diese in einer Zwischenphase auftretend, drei Pflegende nannten die Anfangsphase der Pflegesituation.

Abbildung 13: Zeitpunkt des Auftretens von Gewalt im Rahmen der Pflege



5.12.4 Vorhandensein von Angst des Gepflegten vor dem Pflegenden und deren Ursachen

Drei Pflegende (6 %) und vier gepflegte Personen (12,5 %) äußerten, dass der Gepflegte Anzeichen von Angst gegenüber dem Pflegenden gezeigt oder diese selbst empfunden habe.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
JA	3	4
NEIN	47	28

Tabelle 54: Angst des Gepflegten vor dem Pflegenden

Als Gründe wurden von den gepflegten Personen mit drei Nennungen am häufigsten angegeben, dass man sie allein zurückgelassen habe. Von Seiten der Pflegenden wurde jeweils einmal eigene Aggressivität, eigene abrupte Bewegungen und das Thematisieren von Trennung genannt.

Die gepflegten Personen gaben jeweils einmal Aggressivität des Partners, Alkoholkonsum des Partners und Angst vor einem Suizid des Partners an.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
PFL. AGGRESSIV	1	1
ABRUPTE BEWEGUNG	1	0
TRENNUNG THEMATISIERT	1	3
ALKOHOLKONSUM	0	1
VOR SUIZID PARTNER	0	1

Tabelle 55: Gründe der Angst (Mehrfachnennungen möglich)

5.13 Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt

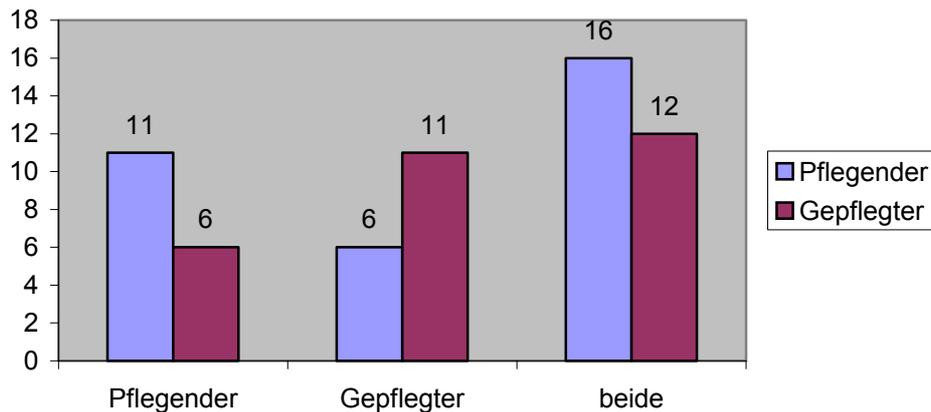
5.13.1 Initiator der gewaltmindernden Maßnahmen

Eine Möglichkeit, Eskalationen und damit problematische Verhaltensweisen zu verhindern, ist, prophylaktische Maßnahmen zu treffen. Andererseits spielt das Verhalten nach Auftreten von Gewalt eine große Rolle dabei, welche psychische Auswirkungen Gewalt nach sich zieht. Die Interviewten wurden zu diesem Punkt befragt, ob sie Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt getroffen haben, von wem die Initiative dazu ausgegangen sei und um welche Maßnahmen es sich gehandelt habe.

Dabei ließ sich erkennen, dass gepflegte Personen deutlich häufiger angaben, dass Maßnahmen getroffen wurden (Pfleger: 33 (66 %), Gepflegte: 29 (90,6 %)).

Es fiel zudem auf, dass die Initiative dazu am häufigsten bei beiden Partnern (Pfleger: n = 16, Gepflegte: n = 12)), danach jedoch in beiden Gruppen vermehrt bei sich selbst gesehen wurde.

Abbildung 14: Initiator von Maßnahmen gegen Gewalt



5.13.2 Arten der getroffenen Maßnahmen gegen Gewalt

Als genutzte Techniken, um prophylaktisch negative zwischenmenschliche Entwicklungen verhindern zu können, wurde am häufigsten „miteinander reden“ (Pfleger und Gepflegte : n = 26)), gefolgt von dem Besuch einer Selbsthilfegruppe (Pfleger: n = 13, Gepflegte: n = 13)) und sich in den Arm nehmen (Pfleger: n = 5, Gepflegte: n = 6)) genannt. Selten wurde über tagesklinische Aufenthalte, die der Entlastung dienen, berichtet.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
REDEN	26	26
IN DEN ARM NEHMEN	5	6
SELBSTHILFE-GRUPPE	11	13
TAGESKLINIK	2	1

Tabelle 56: Art der zur Bewältigung aufgetretener Gewalt getroffenen Maßnahmen (mehrere Antworten möglich)

5.13.3 Resultat der getroffenen Maßnahmen

Zum großen Teil wurden die getroffenen Maßnahmen als erfolgreich angesehen. Nur vier pflegende Personen und fünf gepflegte Personen erkannten keine positiven Effekte der getroffenen Maßnahmen. Erstaunlich hoch lag die Quote jener, welche angaben, nicht beurteilen zu können, wie sich die Maßnahmen ausgewirkt hätten.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
POSITIV	29	24
NEGATIV	0	0
GLEICH	4	5
NICHT ZU BEURTEILEN	17	3
N =	50	32

Tabelle 57: Resultat der getroffenen Maßnahmen

5.14 Sonstige genannte gewaltfördernde Faktoren

Vor Beschreiben der eigenen Persönlichkeit und jener des Partners wurde anhand vorgegebener, der Literatur entlehnter Antwortvorschläge, nach Gründen auftretender Gewalt gefragt und zur Überprüfung der Aussagen um nähere Beschreibung des Sachverhaltes gebeten.

Dabei wurde von beiden Personen am häufigsten die Erkrankung der gepflegten Person und deren Folgen genannt (Pfleger: n = 22, Gepflegte: n = 8). Von pflegender Seite wurden ansonsten am häufigsten eine bestehende Hoffnungslosigkeit (n = 15), die Umkehr von Abhängigkeiten (n = 13) und sexuelle Probleme (n = 8) genannt.

Von den gepflegten Personen wurde am häufigsten über die Umkehr von Abhängigkeiten das Heimzahlen von Dingen aus der Vergangenheit (jeweils n = 7), sexuelle Probleme und Hoffnungslosigkeit (jeweils n = 5) berichtet.

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
HEIMZAHLEN	5	7
UMKEHR VON ABHÄNGIGKEITEN	13	7
GEWALT IN DER KINDHEIT	0	0
ALKOHOL, SUCHT	4	4
SEXUALITÄT	8	5
HOFFNUNGSLOSIGKEIT	15	5
ERKRANKUNG DES GEPFLEGTEN	22	8
PERSÖNLICHKEIT DES PFLEGENDEN	2	0

Tabelle 58: Gewaltfördernde Faktoren

6. Zusammenhänge zwischen einzelnen Parametern und der Auftretenshäufigkeit von Gewalt

Die durch Auswertung der Interviews gewonnenen Daten wurden in einem zweiten Schritt dazu genutzt, Bedingungsfaktoren auftretender Gewalt zu identifizieren, also Zusammenhänge einzelner Parameter mit dem Vorhandensein oder der Häufigkeit von Gewalt darzustellen.

Die festgestellten Zusammenhänge wurden bezogen auf folgende Teilbereiche dargestellt:

- 1) Gesundheitszustand, vorliegende Erkrankungen und Krankheitsverarbeitung
- 2) Ausmaß und Arten im Rahmen der Pflege auftretender Belastungen
- 3) Grund der Pflegeübernahme und Beurteilung des Pflegeerfolges
- 4) Ausmaß der Sozialkontakte und der genutzten Hilfen
- 5) Alter
- 6) Ausbildungsgrad und schulischer Abschluss
- 7) Persönlichkeitseigenschaften
- 8) Qualität der Partnerschaft und deren Veränderung durch die Pflegesituation

Die Ergebnisse der Befragung der pflegenden und gepflegten Personen wurden zur besseren Übersichtlichkeit getrennt voneinander abgehandelt. Hinsichtlich der pflegenden Personen wurde zudem eine Unterteilung in die Gesamtgruppe (n = 50) und eine Untergruppe, in welcher Personen, welche einen an einer Demenz leidenden Partner pflegten, nicht berücksichtigt wurden, vorgenommen (n = 43). Diese Gruppe wurde in der Arbeit fortan mit Untergruppe 1 bezeichnet.

Da sich die Ergebnisse der Untergruppe 1 nicht wesentlich von jenen der Hauptgruppe unterschiedenen, wurden diese Ergebnisse im Anhang A dargestellt.

Die Gruppe der gepflegten Personen (n = 32) wurde in der Folge Untergruppe 2 genannt.

6.1 Ergebnisse aus der Gruppe der Pflegenden

6.1.1 Den Gesundheitszustand, vorhandene Erkrankungen und die Krankheitsverarbeitung betreffende Faktoren

Gesundheitszustand des Pflegenden / Gewalt Pflegender

Es ließ sich erkennen, dass in den Fällen, in welchen vom Pflegenden keine Gewalt ausging, die pflegenden Personen durchschnittlich einen besseren Gesundheitszustand aufwiesen (Median: guter Gesundheitszustand) als in der Gruppe der Pflegenden, von denen Gewalt ausging (Median: zufriedenstellender Gesundheitszustand).

Sämtliche Pflegende, welche ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einstuften, berichteten zudem über eigene Gewaltanwendungen.

GESUNDHEITSZUSTAND DES PFLEGENDEN	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
SCHLECHT	0	2	2	4
WENIGER GUT	0	2	5	7
ZUFRIEDENSTELLEND	2	8	15	25
GUT	3	3	7	13
SEHR GUT	0	0	1	1
N =	5	15	30	50

Tabelle 59: Zusammenhang: Gesundheitszustand des Pflegenden / vom Pflegenden ausgehende Gewalt

Durchschnittlicher Gesundheitszustand (Median) jener Pflegenden, welche:

- keine Gewalt ausübten: guter Gesundheitszustand
- selten Gewalt ausübten: zufriedenstellender Gesundheitszustand
- häufig Gewalt ausübten: zufriedenstellender Gesundheitszustand

Gesundheitszustand des Gepflegten / Gewalt Gepfleger

Auch in den Fällen, in welchen vom Gepflegten keine Gewalt ausging, wies die gepflegte Person tendenziell einen etwas besseren Gesundheitszustand auf (Median: zufriedenstellender Gesundheitszustand) als in der Gruppe der Gepflegten, welche als Gewaltanwender auftraten (Median: weniger guter Gesundheitszustand). Bei Vorliegen häufig auftretender Gewalt seitens des Gepflegten wurde dessen Gesundheitszustand prozentual am häufigsten mit weniger gut eingestuft (63,1 %).

GESUNDHEITZUSTAND DES GEPFLEGTEN	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
WENIGER GUT	8	7	12	27
ZUFRIEDENSTELLEND	9	6	7	22
GUT	1	0	0	1
N =	18	13	19	50

Tabelle 60: Zusammenhang: Gesundheitszustand des Gepflegten / vom Gepflegten ausgehende Gewalt

Durchschnittlicher Gesundheitszustand (Median) jener Gepflegten, welche:

- keine Gewalt ausübten: zufriedenstellender Gesundheitszustand
- selten Gewalt ausübten: weniger guter Gesundheitszustand
- häufig Gewalt ausübten: weniger guter Gesundheitszustand

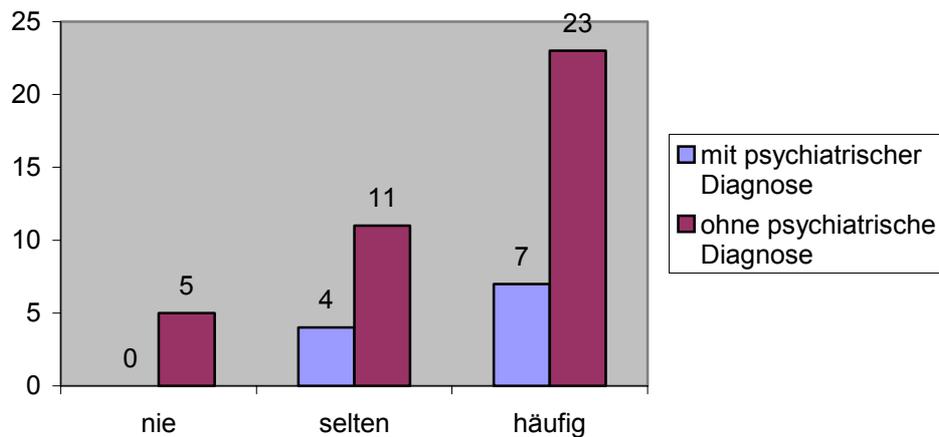
Vorliegen einer psychischen Erkrankung beim Pflegenden / Gewalt Pflegender

Es fiel auf, dass sämtliche pflegende Personen, welche unter einer psychischen Erkrankung litten, darüber berichteten, dass sie Gewalt gegenüber ihrem Partner ausgeübt hätten. Pflegende Personen, welche angaben, unter keiner psychischen Erkrankung zu leiden, berichteten dagegen in 34 von 39 Fällen (87,2 %) über eigene Gewaltanwendungen.

6 von 11 Pflegenden mit psychischer Erkrankung (54,5 %) teilten mit, dass von ihnen drei oder mehr verschiedene Gewaltarten angewandt wurden. Bei Nichtvorliegen einer psychischen Erkrankung lag dieser Anteil bei 25,6 %.

Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung beim Pflegenden zeigte sich häufiger mit von dessen Seite ausgehender Gewalt verknüpft, gleichzeitig wurden in der Vergangenheit häufiger mehrere Gewaltarten ausgeübt.

Abbildung 15: Zusammenhang: Psychische Erkrankung des Pflegenden / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Pflegenden



ANZAHL DER GEWALTARTEN	ANZAHL PFLEGENDER MIT PSYCHIATRISCHER DIAGNOSE	ANZAHL PFLEGENDER OHNE PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE
0	0	5
1	3	9
2	2	15
3	1	7
4	3	2
5	2	1
N =	11	39

Tabelle 61: Zusammenhang: Psychische Erkrankung des Pflegenden / Anzahl der vom Pflegenden ausgehenden Gewaltarten

Art der zur Pflege geführt habenden Erkrankung / Gewalt Pflegender und Gepflegter

Während im Rahmen der Pflege eines an der Parkinson'schen Krankheit leidenden Partners 4 von 29 Pflegende (13,8 %) über keine eigene Gewalt und in 15 von 29 Fällen (51,7%) über keine Gewalt von Seiten des Partners berichteten, lagen diese Werte bei Pflege eines an einer Demenz oder an einem Schlaganfall leidenden Partners deutlich niedriger (keine eigene Gewalt: 0 %, keine Gewalt von Seiten des Gepflegten: 14,3 %).

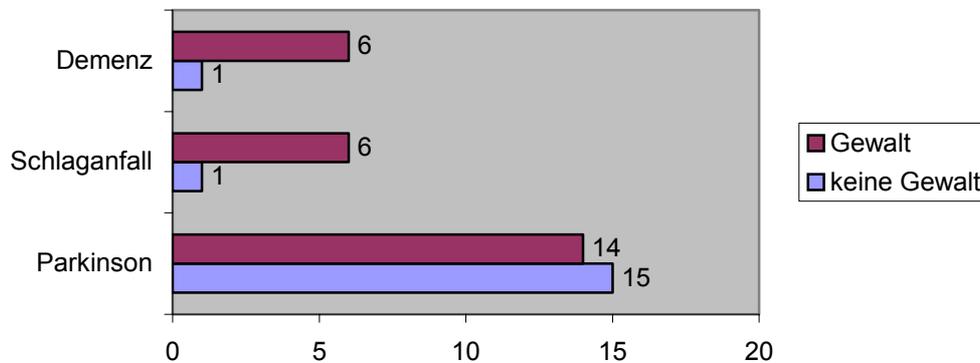
Sowohl hinsichtlich vom Pflegenden als auch dem Gepflegten ausgehender Gewalt konnte somit festgestellt werden, dass im Rahmen der Pflege eines Partners, welcher unter einer Parkinson'schen Erkrankung litt, häufiger als bei Vorliegen eines apoplektischen Insultes oder einer Demenz darüber berichtet wurde, dass es bislang nicht zum Auftreten von Gewalt kam. Bezogen auf die vom Gepflegten ausgehende Gewalt konnte für die Hauptgruppe (n = 50) im Chi-Quadrat-Test ein Wert von 0,063 nachgewiesen werden.

Die Art der beim Gepflegten vorliegenden Erkrankung scheint somit das Risiko möglicher Gewaltanwendungen mitzubestimmen, eine Parkinson'sche Erkrankung scheint dabei seltener mit Gewalt verbunden zu sein.

ART DER ERKRANKUNG	KEINE GEWALT	GEWALT
PARKINSON	4	25
SCHLAGANFALL	0	8
DEMENZ	0	7
N =	4	40

Tabelle 62: Zusammenhang: Grunderkrankung des Gepflegten / vom Pflegenden ausgehende Gewalt

Abbildung 16: Zusammenhang: Zur Pflege geführt habende Erkrankung / Vorliegen von Gewalt von Seiten des Gepflegten



p = 0,063 (Chi-Quadrat)

Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / Gewalt Gepflegter und Pflegender

Gepflegte Personen, welche ihre Krankheit aus Sicht der pflegenden Person akzeptierten und welchen eine suffizientere Krankheitsverarbeitung attestiert wurde, waren tendenziell seltener Gewaltempfänger (73,3 %), in ausgeprägterer Form auch seltener Gewaltanwender (53,3 %) als jene, welche der Krankheit mit chronischer Unzufriedenheit begegneten und eine insuffiziente Krankheitsverarbeitung aufwiesen (Gewaltempfänger: 90,9 %, Gewaltanwender: 81,8 %). Andere Arten des Umgangs mit der Erkrankung wurden aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht dargestellt.

Die Akzeptanz der Erkrankung scheint das Auftreten von Gewalt eher zu verhindern.

ART DER KRANKHEITS- VERARBEITUNG	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
UNZUFRIEDEN	1	10	11
AKZEPTIERT	4	11	15
N =	5	21	

Tabelle 63: Zusammenhang: Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / vom Pflegenden ausgehende Gewalt

ART DER KRANKHEITS- VERARBEITUNG	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
UNZUFRIEDEN	2	9	11
AKZEPTIERT	7	8	15
N =	9	17	

Tabelle 64: Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / vom Gepflegten ausgehende Gewalt

6.1.2 Das Ausmaß und die Arten von Belastungen (körperlich und psychisch) betreffende Faktoren

Zeit der Pflege / Gewalt von Seiten des Gepflegten und Pflegenden

Sowohl bezogen auf die Haupt- als auch die Untergruppe wurden bei Vorliegen von Gewalt, welche vom Gepflegten oder vom Pflegenden ausging, der zeitliche Umfang der Pflege etwas höher eingeschätzt.

	MEDIAN
GEWALT	7 STUNDEN
KEINE GEWALT	6 STUNDEN

Tabelle 65: durchschnittlicher zeitlicher Pflegebedarf / Vorliegen vom Gepflegten ausgehender Gewalt

	MEDIAN
GEWALT	7 STUNDEN
KEINE GEWALT	6 STUNDEN

Tabelle 66: durchschnittlicher zeitlicher Pflegebedarf / Vorliegen vom Pflegenden ausgehender Gewalt

Grad körperlicher Belastung / Gewalt von Seiten des Gepflegten und Pflegenden

Sowohl bezogen auf Gewalt, welche vom Gepflegten als auch dem Pflegenden ausging, ließ sich erkennen, dass bei Vorliegen von Gewalt im Schnitt höhere Grade körperlicher Belastung angegeben wurden.

GRAD KÖRPERLICHER BELASTUNG	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
0-3	5	2	2	9
3,5-6,5	8	6	3	17
7-10	5	5	14	24
N =	18	13	19	50

Tabelle 67: Grad körperlicher Belastung / vom Gepflegten ausgehende Gewalt

Durchschnittlicher Grad körperlicher Belastung (Median):

- bei Nichtvorliegen von Gewalt seitens des Gepflegten: mittelgradig
- bei seltener Gewalt seitens des Gepflegten: mittelgradig
- bei häufiger Gewalt seitens des Gepflegten: höhergradig

GRAD KÖRPERLICHER BELASTUNG	NIE	SELTEN	HÄUFIG	N =
0-3	1	2	6	9
3,5-6,5	3	5	9	17
7-10	1	8	15	24
N =	5	15	30	50

Tabelle 68: Grad körperlicher Belastung / vom Pflegenden ausgehende Gewalt

Durchschnittlicher Grad körperlicher Belastung (Median):

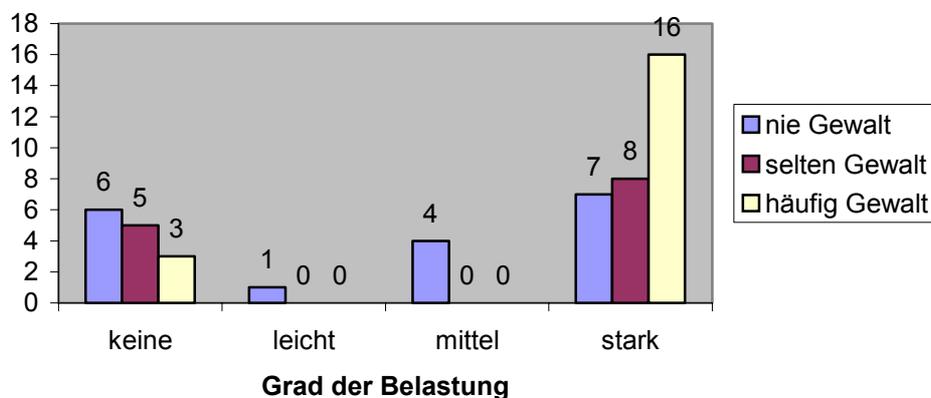
- bei Nichtvorliegen von Gewalt seitens des Pflegenden: mittelgradig
- bei seltener Gewalt seitens des Pflegenden: höhergradig
- bei häufiger Gewalt seitens des Gepflegten: höhergradig

Grad der durch Lagewechsel entstehenden Belastung / Gewalt Gepflegter

Wurde die bei Durchführung von Lagewechseln entstehende körperliche Belastung als stark eingestuft, traten die gepflegten Personen deutlich häufiger als Gewaltanwender auf (77,4 %) als bei Angabe niedrigerer Belastungsgrade (leicht- und mittelgradige Belastung: 0 %) oder keiner Belastung (57,1 %). Während bei Angabe keiner Belastung durch die Lagewechsel im Durchschnitt über das seltene Auftreten von Gewalt berichtet wurde, trat bei leichter und mittelgradiger Belastung überhaupt keine Gewalt, bei starker Belastung jedoch durchschnittlich häufig Gewalt auf.

Ein Zusammenhang zwischen dem Grad der im Rahmen von Lagewechseln auftretenden Belastung und der Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt von Seiten der gepflegten Person ließ sich erkennen.

Abbildung 17: Zusammenhang: Grad der durch Lagewechsel entstehenden Belastung / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Gepflegten



Durchschnittlicher Grad der durch Lagewechsel entstehenden Belastung (Median):

- bei Nichtvorliegen von Gewalt seitens des Gepflegten: mittel
- bei seltener Gewalt seitens des Gepflegten: stark
- bei häufiger Gewalt seitens des Gepflegten: stark

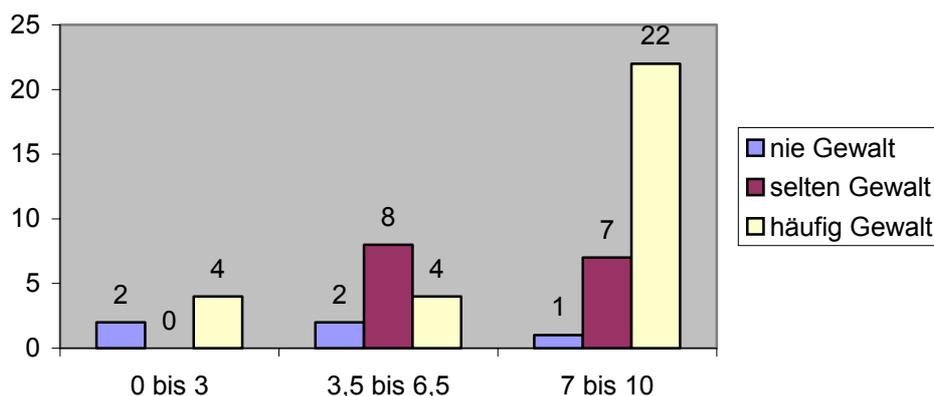
p = 0,009 (Chi-Quadrat)

Grad der psychischen Belastung / Gewalt Pflgender

Hinsichtlich vom Pflgenden ausgehender Gewalt konnte ein deutlicher Zusammenhang mit dem Grad der psychischen Belastung festgestellt werden. Gewaltanwender berichteten über deutlich höhere psychische Belastungsgrade (Median: 7) als jene, welche keine Gewalt ausgeübt hatten (Median: 5). Für die Hauptgruppe konnte ein p-Wert von 0,032, für die Untergruppe von 0,034 bestimmt werden (Chi-Quadrat).

Bei Angabe einer hohen psychischen Belastung (Grad 7-10) wurde von den Pflgenden prozentual am häufigsten (73,3 %) über häufig ausgeübte eigene Gewalt berichtet.

Abbildung 18: Zusammenhang: Grad der psychischen Belastung / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Pflgenden



Durchschnittlicher Grad der psychischen Belastung (Median):

- bei Nichtvorliegen von Gewalt seitens des Gepflgten: 5
- bei vorhandener Gewalt seitens des Gepflgten: 7

p = 0,032 (Chi-Quadrat)

Grad der Belastung durch Ungeduld des Gepflgten / Gewalt Gepflgter

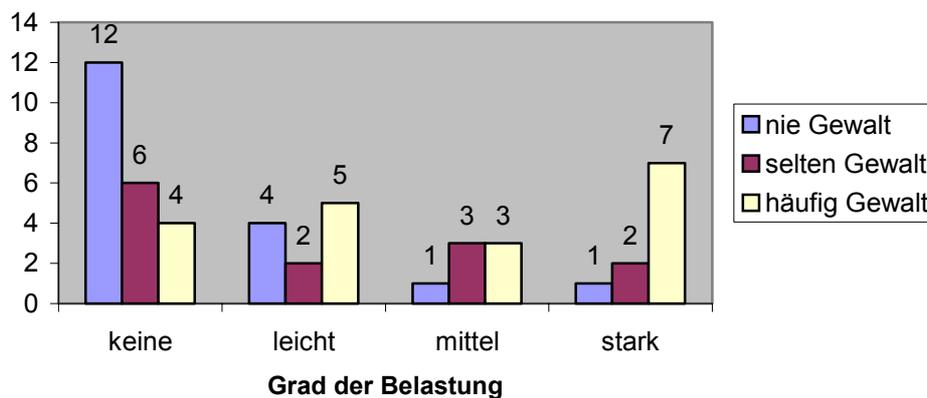
Wurde über keine durch Ungeduld des Gepflgten hervorgerufene Belastungen berichtet, gaben Pflgende in 12 von 22 Fällen (54,5 %) an, es sei zu keiner Gewalt von Seiten des Partners gekommen. Bei Angabe einer starken Belastung wurde dagegen in nur einem von 10 Fällen (10 %) über keine vom Partner ausgehende Gewalt berichtet.

Die durch Ungeduld der gepflegten Person beim Pflgenden ausgelösten Belastungsgrade wiesen in den Gruppen der Gewaltanwender und jenen gepflegten Personen, welche nicht als

Gewaltanwender aufgetreten waren, deutlich voneinander abweichende Werte auf (in der Hauptgruppe: $p = 0,054$ Chi-Quadrat).

Eine Tendenz, dass mit steigender durch Ungeduld ausgelöster Belastung häufiger Gewalt von Seiten des Gepflegten auftrat, ließ sich erkennen.

Abbildung 19: Zusammenhang: Grad der Belastung durch Ungeduld des Gepflegten / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Gepflegten



Durchschnittlicher Grad der Belastung durch Ungeduld des Gepflegten (Median):

- bei Nichtvorliegen von Gewalt seitens des Gepflegten: keine
- bei vorhandener Gewalt seitens des Gepflegten: leichtgradig

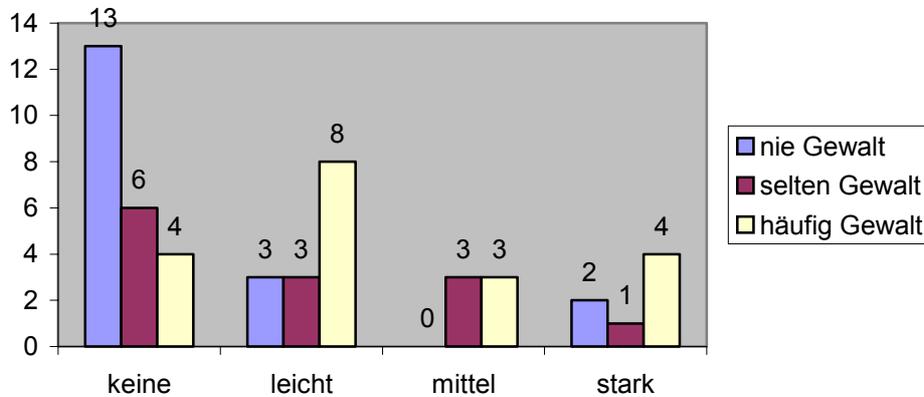
$p = 0,054$ (Chi-Quadrat)

Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Gewalt Gepfleger

Pflegende, welche über keine Gewalt von Seiten des Gepflegten berichteten, gaben in 2 von 18 Fällen (11,1 %) an, durch Launen des Partners mittelgradig bis stark belastet zu sein. Wurde über Gewalt vom Partner geklagt, gaben 11 von 32 Pflegenden (34,4 %) an, durch Launen des Partners mittelgradig bis stark belastet zu sein.

Die Unterschiede der Ergebnisse in den Gruppen der Gepflegten, welche als Gewaltanwender aufgetreten waren und von welchen bislang keine Gewalt ausgegangen war, zeigten sich diesbezüglich statistisch signifikant (Hauptgruppe: $p = 0,029$, Untergruppe: 0,02 (Chi-Quadrat)).

Abbildung 20: Zusammenhang: Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Häufigkeit Gewalt von Seiten des Gepflegten



Durchschnittlicher Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten (Median):

- bei Nichtvorliegen von Gewalt seitens des Gepflegten: keine
- bei vorhandener Gewalt seitens des Gepflegten: leichtgradig

p = 0,029 (Chi-Quadrat)

Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Gewalt Pflegender

Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens von Gewalt, welche vom Pflegenden ausging, ließ sich erkennen, dass bei Nichtvorliegen von Gewalt im Durchschnitt über keine Belastung durch Launen des Gepflegten geklagt wurde, bei Vorliegen von Gewalt durchschnittlich über einen leichten Belastungsgrad.

BELASTUNG DURCH LAUNEN DES GEPFLEGTEN	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
KEINE	4	7	12	23
LEICHT	0	4	10	14
MITTEL	0	2	4	6
STARK	1	2	4	7
N =	5	15	30	50

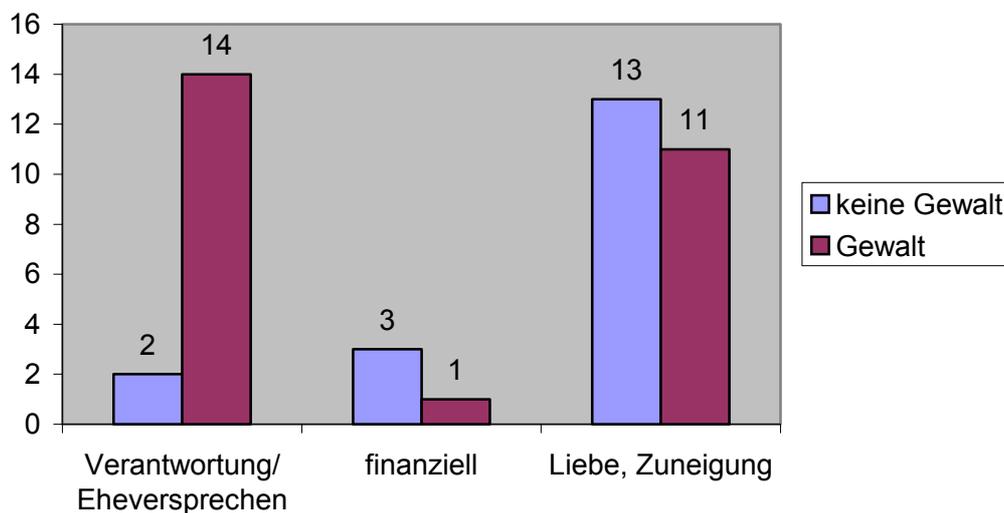
Tabelle 69: Zusammenhang: Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / vom Pflegenden ausgehende Gewalt

6.1.3 Grund der Übernahme der Pflege

Am häufigsten (87,5 %) kam es von Seiten der gepflegten Person dann zum Auftreten von Gewalt, wenn der Pflegende angab, aus moralischen Gründen entweder seinem Verantwortungsgefühl folgend oder wegen des gemachten Eheversprechens die Pflege des Partners übernommen zu haben. Bei Angabe, die Pflege aus Liebe und großer Zuneigung heraus übernommen zu haben, traten 45,8 % der Gepflegten als Gewaltanwender auf. Bei niedriger Fallzahl trat bei aus finanziellen Erwägungen heraus übernommener Pflege am seltensten Gewalt seitens des Gepflegten auf (25 %).

Für die Hauptgruppe konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt und dem Grund der Pflegeübernahme ($p = 0,024$, Chi-Quadrat), für die Untergruppe ein etwas schwächerer Zusammenhang ($p = 0,05$) festgestellt werden.

Abbildung 21: Zusammenhang: Grund der Pflegeübernahme / Vorhandensein von Gewalt von Seiten des Gepflegten



$p = 0,024$ (Chi-Quadrat)

6.1.4 Ausmaß der Sozialkontakte sowie der genutzten Hilfen

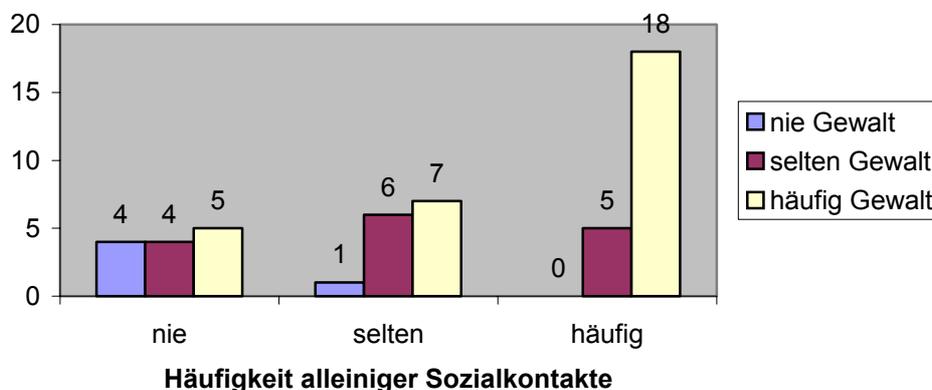
Ausmaß der alleinigen Sozialkontakte des Pflegenden / Gewalt Pflegender

Pflegende, welche über eigene Gewalt berichteten, wiesen in 23 von 45 Fällen (51,1 %) häufig bestehende alleinige Kontakte zu anderen Personen auf. Jene, welche angaben, selbst nicht als Gewaltanwender in Erscheinung getreten zu sein, gaben stattdessen in 80 % der Fälle (4 von 5 Fällen) an, überhaupt keine alleinigen Sozialkontakte zu haben, keine Person berichtete in diesem Falle über häufige alleinige Sozialkontakte.

Es ließ sich in der Haupt- und Untergruppe ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der alleinigen Sozialkontakte des Pflegenden und der Häufigkeit des Auftretens vom Pflegenden ausgehender Gewalt erkennen (Hauptgruppe: $p = 0,009$, Untergruppe: $p = 0,003$ (Wilcoxon)).

Je häufiger alleinige Sozialkontakte eingegangen wurden, desto häufiger kam es zu Gewalt von Seiten des Pflegenden.

Abbildung 22: Zusammenhang: Häufigkeit alleiniger Sozialkontakte des Pflegenden / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Pflegenden



Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Pflegenden (Median):

- bei Nichtvorliegen alleiniger Sozialkontakte des Pflegenden: einmal im Monat
- bei seltenen alleinigen Sozialkontakten des Pflegenden: mehrmals im Monat
- bei häufigen alleinigen Sozialkontakten des Pflegenden: mehrmals in der Woche

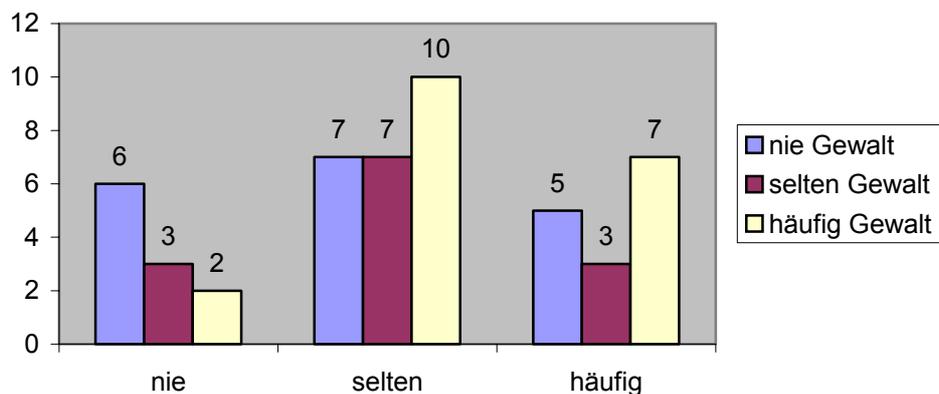
$p = 0,009$ (Wilcoxon)

Gemeinsame Sozialkontakte zu Bekannten / Gewalt Gepflegter

Gepflegte traten seltener als Gewaltanwender in Erscheinung (5 von 11 Fällen, 45,5 %), wenn überhaupt keine gemeinsamen Sozialkontakte zu Bekannten bestanden. Bei häufigen gemeinsamen Sozialkontakten zu Bekannten zeigten sich die gepflegten Personen dagegen häufiger als Gewaltanwender (10 von 15 Fälle, 66,7 %).

Häufige gemeinsame Sozialkontakte zu Bekannten schienen häufiger mit vom Gepflegter ausgehender Gewalt verbunden zu sein.

Abbildung 23: Zusammenhang: Häufigkeit gemeinsamer Sozialkontakte zu Bekannten / Häufigkeit von Gewalt von Seiten des Gepflegten



Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Gepflegten (Median):

- bei Nichtvorliegen gemeinsamer Kontakte zu Freunden: nie Gewalt
- bei seltenen gemeinsamen Kontakten zu Freunden: mehrmals im Monat
- bei häufigen gemeinsamen Kontakten zu Freunden: mehrmals im Monat

Gemeinsame Sozialkontakte zu Bekannten / Gewalt Pflegender

Ein gegensätzliches Bild ergab sich bezogen auf Gewalt, welche vom Pflegenden ausgeübt wurde. Hier zeigte sich, dass bei häufigen gemeinsamen Kontakten zu Bekannten oder Freunden weniger pflegende Person als Gewaltanwender auffielen (11 von 15 Fällen, 73,3 %) als bei seltenen (24 von 24 Fällen, 100 %) oder gar keinen Kontakten (10 von 11 Fällen,

90,0 %). In der Untergruppe, welche Pflegende mit demenziell erkranktem Partner nicht berücksichtigte, zeigte sich dieses Ergebnis etwas deutlicher ausgeprägt als in der Hauptgruppe.

Häufigere gemeinsame Kontakte zu Bekannten schienen die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt von Seiten der pflegenden Person etwas zu reduzieren.

HÄUFIGKEIT VON KONTAKTEN	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
NIE	1	3	7	11
SELTEN	0	5	19	24
HÄUFIG	4	7	4	15
N =	5	15	30	50

Tabelle 70: Zusammenhang: Gemeinsame Sozialkontakte zu Bekannten / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Pflegenden (Median):

- bei Nichtvorliegen gemeinsamer Kontakte zu Freunden: mehrmals in der Woche
- bei seltenen gemeinsamen Kontakten zu Freunden: mehrmals in der Woche
- bei häufigen gemeinsamen Kontakten zu Freunden: einmal im Monat

Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt Gepflegter und Pflegender

Wurde eine Selbsthilfegruppe aufgesucht, berichtete die pflegende Person in 12 von 13 Fällen (92,3 %) über eigene, in 8 von 13 Fällen (61,5 %) über Gewalt von Seiten der gepflegten Person.

Bei Nichtaufsuchen einer Selbsthilfegruppe wurde in 33 von 37 Fällen (89,2 %) über eigene, in 24 von 37 Fällen (64,9 %) über Gewalt von Seiten der gepflegten Person berichtet.

Eine Tendenz, dass der Besuch einer Selbsthilfegruppe das Gewaltrisiko reduzieren würde, war nicht erkennbar.

	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
SELBSTHILFEGRUPPE	5	8	13
KEINE SELBSTHILFEGRUPPE	13	24	37
N =	18	32	50

Tabelle 71: Zusammenhang: Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Gepflegten

	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
SELBSTHILFEGRUPPE	1	12	13
KEINE SELBSTHILFEGRUPPE	4	33	37
N =	5	45	

Tabelle 72: Zusammenhang: Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Ausmaß der angenommenen Hilfen / Gewalt des Gepflegten

In der Gruppe, in welcher im Rahmen der Pflege überhaupt keine zusätzlichen Hilfen von außen genutzt wurden, trat von Seiten des Gepflegten durchschnittlich weniger als einmal im Monat Gewalt auf. Dieser Wert lag damit deutlicher niedriger als in der Gruppe von Paaren, welche Hilfe anderer in Anspruch nahmen, in welcher vom Gepflegten ausgehende Gewalt durchschnittlich mehrmals im Monat auftrat. In der Gruppe, welche keine sonstigen Hilfen nutzten, zeigten sich 58,3 % (7 von 12 Fälle) der Gepflegten als Gewaltanwender. In der Gruppe, welche Hilfen anderer in Anspruch nahmen, fielen unter den gepflegten Personen 65,8 % (25 von 38 Fälle) als Gewaltanwender auf. Die bestehenden Unterschiede ließen sich in ähnlichem Ausmaß in der Haupt- und Untergruppe erkennen.

Vermeehrt in Anspruch genommene Hilfen bedeuteten nicht, dass Gewalt von Seiten der gepflegten Person seltener aufgetreten wäre, diese trat in diesem Falle sogar etwas gehäuft auf.

	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HILFE IN ANSPRUCH GENOMMEN	13	9	16	38
HILFE NICHT IN AN- SPRUCH GENOMMEN	5	4	3	12
N =	18	13	19	50

Tabelle 73: Zusammenhang: Ausmaß der in Anspruch genommenen Hilfen /
Gewalt von Seiten des Gepflegten

Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Gepflegten (Median):

- falls Hilfe nicht in Anspruch genommen wurde: weniger als einmal im Monat
- falls Hilfe in Anspruch genommen wurde: mehrmals im Monat

Ausmaß der angenommenen Hilfen / Gewalt des Pflegenden

Pflegende, welche Hilfen anderer in Anspruch nahmen, berichteten in etwa so häufig (89,7 %) wie jene, die auf fremde Hilfen verzichtet hatten (90,9 %), dass Gewalt von ihnen ausgegangen sei.

Bei Angabe eigener Gewalt wurde diese als etwas seltener auftretend beschrieben, wenn Hilfen genutzt wurden (Anteil häufig auftretender Gewalt: 62,6 %). Ohne die Inanspruchnahme fremder Hilfen wurde bei Auftreten von Gewalt in 8 von 10 Fällen über häufig auftretende Gewalt berichtet (80 %). Der Unterschied war in der Untergruppe, in welcher Pflegende demenziell Erkrankter nicht berücksichtigt wurden, etwas stärker ausgeprägt.

Ein wesentlicher Einfluss vermehrt genutzter Hilfen auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt ließ sich zwar nicht erkennen, lagen Gewaltanwendungen vor, traten diese bei Nutzung fremder Hilfen jedoch seltener auf.

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HILFE IN ANSPRUCH GENOMMEN	4	13	22	39
HILFE NICHT IN AN- SPRUCH GENOMMEN	1	2	8	11
N =	5	15	30	50

Tabelle 74: Ausmaß der in Anspruch genommenen Hilfen / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Pflegenden (Median):

- falls Hilfe nicht in Anspruch genommen wurde: mehrmals in der Woche
- falls Hilfe in Anspruch genommen wurde: einmal in der Woche

6.1.5 Alter

Sowohl unter Ein- und Ausschluss jener Pflegenden, welche demenziell erkrankte Partner pflegten, zeigte sich, dass Pflegende, welche als Gewaltanwender auftraten, durchschnittlich jünger waren (66 Jahre) als jene, von denen keine Gewalt ausgeübt wurde (72 Jahre).

Auch bei Einteilung der Pflegenden nach der Anzahl der von ihnen ausgeübten Gewaltarten ließ sich erkennen, dass Pflegende, welche mehr als vier Gewaltarten ausübten, durchschnittlich jünger waren (62 Jahre) als jene, welche ein bis drei Gewaltarten ausübten (66 Jahre).

Für die Untergruppe ließ sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Alter der pflegenden Person und der Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt erkennen ($p = 0,03$ (Wilcoxon)). Pflegende, welche als Gewaltanwender auftraten, wiesen somit im Schnitt ein niedrigeres Lebensalter auf.

GEWALT	MEDIAN ALTER	ARITHMETISCHES MITTEL
VORHANDEN	66 JAHRE	66,8 JAHRE
NICHT VORHANDEN	72 JAHRE	72 JAHRE

Tabelle 75: Zusammenhang: Alter des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Untergruppe: $p = 0,03$ (Wilcoxon)

GEWALT	MEDIAN ALTER	ARITHMEISCHES MITTEL
NICHT VORHANDEN	72 JAHRE	72 JAHRE
1-3 GEWALTARTEN	67 JAHRE	67,9 JAHRE
4-6 GEWALTARTEN	62 JAHRE	61,5 JAHRE

Tabelle 76: Zusammenhang: Alter des Pflegenden / Anzahl der vom Pflegenden ausgehenden Gewaltarten

6.1.6 Schulabschluss und Ausbildungsgrad

Schulabschluss des Pflegenden / Gewalt Gepflegter

Pflegende mit Hauptschulabschluss gaben häufiger an (20 von 28 Fällen, 71,4 %), Gewalt von Seiten ihres Partners ausgesetzt gewesen zu sein als jene mit höherem Schulabschluss (12 von 22 Fällen, 54,5 %). Jene mit gymnasialem Abschluss waren nie mit häufig auftretender Gewalt von Seiten des Gepflegten konfrontiert. Die Ergebnisse zeigten sich in der Hauptgruppe etwas ausgeprägter als in der Untergruppe.

Ein niedriger Schulabschluss der pflegenden Person war häufiger mit Gewalt von Seiten der gepflegten Person verknüpft.

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HAUPTSCHULE	8	5	15	28
REALSCHULE	7	4	4	15
GYMNASIUM	3	4	0	7
N =	18	15	7	50

Tabelle 77: Zusammenhang: Schulabschluss des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Gepflegten (Median):

- bei Pflegenden mit Hauptschulabschluss: einmal in der Woche
- bei Pflegenden mit höherem Schulabschluss: weniger als einmal im Monat

Ausbildung des Pflegenden / Gewalt Gepflegter

Auch hinsichtlich des Ausbildungsgrades des Pflegenden ließ sich erkennen, dass sich pflegende Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung am häufigsten Partnern ausgesetzt sahen, welche als Gewaltanwender auftraten (ungelernt: 81,8 %, Lehre: 58,1 %, Studium: 62,5 %).

Mit steigendem Bildungsgrad der pflegenden Person trat Gewalt seitens des Gepflegten tendenziell seltener auf. (Anteil häufig auftretender Gewalt bei Ungelernten: 63,6 %, bei abgeschlossener Lehre: 32,3 %, Studium: 25 %).

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
UNGELERNT	2	2	7	11
LEHRE	13	8	10	31
STUDIUM	3	3	2	8
N =	18	13	19	50

Tabelle 78: Zusammenhang: Ausbildung des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Gepflegten (Median):

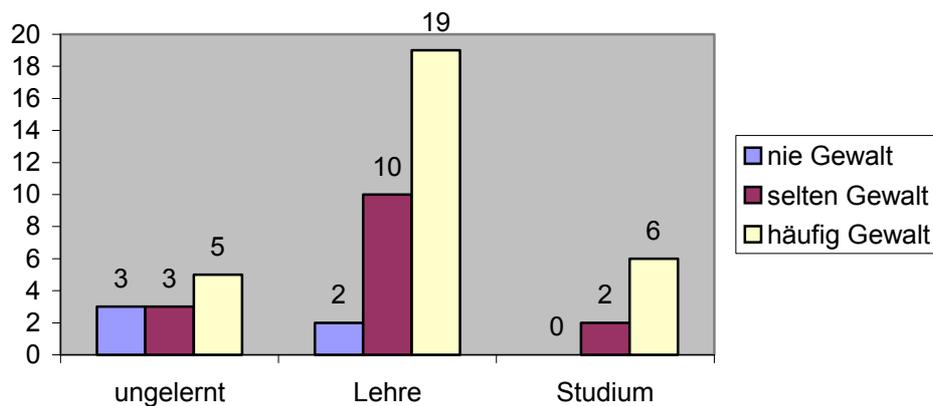
- bei Pflegenden ohne Berufsausbildung: einmal in der Woche
- bei Pflegenden mit abgeschlossener Lehre: einmal im Monat
- bei Pflegenden mit abgeschlossenem Studium: weniger als einmal im Monat

Ausbildung des Pflegenden / Gewalt Pflegender

Zwischen dem Ausbildungsgrad des Pflegenden und der vom Pflegenden ausgehenden Gewalt ließ sich ein gewisser Zusammenhang erkennen. Mit steigendem Ausbildungsgrad nahm der Anteil jener Pflegender, welche als Gewaltanwender aufgetreten waren deutlich zu (ungelernt: 8 von 11 Fällen (72,7 %), abgeschlossene Lehre: 29 von 31 Fällen (93,5 %), Studium: 8 von 8 Fällen (100 %)).

Für den Unterschied zwischen den Gewalt ausübenden und nicht ausübenden Pflegenden hinsichtlich ihres Ausbildungsniveaus konnte bezogen auf die Haupt- und Untergruppe ein tendenzieller Zusammenhang festgestellt werden (Hauptgruppe: $p = 0,08$, Untergruppe: $p = 0,06$, (Chi-Quadrat)).

Abbildung 24: Zusammenhang: Ausbildungsgrad des Pflegenden / Häufigkeit vom Pflegenden ausgehender Gewalt



Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Pflegenden (Median):

- bei Pflegenden ohne Berufsausbildung: einmal im Monat
- bei Pflegenden mit abgeschlossener Lehre: einmal in der Woche
- bei Pflegenden mit abgeschlossenem Studium: mehrmals in der Woche

$p = 0,08$ (Chi-Quadrat)

6.1.7 Persönlichkeitseigenschaften

Leistungsorientiertheit des Pflegenden / Gewalt Pflegender

Hinsichtlich der Persönlichkeitseigenschaft der Leistungsorientiertheit ließ sich sowohl in der Haupt- wie auch der Untergruppe erkennen, dass sich Pflegende, welche keine Gewalt gegenüber ihrem Partner ausgeübt hatten, durchschnittlich als weniger stark leistungsorientiert beschrieben (Einschätzung: 0) als jene, bei welchen es zur Gewaltanwendung gekommen war (Einschätzung: 2).

Eine höhere Leistungsorientiertheit der pflegenden Person zeigte sich häufiger mit von deren Seite ausgehender Gewalt verbunden.

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	-1	0	1	2	3	N =
NIE	1	2	0	1	1	5
SELTEN	1	2	3	6	3	15
HÄUFIG	2	4	9	9	6	30
N =	4	8	12	16	10	50

Tabelle 79: Zusammenhang: Leistungsorientiertheit des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittlicher Grad der Leistungsorientiertheit des Pflegenden (Median):

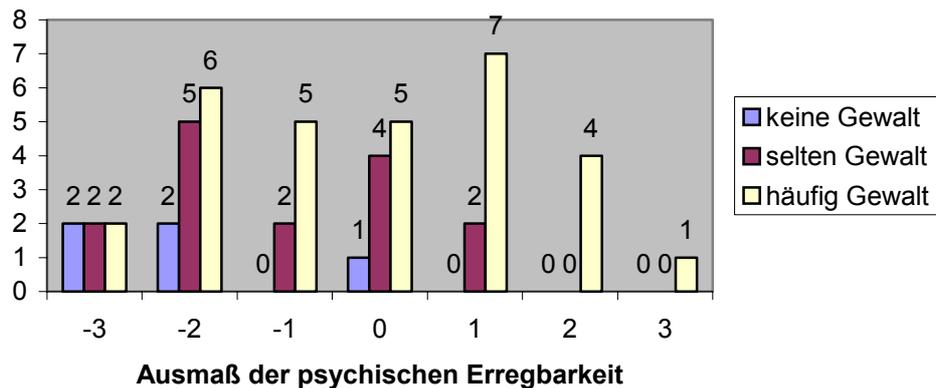
- bei Pflegenden, von denen Gewalt ausging: 2
- bei Pflegenden, von denen keine Gewalt ausging: 0

Psychische Erregbarkeit des Pflegenden / Gewalt Pflegender

Die Daten wiesen einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Grad der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden und der Auftretenswahrscheinlichkeit von ihm ausgehender Gewalt auf. Pflegende, welche über eigene Gewaltanwendungen berichteten, schätzten ihre psychische Erregbarkeit im Schnitt deutlich höher ein.

Der Unterschied zwischen Pflegenden, welche als Gewaltanwender auftraten, und jenen, welche bislang keine Gewalt ausgeübt hatten, hinsichtlich der subjektiven Einschätzung ihrer psychischen Erregbarkeit, war deutlich ausgeprägt (Hauptgruppe: $p = 0,038$, Untergruppe: $0,032$ (Wilcoxon)).

Abbildung 25: Zusammenhang: Ausmaß der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden / Häufigkeit vom Pflegenden ausgehender Gewalt



Durchschnittlicher Grad der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden (Median):

- bei Pflegenden, von denen Gewalt ausging: 0
- bei Pflegenden, von denen keine Gewalt ausging: -2

p = 0,038 (Wilcoxon)

Psychische Erregbarkeit des Gepflegten / Gewalt Pflegender

Ein gegensätzlicher Zusammenhang fiel zwischen der psychischen Erregbarkeit des Gepflegten und der vom Pflegenden ausgehenden Gewalt auf. Pflegende, welche angaben, keine Gewalt ausgeübt zu haben, stuften die psychische Erregbarkeit des Partners höher (Median: 1) ein als jene, welche Gewalt ausgeübt hatten (Median: -2). Die Ergebnisse der Haupt- und Untergruppe entsprachen sich in diesem Zusammenhang weitgehend.

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	-3	-2	-1	0	1	2	3	N =
NIE	0	1	1	0	2	1	0	5
SELTEN	2	5	2	2	1	3	0	15
HÄUFIG	8	10	2	0	4	5	1	30
N =	10	16	5	2	7	9	1	50

Tabelle 80: Zusammenhang: psychische Erregbarkeit des Gepflegten / Gewalt von
Seiten des Pflegenden

Durchschnittlicher Grad der psychischen Erregbarkeit des Gepflegten (Median):

- bei Pflegenden, von denen Gewalt ausging: -2
- bei Pflegenden, von denen keine Gewalt ausging: 1

Soziale Verantwortung des Pflegenden / Gewalt Pflegender und Gepflegter

Ein geringer Einfluss auf das Zustandekommen sowohl vom Pflegenden als auch dem Gepflegten ausgehender Gewalt konnte sowohl für die Haupt- wie auch die Untergruppe für den Grad der sozialen Verantwortung des Pflegenden nachgewiesen werden. Jene Pflegende, von denen selbst und von deren Partnern keine Gewalt ausging, beschrieben sich im Schnitt als sozial verantwortlicher (Einschätzung: 3) als jene, welche sich mit eigener oder mit vom Partner ausgehender Gewalt konfrontiert sahen (Einschätzung: 2).

In den Fällen, in welchen keine Gewalt vom Gepflegten oder Pflegenden ausging, beschrieben sich die Pflegenden im Schnitt als maximal sozial verantwortlich.

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	0	1	2	3	N =
NIE	0	0	2	3	5
SELTEN	2	3	4	6	15
HÄUFIG	3	5	14	8	30
N =	5	8	20	17	50

Tabelle 81: Zusammenhang: Ausmaß der sozialen Verantwortung des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittlicher Grad der sozialen Verantwortlichkeit des Pflegenden (Median):

- bei Pflegenden, von denen Gewalt ausging: 2
- bei Pflegenden, von denen keine Gewalt ausging: 3

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	0	1	2	3	N =
NIE	1	3	5	9	18
SELTEN	1	4	3	5	13
HÄUFIG	3	1	12	3	19
N =	5	8	20	17	50

Tabelle 82: Zusammenhang: Ausmaß der sozialen Verantwortung des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Durchschnittlicher Grad der sozialen Verantwortlichkeit des Pflegenden (Median):

- bei Gepflegten, von denen Gewalt ausging: 2
- bei Gepflegten, von denen keine Gewalt ausging: 3

6.2 Ergebnisse aus der Gruppe der Gepflegten

6.2.1 Gesundheitszustand, vorliegende Erkrankung und die Krankheitsverarbeitung betreffende Faktoren

Zusammenhang: Gesundheitszustand des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Gepflegte, welche über häufig von Seiten des Pflegenden ausgehende Gewalt berichteten, beschrieben ihren eigenen Gesundheitszustand am häufigsten mit schlecht (50%) und durchschnittlich als schlechter als in den Gruppen, welche selten oder überhaupt nicht über Gewalt von Seiten ihres Partners berichteten.

Im Schnitt berichteten gepflegte Personen, die ihren Gesundheitszustand mit schlecht beschrieben hatten, über mehrmals in der Woche auftretende Gewalt von Seiten des Pflegenden. Bei weniger gutem Gesundheitszustand wurde über durchschnittlich mehrmals im Monat, bei zufriedenstellendem Gesundheitszustand über einmal im Monat vom Pflegenden ausgeübte Gewalt geklagt. Bei gutem Gesundheitszustand, wobei diese Gruppe nur zwei Personen umfasste, lag die Gewalthäufigkeit bei etwa einmal in der Woche.

Gepflegte Personen mit schlechtem Gesundheitszustand waren häufiger einem gehäuften Auftreten von Gewalt seitens des Partners ausgesetzt.

GESUNDHEITZUSTAND	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
SCHLECHT	0	2	7	9
WENIGER GUT	3	5	2	10
ZUFRIEDENSTELLEND	3	4	4	11
GUT	0	1	1	2
N =	6	12	14	32

Tabelle 83: Zusammenhang: Gesundheitszustand des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Pflegenden (Median):

- bei schlechtem Gesundheitszustand des Gepflegten: mehrmals in der Woche
- bei weniger gutem Gesundheitszustand des Gepflegten: mehrmals im Monat
- bei zufriedenstellendem Gesundheitszustand des Gepflegten: einmal im Monat
- bei gutem Gesundheitszustand des Gepflegten (n =2): einmal in der Woche

Zusammenhang: Gesundheitszustand des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Bei häufigem Auftreten vom Gepflegten ausgehender Gewalt ließ sich häufiger ein schlechter Gesundheitszustand der pflegenden Person (50 % der Personen) erkennen. Wurde nicht oder nur selten über eigene Gewalt gegenüber dem Pflegenden berichtet, wurde der Gesundheitszustand des Pflegenden in keinem Fall mit schlecht, sondern immer besser beurteilt.

Jene Gepflegten, welche über keine von ihnen ausgehende Gewalt berichteten, stuften den Gesundheitszustand des Partners durchschnittlich mit gut ein. Jene, welche über häufig von ihnen ausgehende Gewalt berichteten, stuften den Gesundheitszustand der pflegenden Person dagegen durchschnittlich mit weniger gut ein.

Ein schlechter Gesundheitszustand der pflegenden Person schien etwas häufiger mit Gewalt von Seiten der gepflegten Person verbunden zu sein.

GESUNDHEITZUSTAND	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
SCHLECHT	0	0	2	2
WENIGER GUT	2	0	1	3
ZUFRIEDENSTELLEND	4	4	1	9
GUT	8	10	0	18
N =	14	14	4	32

Tabelle 84: Zusammenhang: Gesundheitszustand des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Durchschnittlicher Gesundheitszustand des Pflegenden (Median):

- bei Gepflegten, von denen keine oder nur selten Gewalt ausging: gut
- bei Gepflegten, von denen häufig Gewalt ausging: weniger gut

Zusammenhang: Gesundheitszustand des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Es fiel auf, dass die gepflegten Personen, welche über keine Gewalt von Seiten des Pflegenden klagten, den Gesundheitszustand des Pflegenden durchschnittlich mit gut und somit etwas besser als bei Vorliegen von Gewalt seitens des Pflegenden (Gesundheitszustand des Pflegenden durchschnittlich weniger gut) einschätzten.

In den Fällen, in denen der Gesundheitszustand des Pflegenden vom Gepflegten als schlecht eingestuft wurde, wurde immer über häufig vom Pflegenden ausgeübte Gewalt berichtet. Bei weniger gutem Gesundheitszustand des Pflegenden berichteten 66,7 %, bei zufriedenstellendem Gesundheitszustand 44,4 % und bei gutem Gesundheitszustand 33,3 % der Gepflegten über häufige vom Pflegenden ausgehende Gewalt.

Bei keiner oder selten auftretender Gewalt von Seiten des Pflegenden wurde der Gesundheitszustand des Pflegenden nie als schlecht, jedoch in 12 Fällen (66,7 %) als gut eingeschätzt.

Ein besserer Gesundheitszustand des Pflegenden schien das Gewaltrisiko durch den Pflegenden eher zu reduzieren.

GESUNDHEITZUSTAND	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
SCHLECHT	0	0	2	2
WENIGER GUT	0	1	2	3
ZUFRIEDENSTELLEND	2	3	4	9
GUT	4	8	6	18
N =	6	12	14	32

Tabelle 85: Zusammenhang: Gesundheitszustand des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittlicher Gesundheitszustand des Pflegenden (Median):

- bei Pflegenden, von denen keine oder nur selten Gewalt ausging: gut
- bei Gepflegten, von denen häufig Gewalt ausging: zufriedenstellend

Vorhandensein einer psychischen Erkrankung des Gepflegten / Gewalt Pflegender

Jene gepflegte Personen, bei welchen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, berichteten häufiger darüber (87,5 %), dass sie Gewalt von Seiten des Pflegenden ausgesetzt seien, als jene, bei denen keine Diagnose einer psychischen Erkrankung vorlag (79,2 %). Über häufig von Seiten des Pflegenden ausgehender Gewalt berichteten 75 % der Gepflegten (6 von 8 Personen) mit diagnostizierter psychischer Erkrankung, dagegen nur 33 % der Gepflegten ohne psychiatrische Diagnose (8 von 24 Personen).

Während in der Gruppe der gepflegten Personen ohne psychiatrische Diagnose in 50 % der Fälle über das Vorliegen von 3 bis 5 Gewaltarten berichtet wurde, lag dieser Prozentsatz in der Gruppe der Gepflegten ohne psychiatrische Diagnose bei 20,8 %.

Das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung des Gepflegten schien Gewalt durch den Pflegenden eher zu begünstigen und mit einer erhöhten Anzahl von Gewaltarten einherzugehen.

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT
MIT PSYCHIATRISCHER ERKRANKUNG	1	1	6
OHNE PSYCHIATRI- SCHER ERKRANKUNG	5	11	8
N =	6	12	14

Tabelle 86: Zusammenhang: Vorhandensein einer psychischen Erkrankung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden

ANZAHL DER GEWALTARTEN	ANZAHL GEPFLEGTER MIT PSYCHIATRISCHER DIAGNOSE	ANZAHL GEPFLEGTER OHNE PSYCHIATRISCHER DIAGNOSE
0	1	5
1	1	7
2	2	7
3	1	1
4	1	1
5	2	3
N =	8	24

Tabelle 87: Zusammenhang: Vorhandensein einer psychischen Erkrankung des Gepflegten/ Anzahl der von Seiten des Pflegenden ausgeübten Gewaltarten

Zur Pflege geführt habende Erkrankung / Gewalt Gepflegter

Während 10 von 21 Parkinson-Erkrankten (47,6 %) angaben, dass von ihnen keine Gewalt gegenüber dem Pflegenden ausgeübt wurde, lag dieser Prozentsatz bei den an den Folgen eines Schlaganfalls Leidenden bei 25 %. Trotz der geringen Anzahl der gepflegten Personen nach Schlaganfall wurde das Ergebnis dargestellt, da es in seinem Ergebnis jenem aus der Gruppe der pflegenden Personen, welche einen größeren Stichprobenumfang auswies, in etwa entsprach.

Parkinsonkranke scheinen seltener als Gewaltanwender aufzutreten als vom Schlaganfall Betroffene.

ART DER ERKRANKUNG	KEINE GEWALT	GEWALT
PARKINSON	10	11
SCHLAGANFALL	1	3
N =	11	14

Tabelle 88: Zusammenhang: Grunderkrankung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Vorherrschende Art der Krankheitsverarbeitung / Gewalt Gepflegter

Die gepflegten Personen, welche angaben, ihre Krankheit akzeptiert zu haben und konstruktiv mit der Situation umzugehen, berichteten in neun Fällen (50 %) darüber, dass sie in der Vergangenheit keine Gewalt gegenüber ihrem Partner ausgeübt hätten. Bei Angabe, dass Unzufriedenheit mit der Krankheit dominiere, wurde in einem Fall (14,3 %), bei depressivem Umgang mit der Erkrankung in zwei Fällen (40 %) keine Gewalt von Seiten des Gepflegten angegeben.

In der Gruppe der gepflegten Personen, welche keine von ihnen ausgehende Gewalt angaben, akzeptierte die überwiegende Zahl (9 von 12 Personen, 75 %) ihre Krankheit. Der Anteil jener, welche ihre Krankheit akzeptierte, lag bei Angabe von seltener Gewalt gegenüber dem Pflegenden bei 57,1 %, bei häufiger Gewalt bei 25 %.

Das Akzeptieren seiner Erkrankung und eine zumeist damit einhergehende positivere Krankheitsverarbeitung scheint das Gewaltrisiko von Seiten der gepflegten Person eher zu reduzieren.

ART DER KRAKHEITS- VERARBEITUNG	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
UNZUFRIEDEN	1	3	3	7
DEPRESSIV	2	3	0	5
AKZEPTIERT	9	8	1	18
N =	12	14	4	32

Tabelle 89: Zusammenhang: Vorherrschende Art der Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Vorherrschende Art der Krankheitsverarbeitung / Gewalt Pflegender

Die gepflegten Personen, welche angaben, ihre Krankheit akzeptiert zu haben und konstruktiv mit der Situation umzugehen, berichteten in fünf Fällen (27,8 %) darüber, dass ihr Partner in der Vergangenheit keine Gewalt gegenüber ihnen ausgeübt habe. Bei Angabe, dass Unzufriedenheit mit der Krankheit dominiere, wurde in einem Fall (14,3 %), bei depressivem Umgang mit der Erkrankung in keinem Fall (0 %) keine Gewalt von Seiten des Pflegenden angegeben.

In der Gruppe der gepflegten Personen, welche über keine von Seiten des Pflegenden ausgehende Gewalt berichteten, akzeptierte die überwiegende Zahl (5 von 6 Personen, d.h. 83,3 %) ihre Krankheit. Bei Angabe von seltener Gewalt von Seiten des Pflegenden lag der Anteil jener, welche ihre Krankheit akzeptierten und eine positive Krankheitsverarbeitung aufwiesen, bei 80 %, bei Schilderung häufiger Gewalt bei 35,7 %.

Eine positive Krankheitsverarbeitung der gepflegten Person scheint auch das von der pflegenden Person ausgehende Gewaltrisiko eher zu reduzieren.

ART DER KRAKHEITS- VERARBEITUNG	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
UNZUFRIEDEN	1	1	5	7
DEPRESSIV	0	1	4	5
AKZEPTIERT	5	8	5	18
N =	6	10	14	32

Tabelle 90: Zusammenhang: Vorherrschende Art der Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden

6.2.2 Das Ausmaß und die Arten von Belastungen betreffende Faktoren

Zeit der Pflege / Gewalt Pflegender

Gepflegte, welche nicht über Gewalt von Seiten ihres pflegenden Partners geklagt hatten, schätzten die durch die Pflege resultierende zeitliche Inanspruchnahme des Partners mit durchschnittlich vier Stunden (Median, Streuung von 1,5 bis 7 Stunden) etwas niedriger ein als jene, die angaben, Gewalt von Seiten des Pflegenden ausgesetzt gewesen zu sein (durchschnittlich: fünf Stunden, Streuung: 1 bis 14 Stunden).

Ein geringerer zeitlicher Pflegeaufwand scheint mit einem etwas niedrigeren Gewalttrisiko von Seiten der pflegenden Person verbunden sein.-

GEWALT	MEDIAN
VORHANDEN	5 (1-14) STUNDEN
NICHT VORHANDEN	4 (1,5-7) STUNDEN

Tabelle 91: Zusammenhang: Zeit der Pflege / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Grad der Belastung durch Ungeduld des Gepflegten / Gewalt Gepflegter

Gepflegte Personen, welche darüber berichteten, dass von ihnen häufig Gewalt gegenüber dem Pflegenden ausgegangen sei, gaben nur in einem Fall an, eigene Ungeduld sei keine Belastung für den Pflegenden (25 %), bei Angabe seltener Gewalt gegenüber dem Pflegenden lag dieser Anteil bei 35,7 %, bei bislang nicht ausgeübten Gewalt bei 57,1 %.

Bei Angabe keiner gegenüber dem Pflegenden ausgeübten Gewalt wurde die eigene Ungeduld durchschnittlich als keine Belastung für den Pflegenden betrachtet, bei selten ausgeübter Gewalt als leichte Belastung, bei häufiger Gewalt als mittelgradige Belastung eingestuft.

Mit zunehmender Häufigkeit von Gewalt seitens der gepflegten Person zeigt sich die durch deren Ungeduld beim Pflegenden hervorgerufene Belastung erhöht.

BELASTUNG DURCH UNGEDULD DES GEPFLEGTEN	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
KEINE	8	5	1	14
LEICHT	5	6	0	11
MITTEL	0	2	3	5
STARK	1	1	0	2
N =	14	14	4	32

Tabelle 92: Zusammenhang: Grad der beim Pflegenden durch Ungeduld des Gepflegten ausgelösten Belastung / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Durchschnittlicher Grad der durch Ungeduld des Gepflegten entstehenden Belastung (Median):

- bei Nichtvorliegen von Gewalt seitens des Gepflegten: keine
- bei seltener Gewalt seitens des Gepflegten: leicht
- bei häufiger Gewalt seitens des Gepflegten: mittel

Grad der Belastung durch Ungeduld des Gepflegten / Gewalt Pflegender

Gepflegte Personen, welche angaben, dass eigene Ungeduld keine Belastung für den Partner sei, berichteten in vier von 14 Fällen (28,6 %), dass sie häufig Gewalt von Seiten des Pflegenden ausgesetzt gewesen seien. Bei Einstufung als leichtgradige Belastung berichteten fünf von 11 Personen (45,5 %), als mittelgradige Belastung drei von fünf Personen (60 %) und bei stark ausgeprägter Belastung sämtliche Personen (100%) darüber, dass von Seiten des Partners häufig Gewalt ausgehen würde.

Bei nicht vorhandener oder leichtgradiger Belastung durch Ungeduld des Gepflegten wurde im Durchschnitt über das seltene Auftreten von Gewalt von Seiten des Pflegenden, bei mittel- bis stärkergradiger Ungeduld im Schnitt über das häufige Auftreten von Gewalt geklagt. Gewalt durch den Pflegenden scheint mit steigendem Maße der durch Ungeduld des Partners hervorgerufenen Belastung etwas häufiger vorzukommen.

BELASTUNG DURCH UNGEDULD DES GEPFLEGTEN	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
KEINE	3	7	4	14
LEICHT	3	3	5	11
MITTEL	0	2	3	5
STARK	0	0	2	2
N =	6	12	14	32

Tabelle 93: Zusammenhang: Grad der beim Pflegenden durch Ungeduld des Gepflegten ausgelösten Belastung / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Pflegenden (Median):

- bei keiner / leichter Belastung durch Ungeduld des Gepflegten: selten
- bei keiner / leichter Belastung durch Ungeduld des Gepflegten: häufig

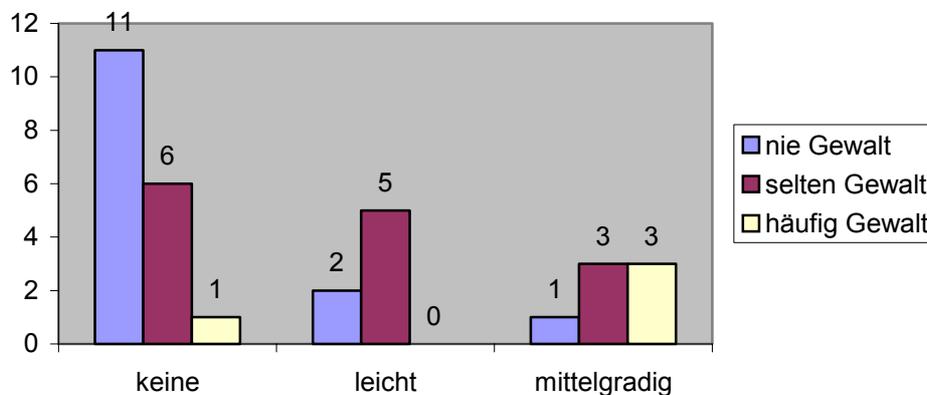
Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Gewalt Gepflegter

Gepflegte Personen, welche darüber berichteten, dass sie Gewalt gegenüber dem Pflegenden ausgeübt haben, gaben in sieben von 18 Fällen (38,9 %) an, dass sie aufgrund eigener Launen keine Belastung für den Partner darstellen würden. In der Gruppe jener, die angaben, keine Gewalt gegenüber der pflegenden Person ausgeübt zu haben, lag dieser Anteil bei 11 von 14 Personen (78,6 %). Hinsichtlich dieses Unterschieds konnte im Chi-Quadrat-Test ein p-Wert von 0,07 ermittelt werden.

Bei Angabe keiner Belastung des Partners durch eigene Launen wurde von den gepflegten Personen im Durchschnitt über keine eigene Gewalt, bei leichtgradiger Belastung über weniger als einmal im Monat, bei mittelgradiger Belastung über mehrmals im Monat auftretende eigene Gewalt berichtet.

Steigende, durch Launen des Gepflegten ausgelöste Belastungsgrade scheinen mit einem erhöhten Gewaltrisiko von Seiten der gepflegten Person verbunden zu sein.

Abbildung 26: Zusammenhang: Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Häufigkeit der Gewalt von Seiten des Gepflegten



Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Gepflegten (Median):

- bei keiner Belastung durch Launen des Gepflegten: nie
- bei leichter Belastung durch Launen des Gepflegten: weniger als einmal im Monat
- bei starker Belastung durch Launen des Gepflegten: mehrmals im Monat

p = 0,069 (Chi-Quadrat)

Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Gewalt Pflegender

Gepflegte Personen, welche darüber berichteten, dass sie Gewalt von Seiten des Pflegenden ausgesetzt gewesen seien, gaben in 13 von 26 Fällen (50 %) an, dass sie aufgrund eigener Launen keine Belastung für den Partner darstellen würden. In der Gruppe jener, die angaben,

nicht Opfer von Seiten des Pflegenden ausgeübter Gewalt gewesen zu sein, lag dieser Anteil bei 5 von 6 Personen (83,3 %).

Bei Angabe keiner Belastung des Partners durch eigene Launen wurde von den gepflegten Personen berichtet, dass sie im Durchschnitt einmal im Monat Gewalt von Seiten des Pflegenden ausgesetzt seien, bei leichtgradiger Belastung wurde im Schnitt über einmal in der Woche, bei mittelgradiger Belastung über mehrmals in der Woche von Seiten des Pflegenden ausgeübte Gewalt berichtet.

Steigende, durch Launen des Gepflegten ausgelöste Belastungsgrade scheinen das Risiko des Auftretens von Gewalt seitens des Pflegenden zu erhöhen.

BELASTUNG DURCH LAUNEN DES GEPFLEGTEN	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
KEINE	5	9	4	18
LEICHT	0	2	5	7
MITTEL	1	1	5	7
N =	6	12	14	32

Tabelle 94: Zusammenhang: Grad der beim Pflegenden durch Launen des Gepflegten ausgelösten Belastung / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens des Pflegenden (Median):

- bei keiner Belastung durch Launen des Gepflegten: einmal im Monat
- bei leichter Belastung durch Launen des Gepflegten: einmal in der Woche
- bei starker Belastung durch Launen des Gepflegten: mehrmals in der Woche

6.2.3 Grund der Übernahme der Pflege und Beurteilung des Pflegeerfolges

Grund Übernahme der Pflege / Gewalt Pflegenden

Gepflegte Personen, welche der Ansicht waren, dass ihr Partner die Pflege aus Liebe oder tiefer Zuneigung heraus übernommen hätte, berichteten in 12 von 16 Fällen (75 %) darüber, Gewalt von Seiten des Pflegenden ausgesetzt gewesen zu sein. Wurden als Hauptmotive der Pflegeübernahme moralische Gründe wie Verantwortungsgefühl oder das gegebene Eheversprechen genannt, schilderten 13 von 15 Personen (86,7 %), dass sie in der Vergangenheit Opfer von Gewalt wurden.

Eine Übernahme der Pflege aus emotionalen Gründen scheint das vom Pflegenden ausgehende Gewaltrisiko leichtgradig zu mindern.

GRÜNDE	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
VERANTWORTUNG/ EHEVERSPRECHEN	2	13	15
LIEBE, ZUNEIGUNG	4	12	16
N =	6	25	31

Tabelle 95: Zusammenhang: Hauptgrund der Pflegeübernahme / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Liebe als Grund der Pflegeübernahme: 25 % der Pflegenden übten keine Gewalt aus
 Moralische Gründe der Pflegeübernahme: 13,3 % der Pflegenden übten keine Gewalt aus

Beurteilung des Pflegeerfolges / Gewalt des Gepflegten

In der Gruppe der Gepflegten, welche angaben, dass es falsch gewesen sei, dass der Partner ihre Pflege übernommen habe, wurde in keinem Fall darüber berichtet, dass es bisher zu keiner Gewalt gegenüber dem Pflegenden gekommen sei. Die gepflegten Personen, welche die Pflegeübernahme durch den Partner als richtig ansahen, gaben in 14 von 28 Fällen (50 %) an, dass es von ihrer Seite bislang zu keiner Gewalt gegenüber dem Partner gekommen sei.

ENTSCHEIDUNG ZUR PFLEGEÜBERNAHME	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
RICHTIG	14	12	2	28
FALSCH	0	2	2	4
N =	14	14	4	32

Tabelle 96: Zusammenhang: Beurteilung des Pflegeerfolges / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Beurteilung des Pflegeerfolges / Gewalt des Pflegenden

In der Gruppe der Gepflegten, welche angaben, dass es falsch gewesen sei, dass der Partner ihre Pflege übernommen habe, berichtete keine von vier Personen, dass es bisher zu keiner Gewalt gegenüber dem Pflegenden gekommen sei. Die gepflegten Personen, welche die Pflegeübernahme durch den Partner als richtig ansahen, gaben in sechs von 28 Fällen (21,4 %) an, dass es von Seiten des Pflegenden bislang zu keiner Gewalt gekommen sei.

Eine negative Beurteilung des Pflegeerfolges scheint häufiger mit dem Auftreten von Gewalt seitens der Betroffenen verbunden zu sein. Ob die Übernahme der Pflege durch den Partner richtig gewesen sei, könnte unter anderem davon abhängen, ob bislang Gewalt im Rahmen der Pflege aufgetreten ist.

ENTSCHEIDUNG ZUR PFLEGEÜBERNAHME	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
RICHTIG	6	11	11	28
FALSCH	0	1	3	4
N =	6	12	14	32

Tabelle 97: Zusammenhang: Beurteilung des Pflegeerfolges / Gewalt von Seiten des Pflegenden

6.2.4 Ausmaß der Sozialkontakte sowie der genutzten Hilfen

Häufigkeit, mit der Hilfen Anderer genutzt wurden / Gewalt Gepflegter

Wurden im Rahmen der Pflege Hilfen durch andere Personen in Anspruch genommen, berichteten 12 von 24 gepflegten Personen (50 %) darüber, dass in der Vergangenheit von ihrer Seite Gewalt gegenüber dem Pflegenden ausgeübt wurde.

Wurden keine Hilfen von außen zusätzlich genutzt, wurde von sechs von acht gepflegten Personen (75 %) darüber berichtet, dass sie gegenüber der pflegenden Person als Gewaltanwender auftraten.

Trat Gewalt von Seiten des Gepflegten auf, wurde in 6 von 18 Fällen (33 %) keine Hilfe durch andere Personen in Anspruch genommen, trat keine Gewalt auf, lag dieser Anteil bei 16,7 % (2 von 14 Personen).

Es fiel somit auf, dass Gewalt von Seiten des Gepflegten häufiger auftrat, wenn Hilfe nicht in Anspruch genommen wurde.

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HILFE IN ANSPRUCH GENOMMEN	12	10	2	24
HILFE NICHT IN AN- SPRUCH GENOMMEN	2	4	2	8
N =	14	14	4	32

Tabelle 98: Zusammenhang: Ausmaß der von anderen in Anspruch genommenen Hilfen / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Häufigkeit, mit der Hilfen Anderer genutzt wurden / Gewalt Pflegender

Wurden im Rahmen der Pflege Hilfen durch andere Personen in Anspruch genommen, berichteten 19 von 24 gepflegten Personen (79,2 %) darüber, dass sie in der Vergangenheit Opfer von Gewalt von Seiten ihres Partners gewesen seien.

Wurden keine Hilfen von außen zusätzlich genutzt, wurde von 7 von 8 gepflegten Personen (87,5 %) darüber berichtet, dass sie Gewalt von Seiten der Pflegenden empfangen hätten.

In jener Gruppe, welche keine fremde Hilfe angenommen hatte, wurde prozentual am häufigsten über häufig vom Pflegenden ausgehende Gewalt geklagt (62,5 %).

Es fiel somit auf, dass Gewalt von Seiten des Pflegenden geringgradig häufiger auftrat, wenn Hilfe nicht in Anspruch genommen wurde.

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HILFE IN ANSPRUCH GENOMMEN	5	10	9	24
HILFE NICHT IN AN- SPRUCH GENOMMEN	1	2	5	8
N =	6	12	14	32

Tabelle 99: Zusammenhang: Ausmaß der von anderen in Anspruch genommenen Hilfen / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Inanspruchnahme eines Sozialdienstes / Gewalt von Seiten des Gepflegten und Pflegenden

Wurde ein Sozialdienst in Anspruch genommen, berichtete die gepflegte Person in fünf von acht Fällen (62,5 %) über eigene, in sieben von acht Fällen (87,5 %) über Gewalt von Seiten der pflegenden Person.

Wurde keine Hilfe eines Sozialdienstes genutzt, wurde in 13 von 24 Fällen (54,2 %) über eigene, in 19 von 24 Fällen (79,2%) über Gewalt von Seiten der pflegenden Person berichtet. Es fiel somit auf, dass bei Nutzung eines Sozialdienstes häufiger von beiden Seiten ausgehende Gewalt erkennbar war.

	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
SOZIALDIENST	3	5	8
KEIN SOZIALDIENST	11	13	24
N =	14	18	32

Tabelle 100: Zusammenhang: Inanspruchnahme eines Sozialdienstes / Gewalt von Seiten des Gepflegten

	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
SOZIALDIENST	1	7	8
KEIN SOZIALDIENST	5	19	24
N =	6	26	32

Tabelle 101: Zusammenhang: Inanspruchnahme eines Sozialdienstes / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Gepflegten und Pflegenden

Wurde eine Selbsthilfegruppe aufgesucht, berichtete die gepflegte Person in sieben von 13 Fällen (53,8 %) über eigene, in 11 von 13 Fällen (84,6 %) über Gewalt von Seiten der pflegenden Person.

Bei Nichtaufsuchen einer Selbsthilfegruppe, wurde in 11 von 19 Fällen (57,9 %) über eigene, in 15 von 19 Fällen (78,9 %) über Gewalt von Seiten der pflegenden Person berichtet.

Eine Tendenz, dass der Besuch einer Selbsthilfegruppe das Gewaltrisiko reduzieren würde, ließ sich nicht erkennen.

	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
SELBSTHILFEGRUPPE	6	7	13
KEINE SELBSTHILFEGRUPPE	8	11	19
N =	14	18	32

Tabelle 102: Zusammenhang: Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Gepflegten

	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
SELBSTHILFEGRUPPE	2	11	13
KEINE SELBSTHILFEGRUPPE	4	15	19
N =	6	26	32

Tabelle 103: Zusammenhang: Besuch einer Selbsthilfegruppe / Gewalt von Seiten des Pflegenden

6.2.5 Alter

Alter des Gepflegten / Gewalt Geflegter

Gepflegte Personen, welche schilderten, dass sie in der Vergangenheit Gewalt gegenüber ihrem Partner ausgeübt haben, zeigten sich durchschnittlich jünger (Median: 65 Jahre) als jene, welche angaben, bislang gegenüber dem Partner nicht als Gewaltanwender aufgetreten zu sein (Median: 71 Jahre). Hinsichtlich dieses Unterschieds ließ sich im Wilcoxon-Test ein p-Wert von 0,079 bestimmen.

Bei Angabe von Gewalt, welche mindestens einmal pro Woche auftrat, lag das Durchschnittsalter (Median) bei 62 Jahren, bei seltener als einmal pro Woche auftretender Gewalt bei 69 Jahren. Lag keine Gewalt von Seiten des Gepflegten vor, betrug das Durchschnittsalter 71 Jahre. Mit steigendem Alter der gepflegten Person nahm die Häufigkeit von deren Seite auftretender Gewalt somit ab.

PROBLEMVERHALTEN	MEDIAN ALTER
VORHANDEN	65 JAHRE
NICHT VORHANDEN	71 JAHRE

p = 0,079 (Wilcoxon)

PROBLEMVERHALTEN	MEDIAN ALTER
NIE	71 JAHRE
SELTEN	69 JAHRE
HÄUFIG	62 JAHRE

Tabelle 104: Zusammenhang: Alter des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten

6.2.6 Schulabschluss und Ausbildungsgrad

Schulabschluss Gepflegter / Gewalt des Gepflegten

Gepflegte Personen, welche einen Hauptschulabschluss aufwiesen, gaben in 11 von 15 Fällen (73,3 %) an, Gewalt gegenüber ihrem Partner ausgeübt zu haben. Jene mit Realschulabschluss berichteten in vier von neun Fällen (44,4 %), jene mit gymnasialem Abschluss in drei von acht Fällen (37,5 %) über eigene Gewalt.

Der Trend, dass sich mit steigendem Schulabschluss das Gewaltrisiko von Seiten des Gepflegten verringert, ließ sich erkennen.

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HAUPTSCHULE	4	10	1	15
REALSCHULE	5	2	2	9
GYMNASIUM	5	2	1	8
N =	14	14	4	32

Tabelle 105: Zusammenhang: Schulabschluss des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Ausbildungsgrad des Gepflegten / Gewalt des Gepflegten

Gepflegte Personen, welche keine Lehre oder sonstige Ausbildung absolviert hatten, gaben in 3 von 4 Fällen (75 %) an, Gewalt gegenüber ihrem Partner ausgeübt zu haben. Jene mit abgeschlossener Lehre berichteten darüber in 12 von 21 Fällen (52,4 %), jene mit abgeschlossenem Studium in 3 von 7 Fällen (42,9 %).

Auch in diesem Fall ließ sich ein gewisser Trend erkennen, dass sich mit steigendem Ausbildungsgrad das Gewaltrisiko von Seiten des Gepflegten verringert.

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
UNGELERNT	1	2	1	4
LEHRE	9	10	2	21
STUDIUM	4	2	1	7
N =	14	14	4	32

Tabelle 106: Zusammenhang: Ausbildung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Ausbildungsgrad des Gepflegten / Gewalt des Pflegenden

Gepflegte Personen, welche keine Lehre oder sonstige Ausbildung absolviert hatten, gaben in drei von vier Fällen (75 %) an, Gewalt durch ihren Partner erfahren zu haben. Jene mit abgeschlossener Lehre berichteten in 18 von 21 Fällen (85,7 %), jene mit abgeschlossenem Studium in fünf von sieben Fällen (71,4 %) darüber, dass sie Gewalt erfahren hätten.

Ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad des Gepflegten und der Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt, welche vom Pflegenden ausgeht, konnte nicht nachgewiesen werden. Es fiel jedoch auf, dass prozentual am häufigsten jene Gepflegten Gewalt von Seiten ihres Partners ausgesetzt waren, welche den höchsten Ausbildungsgrad aufwiesen (57,1 %). In der Gruppe mit abgeschlossener Lehre betrug dieser Anteil 42,9 %, bei jenen ohne abgeschlossene Ausbildung 25 %.

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
UNGELERNT	1	2	1	4
LEHRE	3	9	9	21
STUDIUM	2	1	4	7
N =	6	12	14	32

Tabelle 107: Zusammenhang: Ausbildung des Gepflegten / Gewalt von Seiten des Pflegenden

6.2.7 Persönlichkeitseigenschaften

Ausmaß sozialer Verantwortlichkeit des Pflegenden / Gewalt Pflegender

Gepflegte Personen, welche angaben, dass sie Gewalt von Seiten des Pflegenden erfahren hätten, beschrieben den Pflegenden im Durchschnitt als etwas weniger sozial verantwortlich (Median: 2) als jene, die sich keiner Gewalt ausgesetzt sahen (Median: 3).

Mit Einschätzung eines höheren Grades an sozialer Verantwortung des Pflegenden zeigte sich von dessen Seite ein geringgradig niedrigeres Risiko des Auftretens von Gewalt.

AUFTRETENSHÄUFIGKEIT GEWALT	-2	-1	0	1	2	3	N =
NIE	0	0	0	0	2	4	6
SELTEN	1	2	1	1	4	3	12
HÄUFIG	1	1	1	1	7	3	14
N =	2	3	2	2	13	10	32

Tabelle 108: Zusammenhang: Einschätzung des Ausmaßes der sozialen Verantwortung des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittlicher Grad der sozialen Verantwortlichkeit des Pflegenden (Median):

- bei Pflegenden, von denen Gewalt ausging: 2
- bei Pflegenden, von denen keine Gewalt ausging: 3

Ausmaß der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden / Gewalt Pflegender

Wurde von der gepflegten Person über keine von Seiten des Pflegenden ausgehende Gewalt berichtet, wurde der Grad der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden durchschnittlich niedriger (Median: -1) als bei Schilderung selten (Median: 0) oder häufig auftretender Gewalt (Median: 1) eingestuft.

Gewaltanwender aus der Gruppe der Pflegenden wiesen nach Einschätzung des Partners somit hinsichtlich ihrer Persönlichkeit einen höheren Grad an psychischer Erregbarkeit auf.

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	-3	-2	-1	0	1	2	N =
NIE	0	3	1	0	1	1	6
SELTEN	1	3	2	1	2	3	12
HÄUFIG	1	4	1	1	3	4	14
N =	2	10	4	2	6	8	32

Tabelle 109: Zusammenhang: Einschätzung des Ausmaßes der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden

Durchschnittlicher Grad der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden (Median):

- bei Pflegenden, von denen keine Gewalt ausging: -1
- bei Pflegenden, von denen selten Gewalt ausging: 0
- bei Pflegenden, von denen häufig Gewalt ausging: 1

Ausmaß der Klagsamkeit des Pflegenden / Gewalt Gepflegter

Wurde von Gepflegten über eigene Gewalt berichtet, schätzten sie die Klagsamkeit des Pflegenden durchschnittlich niedriger ein (Median: -2) als wenn keine eigene Gewalt angegeben wurde (Median: 0).

Höhere Grade der Klagsamkeit des Pflegenden waren somit seltener mit Gewalt von Seiten des Gepflegten verbunden.

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	-3	-2	-1	0	1	2	N =
NIE	2	4	1	1	5	1	14
SELTEN	4	6	2	1	1	0	14
HÄUFIG	0	3	0	1	0	0	4
N =	6	13	3	3	6	1	32

Tabelle 110: Zusammenhang: Einschätzung des Ausmaßes der Klagsamkeit des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Durchschnittlicher Grad der Klagsamkeit des Pflegenden (Median):

- bei Gepflegten, von denen keine Gewalt ausging: 0
- bei Pflegenden, von denen selten / häufig Gewalt ausging: -2

6.2.8 Eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität

Eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität / Gewalt Gepflegter

Bestand die Ansicht, dass sich im Rahmen der Pflegesituation die Qualität der Partnerschaft verbessert habe, wurde in vier von 10 Fällen (40 %) über eigene Gewalt gegenüber dem Pflegenden berichtet. Bei Angabe einer unveränderten Partnerschaftsqualität berichteten acht von 14 gepflegten Personen (57,1 %), einer sich verschlechtert habenden Partnerschaft sechs von acht Gepflegte (75 %) von Gewalt gegenüber der pflegenden Person.

Eine positivere Sichtweise der im Rahmen der Pflege eingetretenen Veränderung der Partnerschaftsqualität zeigte sich seltener mit Gewalt von Seiten des Gepflegten verbunden.

ÄNDERUNG PARTNERSCHAFT	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
BESSER	6	4	0	10
UNVERÄNDERT	6	6	2	14
SCHLECHTER	2	4	2	8
N =	14	14	4	32

Tabelle 111: Zusammenhang: Im Rahmen der Pflege eingetretene Änderung der Partnerschaftsqualität / Gewalt von Seiten des Gepflegten

Eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität / Gewalt Pflegender

Wurde die Ansicht vertreten, dass sich im Rahmen der Pflegesituation die Qualität der Partnerschaft verbessert habe, wurde in sechs von 10 Fällen (60 %) über Gewalt von Seiten des Pflegenden berichtet. Bei Angabe einer unveränderten Partnerschaftsqualität berichteten 13 von 14 gepflegte Personen (92,9 %), einer sich verschlechtert habenden Partnerschaft sieben von acht Gepflegte (87,5 %) von Gewaltanwendungen durch die pflegende Person.

Es ließ sich erkennen, dass eine sich nach Eintritt der Pflegesituation ausgebildet habende positive Änderung der Partnerschaftsqualität seltener mit Gewalt von Seiten des Pflegenden verbunden war.

ÄNDERUNG PARTNERSCHAFT	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
BESSER	4	3	3	10
UNVERÄNDERT	1	8	5	14
SCHLECHTER	1	1	6	8
N =	6	12	14	32

Tabelle 112: Zusammenhang: Im Rahmen der Pflege eingetretene Änderung der Partnerschaftsqualität / Gewalt von Seiten des Pflegenden

6.3 Vergleich der Aussagen der gepflegten und pflegenden Personen

6.3.1 Gesundheitszustand

Gesundheitszustand der gepflegten Person

Es fiel auf, dass pflegende Personen den Gesundheitszustand des Gepflegten im Durchschnitt (Median: zufriedenstellend) besser einschätzten als diese selbst (Median: weniger gut) - siehe Anhang B.

Tabelle 113 stellt die Differenzen zwischen den Einschätzungen der pflegenden und gepflegten Person eines Pflegeduals dar (Einschätzung der pflegenden Person - Einschätzung der gepflegten Person). Auch hier lässt sich erkennen, dass lediglich sechs pflegende Personen den Gesundheitszustand der gepflegten Person schlechter, jedoch in 16 Fällen besser eingeschätzt hatten als ihr Partner.

Differenz der Angaben	-1	0	1	2
Anzahl der Personen	6	10	12	4

Tabelle 113: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes der gepflegten Person

Gesundheitszustand der pflegenden Person

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes der pflegenden Person ließ sich erkennen, dass die gepflegte Person diesen im Durchschnitt (Median: gut) besser einschätzte als die pflegende Person selbst (Median: zufriedenstellend) - siehe Anhang B.

Tabelle 114 stellt die Differenzen zwischen den Einschätzungen der pflegenden und gepflegten Person eines Pflegeduals dar (Einschätzung der pflegenden Person - Einschätzung der gepflegten Person). Es lässt sich erkennen, dass 13 pflegende Personen ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter und nur sechs pflegende Personen diesen besser als ihr Partner eingeschätzt hatten.

Differenzen der Angaben	-2	-1	0	1	2	3
Anzahl der Personen	1	12	13	5	0	1

Tabelle 114: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes der pflegenden Person

6.3.2 Die Kennzeichen und Belastungen (körperlich und psychisch) der Pflege betreffend

Die Zeit der Pflege

Die gepflegten Personen schätzten den für den Partner entstehenden zeitlichen Pflegeaufwand im Schnitt niedriger (arithmetisches Mittel: 5,19 Stunden) ein als die Betroffenen selbst (5,88 Stunden). Ergebnisse sind in Tabelle 34 integriert.

Hinsichtlich der Differenzen zwischen den Einschätzungen der gepflegten und pflegenden Person zeigte sich, dass 13 pflegende Personen den zeitlichen Pflegebedarf niedriger, 15 diesen höher als die gepflegte Person einstufen. Die höchsten Differenzen zeigten sich in den Fällen, in welchen die pflegende Person den Pflegeaufwand größer einschätzte als der Gepflegte.

Differenzen der Angaben	-4	-3,5	-2,5	-2	-1	-0,5	0	0,5
Anzahl der Personen	2	2	1	1	3	4	4	2

Differenzen der Angaben	1,5	2	2,5	3,5	4	5	8,5
Anzahl der Personen	3	2	1	2	1	3	1

Tabelle 115: Differenzen bezüglich der Einschätzung des zeitlichen Pflegeaufwandes

Grad der durch die Pflege entstehenden körperlichen Belastung

Die gepflegten Personen schätzten die sich für den Partner durch die Pflege ergebende körperliche Belastung im Schnitt etwas höher (arithmetisches Mittel: 5,63) ein als die Betroffenen selbst (arithmetisches Mittel: 5,38). Die Ergebnisse sind in Tabelle 36 integriert. Hinsichtlich der Differenzen zwischen den Einschätzungen der gepflegten und pflegenden Person zeigte sich, dass 15 pflegende Personen die körperliche Belastung niedriger, 13 diese höher als die gepflegte Person einstufen. Die höchsten Differenzen zeigten sich in den Fällen, in welchen die gepflegte Person den Grad der körperlichen Belastung höher eingeschätzt hatte.

Differenzen der Angaben	-5,5	-5	-4	-3,5	-3	-2	-1	-0,5
Anzahl der Personen	1	1	2	1	2	1	6	1

Differenzen der Angaben	0	1	2	2,5	3	3,5	4	N=
Anzahl der Personen	4	5	2	2	1	1	2	32

Tabelle 116: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Grades der durch die Pflege resultierenden körperlichen Belastung

Der körperlichen Belastung zugrundeliegende Faktoren

Bei Betrachtung jener Tätigkeiten, welche der körperlichen Belastung zugrunde lagen, fiel auf, dass gepflegte Personen insbesondere die durch die Haushaltstätigkeit entstehende Belastung überbewerteten, dagegen nächtliche Belastungen durch die Pflege eher unterschätzten.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N =
Nächtliche Belastung	1	0	4	19	6	1	1	32
Haushalt	0	3	9	13	5	2	0	32
Anziehen	0	5	3	17	5	1	1	32
Lagewechsel	0	3	3	22	4	0	0	32

Tabelle 117: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Intensitätsgrades verschiedener körperlicher Belastungsfaktoren

Grad der durch die Pflege entstehenden psychischen Belastung

Die gepflegten Personen schätzten die sich durch die Pflege für den pflegenden Partner ergebende psychische Belastung im Schnitt niedriger (arithmetisches Mittel: 5,61) ein als die Betroffenen selbst (arithmetisches Mittel: 6,78). Die Ergebnisse sind in Tabelle 39 dargestellt. Hinsichtlich der Differenzen zwischen den Einschätzungen der gepflegten und pflegenden Person zeigte sich, dass 11 pflegende Personen (34,4 %) den Grad der psychischen Belastung niedriger, 17 (53,1 %) diesen höher als die gepflegte Person einstufte. Die höchsten Differenzen zeigten sich in den Fällen, in welchen die gepflegte Person den Grad der psychischen Belastung niedriger eingeschätzt hatte.

Differenzen der Angaben	-7	-5	-2	-1	0	0,5	1	1,5
Anzahl der Personen	1	1	3	6	4	1	2	2

Differenzen der Angaben	2	3	4	6	6,5	7	9	N=
Anzahl der Personen	1	5	1	1	2	1	1	32

Tabelle 118: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Grades der durch die Pflege resultierenden psychischen Belastung

Der psychischen Belastung zugrundeliegende Faktoren

Bezüglich einzelner Faktoren, welche die psychische Belastung für den Pflegenden hervorrufen können, ließ sich erkennen, dass die gepflegte Person häufiger unter- (17 Personen) als überschätzte (8 Personen), was die Perspektive einer lange andauernden Pflege für den Partner bedeutet. Der durch die Pflege resultierende Verzicht auf anderweitige Aktivitäten wurde ebenfalls häufiger unter- (15 Personen) als überschätzt (7 Personen). Auch hinsichtlich der Auswirkungen eigener Launen auf den psychischen Belastungsgrad des Pflegenden unter-schätzten mehr gepflegte Personen (n = 10) diesen Faktor, nur sechs gepflegte Personen überschätzten diesen.

Hinsichtlich des Faktors Ungeduld fiel lediglich auf, dass gepflegte Personen, welche dessen Auswirkungen auf das psychische Befinden des Partners unterschätzten, das Ausmaß der Unterschätzung etwas höher lag als in der Gruppe jener, die den Faktor der eigenen Ungeduld überschätzten.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N =
Verzicht	2	2	3	10	10	4	1	32
Ungeduld des Gepflegten	0	0	10	12	7	3	0	32
Launen des Gepflegten	0	1	5	16	6	2	2	32
Perspektive	1	3	4	7	11	4	2	32
Schlafstörung	1	4	3	14	4	5	1	32

Tabelle 119: Differenzen bezüglich der Einschätzung des Intensitätsgrades verschiedener psychischer Belastungsfaktoren

6.3.3 Beurteilung der Richtigkeit der Entscheidung, die Pflege übernommen zu haben

Vier der gepflegten Personen (12,5%) gaben an, dass es falsch gewesen sei, dass der Partner die Pflege übernommen habe. Demgegenüber gaben nur zwei pflegende Personen (6,3 %) an, die Entscheidung zur Pflegeübernahme sei falsch gewesen.

6.3.4 Im Rahmen der Pflege eingetretene Änderung der Partnerschaftsqualität

Dreizehn pflegende Personen (40,6 %) teilten mit, dass es im Rahmen der Pflegesituation zu einer Verschlechterung der Beziehungsqualität gekommen sei. Fünf Pflegende (15,6 %) gaben an, die Beziehung habe sich verbessert.

Von Seiten der gepflegten Personen wurde ein positiveres Bild der Entwicklung der Beziehung gezeichnet. Nur acht Gepflegte (25 %) gaben an, die Beziehung habe sich verschlechtert, immerhin 10 gepflegte Personen (31,3 %) berichteten darüber, dass sich die

Beziehungsqualität im Rahmen der Pflege gebessert habe. Die Ergebnisse sind im Anhang B dargestellt.

In 11 Fällen wies die pflegende Person eine schlechtere Einschätzung der Qualität der Partnerschaft, in drei Fällen eine bessere, in 18 Fällen dieselbe Einschätzung auf.

Differenzen der Angaben	-2	-1	0	1	2	N =
Anzahl der Personen	0	3	18	9	2	32

Tabelle 120: Differenzen bezüglich der Einschätzung, wie sich die Partnerschaftsqualität im Rahmen der Pflege verändert hat

6.3.5 Die Häufigkeiten auftretender Gewalt betreffende Faktoren

Häufigkeit des Auftretens von Seiten des Gepflegten ausgehender Gewalt

Es fiel auf, dass sowohl von den gepflegten wie auch den pflegenden Personen im Schnitt über seltener als einmal im Monat von Seiten der gepflegten Person auftretende Gewalt berichtet wurde. Bei genauerer Betrachtung ließ sich jedoch erkennen, dass gepflegte Personen seltener (4 Personen, 12,5%) angaben, dass von ihnen häufig (mindestens einmal pro Woche) Gewalt gegenüber der pflegenden Person ausgeübt wurde. Pflegende Personen hatten dagegen in 10 Fällen (31,3 %) angegeben, dass sie häufig Gewalt von Seiten des gepflegten Partners ausgesetzt gewesen seien (siehe Anhang B).

Gepflegte Personen berichteten in acht Fällen häufiger, in 12 Fällen seltener als der Partner über Gewalt von Seiten der gepflegten Person.

Zusammengefasst ließ sich konstatieren, dass gepflegte Personen, welche über eigene Gewalt berichteten, diese seltener beschrieben als diese von Seiten der Pflegenden beklagt wurde.

Differenzen der Angaben	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Anzahl der Personen	3	1	1	4	3	12	4	1	2	0	1

Tabelle 121: Differenzen bezüglich der Einschätzung, wie häufig es im Rahmen der Pflege zu Gewaltanwendungen von Seiten des Gepflegten gekommen ist

Häufigkeit des Auftretens von Seiten des Pflegenden ausgehender Gewalt

Gepflegte Personen berichteten durchschnittlich etwas seltener (Median: mehrmals im Monat) als die pflegenden Personen (Median: einmal pro Woche) über von Seiten der pflegenden Person auftretende Gewalt. Deutlich mehr gepflegte (6 von 32, 18,8 %) als pflegende Personen (2 von 32, 6,3 %) gaben an, dass die pflegende Person in der Partnerschaft bislang nicht als Gewaltanwender aufgetreten sei. Über das häufige Auftreten von Gewalt von Seiten des Pflegenden (zumindest einmal wöchentlich) berichteten 14 gepflegte (43,8 %) und 18 pflegende Personen (56,3 %). Die Ergebnisse sind im Anhang B dargestellt.

Gepflegte Personen berichteten in 6 Fällen häufiger, in 16 Fällen seltener als der Partner über Gewalt von Seiten der pflegenden Person.

Zusammengefasst ließ sich erkennen, dass die gepflegten Personen deutlich seltener Gewalt von Seiten des Pflegenden beschrieben als diese selbst.

Differenzen der Angaben	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Anzahl der Personen	2	1	2	2	9	10	3	2	0	0	1

Tabelle 122: Differenzen bezüglich der Einschätzung, wie häufig es im Rahmen der Pflege zu Gewaltanwendungen von Seiten des Pflegenden gekommen ist

6.3.6 Darstellung, welche Person in Gewaltsituationen von den Beteiligten als Auslöser betrachtet wurde

Es fiel auf, dass sowohl hinsichtlich von Seiten der pflegenden als auch der gepflegten Person ausgehender Gewalt im Einzelfall der Grund häufiger in der gepflegten als in der pflegenden Person gesehen wurde. Bei Gewalt von Seiten der pflegenden Person gaben Pflegende in 64 von 80 Fällen (80 %) und Gepflegte in 28 von 52 Fällen (53,9 %) den Gepflegten als ursächlich an. Die Fallzahlen beziehen sich dabei auf die Gesamtzahl genannter Ursachen, wobei Mehrfachantworten möglich waren.

Bezüglich Gewalt von Seiten der gepflegten Person gaben Pflegende in 32 von 43 Fällen (74,4 %) und Gepflegte in 13 von 29 Fällen (44,8 %) den Gepflegten als ursächlich für Gewalt an.

Nur selten wurde der Grund auftretender Gewalt in beiden Personen begründet gesehen. Hinsichtlich von Seiten der pflegenden Person ausgehender Gewalt gaben Pflegende in sieben von 80 Fällen (8,8 %) und Gepflegte in drei von 52 Fällen (5,8 %) beide Partner als ursächlich für Gewalt an.

Bezüglich Gewalt von Seiten der gepflegten Person gaben Pflegende in zwei von 43 Fällen (4,7 %) und Gepflegte in fünf von 29 Fällen (17,2 %) an, beide seien am Zustandekommen der Gewalt beteiligt gewesen.

Insbesondere die Ansicht, dass Pflegende den Partner als vornehmliche Ursache eigener Gewalt ansahen, scheint nach Befragung der Partner und der im Rahmen der Interviews gemachten Erfahrungen zumindest fragwürdig. Das Erkennen eigener Anteile an der Gewaltentstehung scheint ausbaufähig.

Abbildung 27: Person, welche als ursächlich für Gewalt von Seiten des Pflegenden angesehen wurde

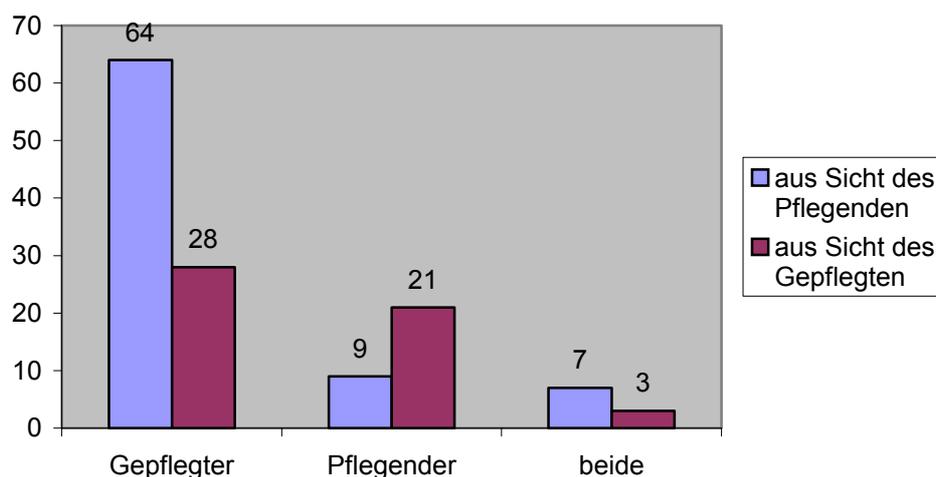
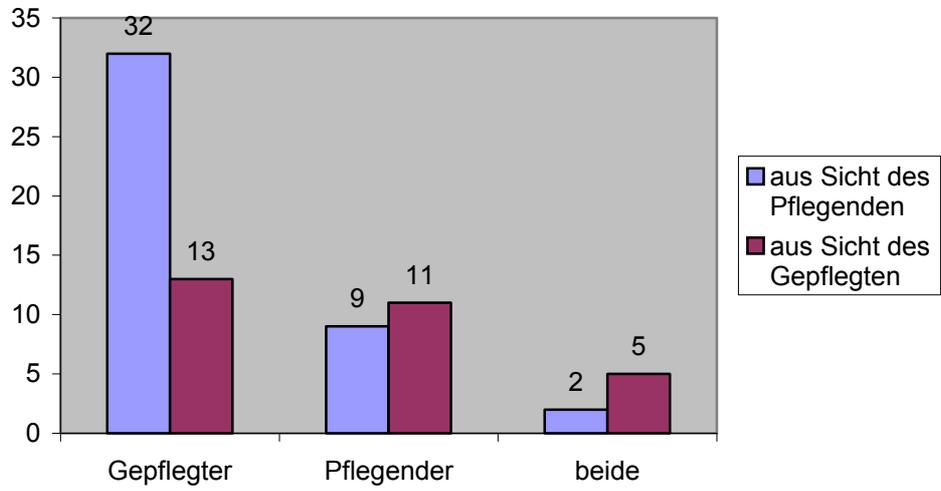


Abbildung 28: Person, welche als ursächlich für Gewalt von Seiten des Gepflegten angesehen wurde



6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Hinsichtlich vom Pflegenden als auch dem Gepflegten ausgehender Gewalt konnten in der Studie hohe Häufigkeiten des Auftretens festgestellt werden. Trotz der Tatsache, dass gepflegte Personen seltener als die Pflegenden als Gewaltanwender auftraten, ging auch von ihnen in der Mehrzahl der Fälle (nach Angaben der Pflegenden 64 %, der Betroffenen selbst 56,3 %) Gewalt aus.

Sowohl vom Gepflegten als auch dem Pflegenden wurden verbale Aggressionen (Schreien, seltener auch Schimpfworte) am häufigsten geschildert. Körperliche Gewalt und das Aussprechen von Drohungen gingen wesentlich häufiger vom Pflegenden aus. Finanzielle Schädigungen oder sexueller Missbrauch stellten die Ausnahmen dar, das Einengen des Spielraums des Anderen wurde nur von pflegenden Personen praktiziert.

Trotz teils voneinander divergierender Ergebnisse der Befragungen der pflegenden und gepflegten Personen ließen sich Einflussfaktoren erkennen, welche einen Effekt auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt aufzuweisen schienen.

Der Gesundheitszustand der betroffenen Personen, die Art der zur Pflege geführt habenden Erkrankung sowie das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung schienen Auswirkungen auf das Gewaltrisiko zu haben.

Ein schlechterer Gesundheitszustand beider Beteiligten zeigte sich dabei als Risikofaktor für das Auftreten von beiden Betroffenen ausgehender Gewalt. Beim Vergleich der zur Pflege geführt habenden Erkrankung fiel auf, dass das Vorliegen einer Parkinson'schen Erkrankung seltener mit Gewalt einherging als Schlaganfälle oder demenzielle Erkrankungen.

Bei Vorhandensein einer psychischen Erkrankung der gepflegten oder pflegenden Personen zeigte sich das Vorkommen von Gewalt seitens des Pflegenden deutlich erhöht. Während dabei bei den pflegenden Personen Depressionen und Angsterkrankungen im Vordergrund standen, wurden hinsichtlich der gepflegten Personen in sieben Fällen auch über psychotische Symptome berichtet.

Ein damit in Verbindung stehender Faktor war die Art des Umgangs des Gepflegten mit seiner Erkrankung, welche auch wesentlich die Krankheitsverarbeitung des Betroffenen mitbestimmte. Wurde die Erkrankung akzeptiert, was im Rahmen der Interviews auch als suffiziente Krankheitsverarbeitung beschrieben wurde, trat Gewalt sowohl von Seiten der gepflegten als auch der pflegenden Person seltener auf.

Als zweiter Themenkomplex, welcher Faktoren beinhaltet, welche das Gewaltisiko zu beeinflussen schienen, ließ sich das Ausmaß der im Rahmen der Pflege auftretenden Belastungen bestimmen.

Während das Auftreten von Gewalt von Seiten beider Betroffener mit einem etwas höheren Zeitbedarf der Pflege verbunden war, schienen höhere Grade der resultierenden körperlichen Belastung nur geringgradig häufiger mit dem Auftreten von Gewalt verbunden zu sein.

Das Ausmaß der von den Pflegenden selbst angegebenen psychischen Belastung erwies sich als aussagekräftiger. Höhere psychische Belastungsgrade waren deutlich häufiger mit Gewalt seitens der pflegenden Person verbunden.

Bei Beschreibung der den Belastungen zugrundeliegenden Faktoren ließ sich hinsichtlich der körperlichen Belastung ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Höhe der durch Lagewechsel entstehenden Belastung und der Auftretenshäufigkeit von Gewalt seitens der gepflegten Person erkennen. Höhere psychische Belastungsgrade durch Launen und Ungeduld des Gepflegten waren häufiger mit Gewalt von Seiten beider betroffener Personen verbunden. Gewaltanwender sowohl aus der pflegenden als auch gepflegten Gruppe wiesen zudem im Schnitt ein niedrigeres Lebensalter auf. Ein niedrigeres Lebensalter war zudem häufiger damit verbunden, dass die betreffende Person mehrere Gewaltarten ausübte.

Der Ausprägungsgrad bestimmter, vor allem bei der pflegenden Person vorliegenden Persönlichkeitseigenschaften ließ ebenfalls Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Gewalt erkennen.

Während eine ausgeprägte soziale Verantwortlichkeit der pflegenden Person das Auftreten von Gewalt etwas reduzierte, führte ein höherer Grad der psychischen Erregbarkeit der pflegenden Person zu einem von dieser Person ausgehenden erhöhten Gewaltisiko.

Höhere Grade der psychischen Erregbarkeit der gepflegten Person sowie der Klagsamkeit der pflegenden Person zeigten sich dagegen mit einem selteneren Auftreten von Gewalt seitens des Partners verbunden.

Während die vor Beginn der Pflegesituation bestehende Partnerschaftsqualität keinen Zusammenhang mit dem Auftreten von Gewalt aufwies, zeigte sich eine positive Einschätzung der im Rahmen der Pflege eingetretenen Partnerschaftsentwicklung mit dem selteneren Auftreten von Gewalt verbunden.

Hinsichtlich des Hauptgrundes der Pflegeübernahme zeigte sich der Grund „Liebe und Zuneigung“ seltener mit dem Auftreten von Gewalt verbunden als bei Übernahme der Pflege

aus moralischen Gründen. Eine positive Einschätzung des Pflegeerfolges war ebenfalls mit dem selteneren Auftreten von Gewalt verknüpft.

Kein genereller Einfluss ließ sich bezüglich der Auswirkungen des Ausmaßes von Sozialkontakten, der Nutzung von Hilfen und der Höhe des Schulabschlusses und des Ausbildungsgrades der Betroffenen erheben.

Während es mit zunehmender Häufigkeit alleiniger Sozialkontakte des Pflegenden wesentlich häufiger zum Auftreten von Gewalt von dessen Seite kam, verminderten gemeinsame Sozialkontakte mit Freunden dieses Risiko. Häufigere gemeinsame Kontakte zu Freunden schienen stattdessen das Gewaltrisiko seitens der gepflegten Person zu erhöhen.

Höhere Ausbildungsgrade des Pflegenden waren deutlich häufiger mit Gewalt von dessen Seite verbunden, ein gegenteiliger Zusammenhang konnte bezogen auf von der gepflegten Person ausgehende Gewalt festgestellt werden. Ein niedrigerer Schulabschluss der pflegenden Person zeigte sich zudem häufiger mit Gewalt von Seiten des Gepflegten verbunden.

Hinsichtlich der gepflegten Personen ließ sich erkennen, dass es mit steigendem Schulabschluss und Ausbildungsgrad seltener zu Gewalt von deren Seite kam.

Das Einbinden eines Sozialdienstes in die Pflege sowie der Besuch einer Selbsthilfegruppe bedeutete nicht, dass es zum selteneren Auftreten von Gewalt gekommen wäre. Wurden häufiger Hilfen von anderen in Anspruch genommen zeigte sich das Gewaltrisiko seitens des Gepflegten zum Teil sogar erhöht, seitens des Pflegenden nur so geringfügig reduziert, dass sich zusammengefasst kein sicherer gewaltmindernder Effekt der Häufigkeit des Nutzens von Hilfen durch andere konstatieren ließ.

Hinsichtlich der unterschiedlichen Einschätzungen verschiedener mit der Pflege, den damit einhergehenden Belastungen und dabei auftretender Gewalt zusammenhängender Sachverhalte durch die Beteiligten konnten einige interessante Ergebnisse erhoben werden.

Die gepflegten Personen schätzten demnach den zeitlichen Pflegebedarf etwas und den Grad der psychischen Belastung deutlich niedriger ein als die Pflegenden. Insbesondere die psychischen Belastungen „veränderte Lebensperspektive“ „Verzicht üben müssen“, „Launen des Gepflegten“ wurden von der gepflegten Person unterschätzt. Den Grad der körperlichen Belastung schätzten die gepflegten Personen im Schnitt stattdessen etwas höher ein als ihre Partner.

Die gepflegten Personen beurteilten zudem die im Rahmen der Pflege eingetretene Änderung der Partnerschaftsqualität positiver als ihre Partner.

Hinsichtlich auftretender Gewalt gaben die gepflegten Personen sowohl von ihnen selbst als auch ihrem Partner ausgehende Gewalt seltener als diese an.

Den Gesundheitszustand des anderen überschätzten beide Betroffenen, was mit zum Auftreten von Überforderungen beider Betroffener beigetragen haben dürfte.

Eine Untersuchung, ob stark divergierende Einschätzungen beider Betroffener hinsichtlich einzelner Parameter das Gewaltrisiko erhöhen würden, fiel negativ aus.

Bei der Ursachenzuschreibung auftretender Gewalt fiel auf, dass die pflegenden Personen in Situationen, welche zur Anwendung von Gewalt führten, die Ursache fast ausschließlich im Verhalten oder bestimmten Eigenschaften des Gepflegten sahen (80 % im Falle eigener Gewalt, 74,4 % im Falle von Gewalt seitens des Gepflegten). Eigene Anteile an der Gewaltentwicklung wurden von pflegender Seite kaum genannt oder erkannt.

Als situative Auslöser von Gewalt seitens der pflegenden Person wurden am häufigsten bestimmte Verhaltensweisen des Gepflegten (ständiges Fordern, Widerstand gegenüber Vernünftigem, Klammern, n = 37) und körperliche oder psychische Auffälligkeiten mit den dadurch bei den Beteiligten ausgelösten Empfindungen (abstoßende Krankheitsfolgen, Langsamkeit, n = 31) genannt. Als körperliche Defizite wurden Ungeschicklichkeit, Speichelfluss und Inkontinenz, als psychische Auffälligkeiten wahnhafte Eifersucht, Depression, Launenhaftigkeit und chronische Unzufriedenheit beschrieben.

Als sonstige Ursachen wurden eine allgemeine Überforderung, das momentane Befinden des Pflegenden und Streit genannt.

Das Problem, im Rahmen von Auseinandersetzungen oder primär bereits durch die Pflege überfordert zu sein und auftretende Dissonanzen dann zum Teil nicht mehr gewaltfrei bewältigen zu können, wurde hinsichtlich vom Pflegenden ausgehender Gewalt von 4 % der Pflegenden, jedoch 43,8 % der Gepflegten genannt.

Situative Auslöser von Gewalt von Seiten der gepflegten Person waren am häufigsten eine beim Gepflegten bestehende Unzufriedenheit (n = 24), Meinungsverschiedenheiten (n = 14), welche in sieben Fällen dadurch zustande gekommen waren, dass der Gepflegte nicht seinen Willen bekommen hatte, und Ungeduld des Gepflegten oder Pflegenden (n = 11). Als sonstige Ursachen wurden krankhafte Eifersucht bzw. psychotisches Erleben, sexuelle und

suchtbedingte Probleme, Schmerzen sowie die Reaktion auf Gewalt seitens des Partners genannt.

Während Suchtprobleme und das Heimzahlen von Dingen aus der Vergangenheit selten als Grundlagen immer wiederkehrender Gewalt genannt wurden, stellten die Folgen der Erkrankung der gepflegten Person (n = 30), die Veränderung bzw. Umkehr von Abhängigkeiten innerhalb des Pflegeduals (n = 20), Hoffnungslosigkeit (n = 20) und sexuelle Probleme (= 13) die am häufigsten beschriebenen Ursachen auftretender Gewalt dar.

Eine genaue Darstellung beschriebener sexueller Probleme, deren Folgen für die Partnerschaft und ihr Zusammenhang mit der Gewaltentstehung wird gesondert in einem Exkurs am Ende der Arbeit vorgenommen.

Zusammengefasst ließen sich einerseits Einzelfaktoren, andererseits aber auch bestimmte Problemfelder, in welchen Defizite vorhandener Bewältigungsmöglichkeiten zu Tage traten, und Differenzen in der Beurteilung bestimmter Sachverhalte durch die beiden am Pflegedual beteiligten Personen erkennen, welche Einflüsse auf die Gewaltentstehung aufweisen dürften. Das genaue Zahlenmaterial gibt die nachfolgende Zusammenfassung der wichtigsten erhobenen Untersuchungsergebnisse wieder.

6.4.2 Darstellung der wichtigsten Studienergebnisse

Vorhandensein von Gewalt seitens der gepflegten Person, Arten der Gewalt und Häufigkeit des Auftretens

Über Gewalt von Seiten des Gepflegten berichteten:

- 32 pflegende Personen (64 %)
- 18 gepflegte Personen (56,3 %)

Über mindestens einmal pro Woche, somit häufig auftretende, Gewalt seitens des Gepflegten berichteten:

- 19 pflegende Personen (38 %)
- 4 gepflegte Personen (12,5 %)

Am häufigsten wurde dabei über folgende Verhaltensweisen berichtet:

- 1) Schreien (Pfleger: n = 28, Gepflegte: n = 16)
- 2) Schimpfworte (Pfleger: 9, Gepflegte: n = 3)
- 3) Körperliche Gewalt (Pfleger: n = 7, Gepflegte: n = 3)
- 4) Aussprechen von Drohungen (Pfleger: n = 6, Gepflegte: n = 2)
- 5) Aggressives Fordern ohne Dank (Pfleger: n = 4)
- 6) Sexuell aggressives Verhalten (Pfleger: n = 3)

Vorhandensein von Gewalt seitens der pflegenden Person, Arten der Gewalt und Häufigkeit des Auftretens

Über Gewalt von Seiten des Pflegenden berichteten:

- 45 pflegende Personen (90 %)
- 26 gepflegte Personen (81,3 %)

Über mindestens einmal pro Woche, somit häufig auftretende, Gewalt seitens des Pflegenden berichteten:

- 30 pflegende Personen (60 %)
- 14 gepflegte Personen (43,8 %)

Am häufigsten wurde dabei über folgende Verhaltensweisen des Pflegenden berichtet:

- 1) Schreien (Pfleger: n = 42, Gepflegte: n = 24)
- 2) Aussprechen von Drohungen (Pfleger: n = 18, Gepflegte: n = 8)
- 3) Vorenthalten der eigenen Person (Pfleger: n = 11, Gepflegte: n = 9)
- 4) Körperliche Gewalt (Pfleger: n = 10, Gepflegte: n = 7)
- 7) Schimpfworte (Pfleger: n = 7, Gepflegte: n = 6)
- 8) Einengung des Spielraums des Gepflegten (Pfleger: n = 6, Gepflegte: n = 3)

Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren und Gewalt

- 1) Grad der Belastung durch Lagewechsel und Gewalt Gepflegter (Chi-Quadrat: $p = 0,009$ (Hauptgruppe), $p = 0,04$ (Untergruppe 1))
- 2) Grad psychischer Belastung und Gewalt von Seiten des Pflegenden (Chi-Quadrat: $p = 0,032$ (Hauptgruppe), $0,034$ (Untergruppe 1))
- 3) Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten und Gewalt von Seiten des Gepflegten (Chi-Quadrat: $p = 0,029$ (Hauptgruppe), $0,02$ (Untergruppe 1), $0,07$ (Untergruppe 2))
- 4) Grad der Belastung durch Ungeduld des Gepflegten und Gewalt von Seiten des Gepflegten (Chi-Quadrat: $p = 0,054$ (Hauptgruppe))
- 5) Einschätzung der psychischen Erregbarkeit des Pflegenden und Gewalt von Seiten des Pflegenden (Wilcoxon: $p = 0,038$ (Hauptgruppe), $0,032$ (Untergruppe 1))
- 6) Ausbildung des Pflegenden und Gewalt des Pflegenden (Chi-Quadrat: $p = 0,08$ (Hauptgruppe), $0,06$ (Untergruppe 1))
- 7) Ausmaß der alleinigen Sozialkontakte des Pflegenden und Gewalt des Pflegenden (Wilcoxon: $p = 0,009$ (Hauptgruppe), $0,003$ (Untergruppe 1))
- 8) Alter Pflegender und Gewalt Pflegender (Wilcoxon: $p = 0,03$ (Untergruppe 1))
- 9) Alter Gepflegter und Gewalt Gepflegter (Wilcoxon: $p = 0,079$ (Untergruppe 2))
- 10) Grund Übernahme der Pflege und Gewalt Gepflegter (Chi-Quadrat: $p = 0,024$ (Hauptgruppe), $0,05$ (Untergruppe 1))
- 11) Zur Pflege geführt habende Erkrankung des Gepflegten und Gewalt Gepflegter (Chi-Quadrat: $p = 0,063$ (Hauptgruppe), $0,07$ (Untergruppe 1))

Risikofaktoren für Gewalt von Seiten der pflegenden Person:

statistisch relevante Ergebnisse:

- a) steigender Grad der psychischen Belastung
- b) höheres Ausmaß der psychischen Erregbarkeit der pflegenden Person *
- c) häufigere alleinige Sozialkontakte des Pflegenden
- d) niedrigeres Lebensalter der pflegenden Person
- e) höheres Ausbildungsniveau der pflegenden Person

erkennbare Tendenzen:

- a) schlechterer Gesundheitszustand des Gepflegten *
- b) schlechterer Gesundheitszustand des Pflegenden
- c) Vorliegen einer psychischen Erkrankung des Pflegenden
- d) Vorliegen einer psychischen Erkrankung des Gepflegten
- e) nicht akzeptierender Umgang mit der Erkrankung, insuffiziente Art der Krankheitsverarbeitung des Gepflegten *
- f) höhere Zeitintensität der Pflege *
- g) höherer Grad der durch die Pflege resultierenden körperlichen Belastung
- h) höhere Grade der psychischen Belastung des Pflegenden durch Ungeduld des Gepflegten
- i) höhere Grade der psychischen Belastung des Pflegenden durch Launen des Gepflegten *
- j) niedrigere Grade der sozialen Verantwortlichkeit des Pflegenden *
- k) geringerer Grad der Erregbarkeit der gepflegten Person
- l) negativere Einschätzung der Beziehungsänderung nach Eintritt der Pflege
- n) negativere Einschätzung des Pflegeerfolges

Das Gewaltrisiko vermindernd:

- a) eine aus Liebe und Zuneigung übernommene Pflege
- b) das vermehrte Nutzen von Hilfen anderer (fraglicher Einfluss)

Erkrankung der gepflegten Person:

Eine Parkinsonsche Erkrankung zeigte sich gegenüber Demenzen und Schlaganfällen deutlich seltener mit Gewalt seitens des Pflegenden verbunden. *

Risikofaktoren für Gewalt von Seiten der gepflegten Person:

statistisch relevante Ergebnisse:

- a) höhere Grade der psychischen Belastung des Pflegenden durch Ungeduld des Gepflegten *
- b) höhere Grade der psychischen Belastung des Pflegenden durch Launen des Gepflegten*
- c) höhere Grade der körperlichen Belastung des Pflegenden durch Lagewechsel
- d) niedrigeres Alter des Gepflegten

als Tendenzen erkennbar:

- a) schlechterer Gesundheitszustand des Gepflegten *
- b) nicht akzeptierender Umgang mit der Erkrankung, insuffiziente Art der Krankheitsverarbeitung des Gepflegten *
- c) niedrigerer Grad der Klagsamkeit der pflegenden Person
- d) negative Einschätzung der Beziehungsänderung nach Eintritt der Pflege
- e) negative Einschätzung des Pflegeerfolges
- f) niedrigerer Schulabschluss und Bildungsstand des Gepflegten
- g) Hauptschulabschluss, keine Ausbildung aufweisende pflegende Person
- h) häufigere gemeinsame Sozialkontakte zu Freunden
- i) höhere Zeitintensität der Pflege
- j) niedrigerer Grad der sozialen Verantwortlichkeit des Pflegenden

Das Gewaltisiko vermindern:

- eine aus Liebe und Zuneigung übernommene Pflege (statistisch relevant)

Erkrankung der gepflegten Person:

Eine Parkinson'sche Erkrankung zeigte sich gegenüber Demenzen und Schlaganfällen deutlich seltener mit Gewalt seitens des Pflegenden verbunden. (statistisch relevant) *

* bedeutet: Einflussfaktor ließ sich bei Befragung beider Partner nachweisen

Von den Beteiligten genannte Ursachen auftretender Gewalt

Grundlegende, zeitlich andauernde Ursachen der Gewaltentstehung nach Häufigkeiten:

- 1) Erkrankung des Gepflegten (n = 30)
- 2) Umkehr von Abhängigkeiten (n = 20)
- 3) Hoffnungslosigkeit (n = 20)
- 4) sexuelle Probleme (n = 13)
- 5) Heimzahlen von Dingen der Vergangenheit (n = 12)
- 6) Alkohol, Sucht (n = 8)
- 7) Persönlichkeit des Pflegenden (n = 2)

Situative Auslösefaktoren von Gewalt:

Gewalt von Seiten der gepflegten Person:

- 1) Unzufriedenheit des Gepflegten (n = 24)
- 2) Ungeduld des Pflegenden oder des Gepflegten (n = 11)
- 3) Meinungsverschiedenheiten (n = 7)
- 4) Bevormundung durch den Pflegenden (n = 7)
- 5) Gepflegter bekomme nicht seinen Willen (n = 7)
- 6) krankhafte Eifersucht, psychotisches Erleben (n = 7)
- 7) sexuelle / suchtbedingte Probleme (n = 5)
- 8) Reaktion auf Aggression des Pflegenden (n = 3)
- 9) Schmerz (n = 1)

Gewalt von Seiten des Pflegenden:

- 1) ständiges Fordern des Gepflegten (n = 21)
- 2) Ekel, abstoßende Krankheitsfolgen (n = 18)
- 3) allgemeine Überforderung (n = 16)
- 4) momentanes Befinden des Pflegenden (n = 14)
- 5) Passivität, Langsamkeit des Gepflegten (n = 13)
- 6) Widerstand des Gepflegten gegenüber Vernünftigem (n = 12)
- 7) Streit (n = 10)
- 8) Klammern des Gepflegten (n = 4)

Zusammenfassung erkennbarer Risikofaktoren für Gewalt im Pflegedual:

- 1) das Alter der Betroffenen (niedrigeres Alter, bezogen auf Gewaltanwender)
- 2) ein schlechterer Gesundheitszustand beider beteiligter Personen
- 3) das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung
- 4) die Art der zur Pflege geführt habenden Erkrankung (an einer Demenz oder einem Schlaganfall leidende Gepflegte sind häufiger als Parkinsonkranke Gewaltanwender und -opfer)
- 5) eine insuffiziente Art der Krankheitsverarbeitung der gepflegten Person
- 6) ein höherer Grad der durch die Pflege resultierenden körperlichen Belastung
- 7) ein höherer Grad der durch die Pflege resultierenden psychischen Belastung
- 8) höhere Ausprägungsgrade der Persönlichkeitseigenschaft: psychische Erregbarkeit (bezogen auf Gewaltanwender)
- 9) eine geringere soziale Verantwortlichkeit (bezogen auf Gewaltanwender) und Klagsamkeit (bezogen auf Gewaltopfer)
- 10) eine aus Verantwortung / moralischen Gründen heraus übernommene Pflege des Partners
- 11) schlechtere Einschätzung des Pflegeerfolges
- 12) schlechtere Einschätzung der im Rahmen der Pflege eingetretenen Partnerschaftsentwicklung
- 13) vor allem bezogen auf die Gruppe der an einer Parkinsonschen Erkrankung leidenden Gepflegten medikamentös induzierte psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn)
- 14) Probleme im Umgang mit bestimmten Verhaltensweisen und Eigenschaften des Partners (Ungeduld, Launen, ständiges Fordern, Bevormunden, Klammern)
- 15) Probleme im Umgang mit der veränderten Beziehungsstruktur und Lebenssituation (veränderte Abhängigkeitsverhältnisse, Erleben von Hoffnungslosigkeit, Verzicht, veränderte Lebensperspektive)
- 16) Schwierigkeiten im Umgang mit Problemen im sexuellen Bereich

Einer differenzierteren Betrachtung hinsichtlich ihres Gewaltrisikos bedürfen folgende Faktoren:

1) Sozialkontakte:

- häufigere alleinige Sozialkontakte des Pflegenden waren mit deutlich häufigerer von dessen Seite ausgehender Gewalt verbunden
- häufigere gemeinsame Sozialkontakte zu Freunden schienen zu einer Zunahme von Gewalt seitens der gepflegten und eher zu einer Abnahme von Gewalt seitens des Pflegenden zu führen

2) Schulabschluss / Ausbildungsgrad:

- ein höherer Ausbildungsgrad der pflegenden Person war mit häufiger von deren Seite auftretender Gewalt und seltenerer Gewalt seitens des Gepflegten verbunden
- ein höherer Ausbildungsgrad des Gepflegten war seltener mit Gewalt von dessen Seite verbunden

Keinen das Gewaltrisiko mindernden Effekt zeigten:

- 1) das Ausmaß der Sozialkontakte im allgemeinen
- 2) das Ausmaß des Nutzens fremder Hilfen
- 3) das Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe
- 4) das Nutzen eines Sozialdienstes

Zusammenfassung der Ergebnisse des Vergleichs der Aussagen der pflegenden und gepflegten Personen

A. Die gepflegte Person:

a) schätzt folgende Faktoren niedriger ein als der Pflegende:

- a) Zeitaufwand der Pflege
- b) Grad der psychischen Belastung des Pflegenden
- c) Grad der psychischen Belastung durch die Faktoren: „Verzicht üben müssen“, „veränderte Lebensperspektive“ und „Launen des Gepflegten“
- d) Häufigkeit eigener und vom Pflegenden ausgehender Gewalt

b) schätzt folgende Faktoren höher / besser ein als der Pflegende:

- a) Grad der körperlichen Belastung des Pflegenden
- b) im Rahmen der Pflege eingetretene Partnerschaftsentwicklung

B. die pflegende Person:

- sieht im Gegensatz zum Gepflegten fast ausschließlich die gepflegte Person in der Gewaltsituation als auslösend an

C. Beide Partner:

- schätzen den Gesundheitszustand des anderen besser ein als dieser selbst

7. Diskussion

Die im Rahmen der Studie gewonnenen Daten weisen auf die dringliche Notwendigkeit hin, sich der Thematik dieser Studie vermehrt zu widmen.

Im Rückblick war es daher umso erstaunlicher, auf welchen Grad von Schwierigkeiten man beim Versuch stieß, eine ausreichende Anzahl von Interviewpartnern zu rekrutieren. Neben zu starker zeitlicher Inanspruchnahme der um Mithilfe Gebetenen, fand sich neben Desinteresse bezüglich der Fragestellung insbesondere unter den Angestellten von Sozialdiensten häufig die Ansicht wieder, dass aufgrund der Schambesetztheit der Thematik, sich kaum jemand zum Interview bereit erklären werde und falls doch, die Wahrscheinlichkeit, die Wahrheit zu erfahren, doch eher gering sei.

Die im Rahmen der Studie selbst gemachte Erfahrung war jedoch, dass insbesondere pflegende Personen die Interviews dazu nutzten, über Schwierigkeiten, aber auch Erfolge zu berichten und sich selbst dadurch zum Teil von innerem Druck zu entlasten. Dies führte nicht selten dazu, dass sich die Interviews deutlich in die Länge zogen. Fast in allen Fällen wurde die Thematik von den Beteiligten aufgrund der selbst gemachten Erfahrungen für sinnvoll erachtet.

Vor dem Eingehen auf die Untersuchungsergebnisse soll darauf hingewiesen werden, dass Faktoren, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt zu beeinflussen schienen, auch dann Bedeutung beigemessen wurde, wenn diese nur in einer der Untersuchungsgruppen festgestellt werden konnten.

Als Gründe für die zum Teil zwischen den Gruppen der pflegenden und gepflegten Personen divergierenden Ergebnissen dürften neben den teils bezüglich der einzelnen Sachverhalte weit auseinander liegenden subjektiven Einschätzungen auch die unterschiedlichen Stichprobenumfänge beigetragen haben. Die Stichprobe der gepflegten Personen betrug 32 gegenüber 50 pflegenden Personen.

Die zum Teil in der Gruppe der Pflegenden erkennbaren aussagekräftigeren Ergebnisse schienen ihre Grundlage darin zu haben, dass pflegende Personen in der Regel offener und etwas interessierter schienen und sich bei der Schilderung bestimmter Sachverhalte mehr Zeit nahmen.

Die Möglichkeiten des halbstrukturierten Interviews sowie die zum Teil nach Beendigung des Interviews geführten Gespräche bekräftigten dabei die Aussagekraft der erhobenen Ergebnisse.

Die ermittelten Häufigkeiten des Auftretens von Gewalt bestätigen die Ansicht, dass Pflegeduale, in denen ein Partner den anderen pflegt, eine Hochrisikogruppe darstellen.

Wie erwartet, konnte im Rahmen der Untersuchung eine hohe Anzahl von Gewalthandlungen festgestellt werden. Dass Gewalthandlungen häufiger von pflegenden als von gepflegten Personen ausgingen, entsprach den auch in der Bevölkerung bestehenden Erwartungen. 90 % (nach Aussagen der Pflegenden selbst) oder 81,3 % (nach Aussage der Gepflegten) der Pflegenden hatten in der Vergangenheit Gewalt gegenüber ihrem Partner ausgeübt. Die Quote der Gewaltanwender in der Gruppe der Gepflegten wurde mit 64 % (Pflegende) und 56,3 % (Gepflegte selbst) angegeben.

Die Häufigkeit des Auftretens von Gewalt lag in der vorliegenden Untersuchung höher als in anderen Studien, welche sich der Problematik Gewalt im häuslichen Umfeld widmeten, in welchen Prävalenzraten zwischen 4 % und 9 % (Sowaka, Schwichtenberg-Hilmert & Thürkow, 2002) ermittelt wurden. Im Rahmen postalischer Befragungen ließen sich zwar Gewaltvorkommen bis zu 54 % (Brendebach & Hirsch, 1999) sowie 56 % (Hesselbach & Raderschatt, 1999) ermitteln, jedoch nur ein geringer Anteil der Angeschriebenen hatte überhaupt geantwortet.

Als Gründe des in der eigenen Untersuchung festgestellten hohen Gewaltvorkommens spielen wahrscheinlich mehrere Faktoren eine Rolle. Die meisten bisher durchgeführten Studien bezogen sich allgemein auf häusliche Gewalt gegenüber älteren Menschen.

Mehrfach wurde in der Literatur darauf hingewiesen, dass Gewalt gegenüber Älteren im familiären Kontext wahrscheinlicher ist als in anderen Settings (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1995, S. 112). Zudem besteht weitgehend Konsens bezüglich der Auffassung, dass Personen, welche mit Ehepartnern und / oder Kindern zusammenleben, einem deutlich höheren Gewaltisiko ausgesetzt sind als alleinlebende Personen (Lachs & Pillemer, 1995; Nadien, 1995). Mehrfach wurde zudem darauf hingewiesen, dass Gewalt im Alter vor allem in Paarbeziehungen auftritt (Brendebach & Hirsch, 1999; Pillemer & Finkelhor, 1988; Schiamberg & Gans, 2000). Pillemer und Finkelhor (1988) ermittelten beispielsweise in einer in Boston durchgeführten Studie, dass in 58 % der Fälle häuslicher Gewalt Ehepartner (-innen) die Täter waren.

Lowenstein (1995) wies bezogen auf Missbrauch gegenüber Älteren in Israel zudem darauf hin, dass besondere Risiken im familiären Umfeld dann bestehen, wenn Pflege erforderlich ist. Gerade die Pflege eines an einer Demenz erkrankten Familienmitglieds zeigte sich dabei mit einem höheren Gewaltvorkommen verbunden (Homer & Gilleard, 1990; Pillemer & Sutor, 1992; Pot, van Dyck, Jonker & Deeg, 1993).

Die eigene Studie widmete sich mit Blick auf häusliche Gewalt gegenüber älteren Menschen durch Fokussierung auf Paare einer Hochrisikogruppe und wählte aus diesem Personenkreis zudem jene aus, welche durch die Pflege ihres Partners besonderen Belastungen ausgesetzt waren, was das Auftreten von Gewalt weiter begünstigte. Die gewonnenen Ergebnisse bestätigten somit die Auffassung, dass Paare, in welchen ein Partner den anderen pflegt, besonders hohen Risiken hinsichtlich entstehender Gewalt ausgesetzt sind.

Auch der Forschungszugang zur Ermittlung von Gewalt im häuslichen Umfeld scheint die ermittelten, stark divergierenden Häufigkeiten häuslicher Gewalt gegenüber älteren Menschen wesentlich mit zu begründen. Untersuchungen wurden in der Vergangenheit durch Fragebogen- oder Interviewaktionen durchgeführt, wobei teils die alten Menschen selbst, das Fachpersonal oder Angehörige befragt wurden. Vergleichende Interpretationen sind wegen des ungelösten Problems der selektiven und abweichenden Wahrnehmung dadurch erschwert und mit Vorsicht zu betrachten.

Ein weiterer Grund für die in der eigenen Studie festgestellten hohen Prävalenzraten für Gewalt dürfte darin bestehen, dass angelehnt an Galtung (1993) ein weit gefasster Gewaltbegriff Anwendung fand. Dieser hatte Gewalt folgendermaßen formuliert: „Ich begreife Gewalt als vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse oder, allgemeiner ausgedrückt, des Lebens, die den realen Grad der Bedürfnisbefriedigung unter das herabsetzt, was potentiell möglich ist. Die Androhung von Gewalt ist ebenfalls Gewalt.“

Die Tatsache, dass zum Großteil beide Partner getrennt voneinander befragt wurden, mag dazu beigetragen haben, dass manch Interviewter nur aus dem Grund von gewaltsamen Vorkommnissen berichtet hatte, da er die Schilderung derselben von seinem Partner befürchtete. Zu guter Letzt schienen aus dem subjektiven Empfinden des Interviewers heraus die zumeist in offener und vertrauensvoller Atmosphäre sowie ohne Zeitdruck ablaufenden Interviews mit dazu beizutragen, dass im Laufe der Interviews über immer mehr Details berichtet wurde.

In den meisten bislang vorliegenden Studien wurde über Gewalt von Seiten der Pflegepersonen berichtet (Pillemer & Suitor, 1992; Steinmetz, 1988a, 1988b). Seltener wurde Gewalt seitens der gepflegten Person untersucht, wobei dies häufig nur in Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen geschah (Compton, Flanagan & Gregg, 1997; Eastman, 1985, Hamel et al. 1990; Lachs & Pillemer, 1995; Nadien, 1995). Hamel et al. (1990) beschrieben zudem, dass Aggressivität der Pflegebedürftigen entsprechendes Verhalten der Pflegenden wahrscheinlicher werden lasse.

Das in der eigenen Studie erkennbare Überwiegen der von Seiten der pflegenden Person ausgehenden Gewalt war erwartet worden. Das Ausmaß, wie häufig von gepflegten Personen, welche nur in wenigen Fällen an einer demenziellen Erkrankungen litten, Gewalt ausgeübt wurde, überraschte jedoch.

Vom Pflegenden ausgehende Gewalt äußerte sich am häufigsten in Form von Anschreien (Angaben des Pflegenden: 84 %, Angaben des Gepflegten: 75 %) gefolgt von Drohungen (36 % und 25 %), sich Vorenthalten (22 % und 28 %) und körperlicher Gewalt (20 % und 22 %).

Von der gepflegten Person ausgehende Gewalt zeigte sich ebenfalls am häufigsten in Form von Anschreien (Angaben des Pflegenden: 56 %, Angaben des Gepflegten: 50 %) gefolgt von Äußerung von Schimpfworten (18 % und 9,4 %), körperlicher Gewalt (14 % und 9,4 %) und Drohungen (12 % und 6,3 %). Sonstige Gewaltarten traten nur vereinzelt auf.

Während somit ebenso wie in anderen Studien (Brendebach & Hirsch, 1999; Comjis et al. 1999; Pritchard, 2000) seelische Gewaltformen im Vordergrund standen, stellten finanzielle Schädigungen in der eigenen Studie eine Minderheit dar. Dies steht im Gegensatz zu Studien, welche für den finanziellen Deliktsbereich die höchste Verbreitungsrate ermittelten (Podnieks & Pillemer, 1989; Podnieks, 1992 a, 1992 b). Es muss in diesem Zusammenhang jedoch darauf hingewiesen werden, dass die genannten Studien zufällig ausgewählte, in Privatwohnungen lebende, ältere Menschen in Kanada zur Zielgruppe hatten. Weitere Studien, welche finanziellen Missbrauch in einer Reihe mit anderen Missbrauchsweisen nannten (Ogg & Bennett, 1992), untersuchten häusliche Gewalt im allgemeinen, weshalb auch von Seiten der Kinder oder anderer Menschen ausgehende Gewalt beinhaltet war.

Ein generell gewaltmindernder Einfluss häufigerer Sozialkontakte ist nicht erkennbar – bestimmte Sozialkontakte scheinen das Gewaltrisiko sogar zu erhöhen.

Die Erwartung, dass vermehrte Sozialkontakte wie in der Literatur häufig beschrieben (Lachs, Berkman, Fulmer & Horwitz, 1994, Schiamberg & Gans, 2000; Wolf, 1992) das Gewaltrisiko generell vermindern würden, muss nach den Ergebnissen dieser Untersuchung in Frage gestellt werden. Gerade für sozial isolierte Personen, insbesondere wenn die Hauptkontakte auf die Pfleger-Pflegebedürftigen-Interaktion beschränkt sind, wurde ein hohes Gewaltrisiko

beschrieben (Hudson & Johnson, 1986; Niederfranke & Greve, 1996; BMFUS, 1997; Witthohn, Meenen & Jungbluth, 1996).

In der Literatur dominiert die Ansicht, dass soziale Unterstützung eine Pufferfunktion hinsichtlich der Wahrnehmung von Belastungen darstellt und Stress in der Pflege reduzieren könne (Erlemeier, 1995; Gatz et al. 1990; Thoits, 1982). Dabei scheint die emotionale Unterstützung häufig von zentralerer Bedeutung als instrumentelle Hilfen, Ratschläge und Informationsvermittlung. Als Erklärungsansatz zur Entstehung intrafamiliärer Gewalt haben im soziologischen Bereich im Rahmen situativer Ansätze Theorien der sozialen Unterstützung bzw. Isolation große Bedeutung erlangt. Diese formulieren, dass die Einbindung in ein soziales Netzwerk zu einer wesentlichen Ressource werden und Stress und Gewaltpotential reduzieren könne. Sowohl ein präventiver als auch intervenierender Aspekt werden dabei beschrieben.

Der Wegfall eines sozialen Netzes kann zudem zur Folge haben, dass das Bewusstsein für das Einhalten bestimmter sozialer Normen herabgesetzt wird und durch das Fehlen sozialer Kontrolle leichter Gewalt entsteht. Als Folge von sozialer Isolation lässt sich zudem ein häufigeres Auftreten von depressiven Entwicklungen bei den Betroffenen und ein Verlust der Selbstachtung zu erkennen, was ebenso die Grundlage dafür darstellen könnte, dass Gewalt entsteht.

Der Zusammenhang zwischen vorhandenen Sozialkontakten und der Auftretenshäufigkeit von Gewalt scheint komplexer und bedarf daher einer differenzierteren Betrachtungsweise. Im Rahmen der Interviews wurde nach alleinigen Kontakten des Pflegenden oder Gepflegten zu unterschiedlichen Personengruppen, aber auch nach gemeinsamen Sozialkontakten gefragt.

Dabei konnten in drei Punkten auffällige Ergebnisse erhoben werden. Mit Zunahme der Häufigkeit alleiniger Sozialkontakte der pflegenden Person kam es von deren Seite häufiger zum Auftreten von Gewalt. Von gemeinsamen Kontakten zu Bekannten schienen Pflegende jedoch insofern zu profitieren, dass sie eine niedrigere Gewaltrate erkennen ließen. Andererseits zeigten sich gerade jene gepflegten Personen, welche zusammen mit ihrem Partner keine Kontakte zu Bekannten wahrnahmen, weniger häufig gewalttätig.

Im Rahmen der geführten Interviews schilderten pflegende Personen, welche häufiger mit Freunden allein Aktivitäten durchführten, dass sie der Situation zu Hause entfliehen wollten und bei Rückkehr dorthin Frustrationsgefühle empfänden. Diese erfuhren nach Rückkehr zu Hause durch Vorwürfe des Partners, welcher sich allein gelassen, vernachlässigt fühlte und zum Teil eifersüchtig reagierte, eine weitere Verstärkung, was die negative innere

Gestimmtheit erhöht und zusammen mit anderen Faktoren den Boden für Gewaltanwendungen bereitet habe.

Bezogen auf gemeinsame Sozialkontakte zu Freunden berichteten gepflegte Personen mehrfach darüber, dass diese Kontakte oft auf Druck des Partners hin stattfänden. Die Pflegenden würden immer wieder äußern, dass „man doch mal rauskommen müsse“ und „Kontakte zu anderen doch helfen würden“. Scham, das Bemühen, nicht negativ aufzufallen und keine Fehler zu machen, aber auch die Empfindung, nicht richtig an der Gemeinschaft teilnehmen zu können und sehen zu müssen, dass sich das Interesse mehr auf die pflegende Person richtet, führten nach Angaben der gepflegten Personen eher zum Auftreten innerer Anspannung und damit zu einer Be- als Entlastung, was in der Folge auch problematische Verhaltensweisen nach sich ziehen konnte. Nur die pflegende Person schien von gemeinsamen Kontakten zu Bekannten in der Weise profitieren zu können, dass von ihnen seltener Gewalt ausgeübt wurde. Vereinzelt wurde als Grund genannt, dass gemeinsame Kontakte zu Bekannten einerseits eine Abwechslung darstellten, andererseits auch verhindern würden, dass man den Partner allein zu Hause zurücklassen müsse, was aufgrund der damit verbundenen Sorgen und Schuldgefühle den Nutzen von Sozialkontakte deutlich einschränken würde.

Das quantitative Ausmaß von Sozialkontakten scheint insgesamt betrachtet keinen Gewalt minimierenden Einfluss auszuüben. Möglicherweise können qualitativ hochwertige Sozialkontakte, wie in der Literatur beschrieben (Brendebach, 1998), dazu beitragen, Unsicherheit, Unterlegenheitsgefühle, Neid und Eifersucht bei der gepflegten Person nicht aufkommen zu lassen und beiden am Pflegedual beteiligten Personen so viel Positives zu vermitteln, dass die häufig belastende Pflegesituation besser und gewaltärmer zu bewältigen ist.

Ein wesentlicher Faktor, welcher mitentscheidet, ob Sozialkontakte einen gewaltmindernden Einfluss haben können, scheint nicht deren zahlenmäßige Häufigkeit zu sein, sondern eher die Tatsache, ob diese zusammen mit den damit einhergehenden Hilfen geschätzt werden (Compton et al. 1997). Inwieweit Sozialkontakte gewünscht und geschätzt werden, hängt jedoch von vielen Faktoren ab. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang unter anderem die Vorgeschichte der beteiligten Personen, vorhandene Lebenseinstellungen, bestehende Persönlichkeitseigenschaften und die Partnerschaft betreffende Faktoren.

Eine positive Partnerschaftsqualität vor Eintritt der Pflege schützt im Gegensatz zu einer während der Pflege eingetretenen positiven Entwicklung der Partnerschaft nicht vor Gewalt.

Die Vermutung, eine vor Eintritt der Pflegesituation bestehende gute Partnerschaftsqualität könne das Gewaltrisiko reduzieren, konnte im Gegensatz zu den in der Fachliteratur bestehenden Ergebnissen (Compton et al. 1997; Cooney & Mortimer, 1995, Homer & Gilleard, 1990; Hamel et al. 1990) nicht festgestellt werden. Im Rahmen der eigenen Studie ließ sich jedoch erkennen, dass eine positivere Einschätzung der im Rahmen der Pflege eingetretenen Veränderung der Partnerschaftsqualität seltener mit Gewalt verbunden war.

In mehreren Fällen zeigten sich weibliche Pflegepersonen dadurch entlastet oder gar positiv gestimmt, dass sich eine vor Eintritt der Pflegesituation durch Gewalt oder Lieblosigkeit von Seiten des Partners gekennzeichnete Beziehung nach Eintreten seiner Hilfe- und Pflegebedürftigkeit positiv entwickelt hatte. Die vom Partner ausgehende Dankbarkeit und Anhänglichkeit schienen das Gewaltrisiko eher zu vermindern.

Anhand von Paaren, welche in der Vergangenheit beruflich bedingt häufig voneinander getrennt waren oder bei welchen viele Jahre ein gemeinsam geführtes Geschäft wichtiger schien als die Beziehung selbst, ließ sich erkennen, dass dadurch erworbene Kompetenzen einen größeren Einfluss auf eine positive, gewaltarme Bewältigung der Pflegesituation aufwiesen als die Einschätzung, eine harmonische Beziehung geführt zu haben.

Diese Paare profitierten nach eigenen Aussagen auch davon, ein aktionsgeladenes Leben hinter sich und nun Zeit füreinander zu haben. Häufig wurde geäußert, dass nicht die bisherige Qualität der Partnerschaft, sondern das Gefühl für oder die Achtung vor dem anderen maßgeblich dafür gewesen seien, dass größere Dissonanzen oder problematische Verhaltensweisen vermieden werden konnten.

Das Vorliegen dependenter Persönlichkeitszüge sowie hoher moralischer Wertvorstellungen sowie eine mit der Übernahme der Pflege verbundene neue Sinnfindung im Leben schienen mehrfach entscheidender für den Pflegeerfolg oder die Häufigkeit, mit der Gewalt auftrat, als die von beiden Partnern beschriebene Qualität der Partnerschaft vor Beginn der Pflege.

Eine aus Liebe und Zuneigung übernommene Pflege bietet im Gegensatz zu einer Pflegeübernahme aus moralischen Gründen einen Schutz vor Gewalt.

In diesem Kontext scheinen die Ergebnisse hinsichtlich eines Zusammenhanges zwischen dem Grund der Pflegeübernahme und der Häufigkeit des Gewaltauftretens von Interesse.

Die Vermutung, der Grund, weshalb vom Pflegenden die Pflege übernommen wurde, habe einen Einfluss auf die Gewalthäufigkeit, ließ sich in der Studie weitgehend bestätigen. Pflegende berichteten in den Fällen, in denen Liebe und Zuneigung Hauptgründe der Pflegeübernahme gewesen waren, seltener über das Auftreten von Gewalt von Seiten der gepflegten Person als bei Übernahme der Pflege aus moralischen Gründen ($p = 0,024$ in der Hauptgruppe, Untergruppe 1: $p = 0,05$). Von fünf pflegenden Personen, welche angaben, bislang keine Gewalt ausgeübt zu haben, hatten drei die Pflege aus Liebe, einer aus finanziellen Gründen und einer „weil andere es nicht können“, übernommen.

Die Ergebnisse der Gruppe der gepflegten Personen wiesen den Trend auf, dass bei Übernahme der Pflege aus Liebe heraus seltener Gewalt von Seiten der pflegenden Person auftrat.

Nicht die vor der Pflegesituation bestehende Qualität der Partnerschaft, sondern eine weiterhin bestehende Zuneigung zum Partner, in diesem Sinne auch die Überzeugung, aus Liebe zum Partner heraus die Pflege übernommen zu haben, scheinen somit mitbestimmend für einen möglichst gewaltfreien und positiven Verlauf einer Pflegesituation zu sein.

Häufig dominieren bei Übernahme der Pflege jedoch familiäre Normen und Wertungen. Die Pflege kann dem Abtragen von Schuld dienen oder dem Gefühl bzw. der Überzeugung entspringen, moralisch zur Pflege verpflichtet zu sein. Dadurch fühlen sich viele Betroffene in die Pflege hineingedrängt, unabhängig davon, ob sie der Pflege real gewachsen sind. Spätestens bei Überschreiten der persönlichen Grenzen stellt Gewalt dann eine Möglichkeit der Abwehr und Beendigung der Überlastung dar (Müller, 1990) Nicht konsensual zustande gekommene Pflegebeziehungen beinhalten häufig ein erhöhtes Gewaltrisiko (Jones et al. 1997), ebenso wie eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Erwartung und der Realität von Pflegeanforderungen. (Hörl & Spannring, 2001).

Eine pflegende Person schilderte beispielsweise amüsiert, dass ihr demenziell erkrankter Ehemann sie manchmal frage, wer sie denn sei. Auf die Antwort: „deine Frau“, entgegnete er dann, dass „eine solch alte, unansehnliche Frau nie seine Frau sein könne“. Die Art und Weise der Beschreibung dieser Anekdote ließ deutlich erkennen, wie nah die Frau ihrem Partner innerlich noch immer war. Trotz eigener körperlicher Einschränkungen und hohem Pflegebedarf konnte diese Person über einen positiven Verlauf der Pflege berichten.

Die Ergebnisse der eigenen Studie bestätigen Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie, welche einen Zusammenhang zwischen Empathie und Aggression beschreiben (Kruse, 1999). Den Gedanken von Hoffmann (1987) zugrundelegend, die Fähigkeit zur Empathie sei die Grundlage für die moralische Entwicklung der Menschen, stellen die Fähigkeit zur

Rollenübernahme und adäquaten Einschätzung der Intentionen des Anderen wichtige Voraussetzungen für die Aggressionsregulation dar. Die Fähigkeit, sich in einen anderen Menschen hineinversetzen und sich mit diesem identifizieren zu können, spielt eine entscheidende Rolle dabei, eine Verringerung der Bereitschaft aggressiven Verhaltens zu erreichen. Auch die erlebte Ähnlichkeit mit dem Anderen, welche die Empathie fördert, kann zu einer Verringerung aggressiven Verhaltens beitragen, zeigt sich jedoch gerade bei psychisch, kognitiv oder hinsichtlich des Kommunikationsverhaltens veränderten oder beeinträchtigten Pflegebedürftigen teilweise außer Kraft gesetzt, worauf später genauer eingegangen werden soll.

Ein schlechterer Gesundheitszustand und das Vorliegen psychischer Erkrankungen erhöhen das Gewaltrisiko.

Wie angenommen, ließ sich der in der Literatur (Choi & Mayer, 2000; Schiamberg & Gans, 2000) häufig beschriebene Einfluss des Gesundheitszustandes auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt sowohl bei der Befragung der pflegenden wie auch der gepflegten Personen nachvollziehen. Bei Vorhandensein von Gewalt ließ sich jeweils ein durchschnittlich ein etwas schlechterer Gesundheitszustand der beteiligten Personen erkennen.

Hinsichtlich der Aussagekraft der Ergebnisse muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass es sich um subjektive Einschätzungen der Betroffenen handelte, welche durch vielfältige Faktoren wie die Art der Krankheitsverarbeitung, eigene Leistungsansprüche, das psychische Befinden und auch die Art der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung beeinflusst werden.

Ein schlechterer Gesundheitszustand der pflegenden Person führt häufig zu einer Abnahme der eigenen Belastbarkeit (Douglass, 1983), wirkt sich insbesondere im Rahmen der Pflege zwischen alten Paaren aus (Pillemer & Finkelhor, 1988) und stellt im Rahmen der Pflege einen zusätzlichen Belastungsfaktor dar. Die verringerte Belastbarkeit, im Rahmen der Pflege auftretende Schmerzzustände, eingeschränkte Möglichkeiten, für sich allein oder zusammen mit anderen etwas Positives für das eigene Wohlbefinden tun zu können, sorgen häufig für eine Zunahme der subjektiv erlebten körperlichen und vor allem auch psychischen Belastung, was wie in der Literatur beschrieben (Steinmetz, 1988a, 1988b) die Wahrscheinlichkeit gewalttätigen Verhaltens begünstigen kann.

Ein schlechter Gesundheitszustand der gepflegten Person bedeutet für diese meist eine größere Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, welche mit einem erhöhten Gewaltrisiko

einherzugehen scheint (Eastman, 1985; BMFUS 1997; Niederfranke & Greve, 1996; Pedrick-Cornell & Gelles, 1982; Pillemer & Finkelhor, 1988; Witthohn et al. 1996). Neben einer größeren Abhängigkeit vom pflegenden Partner und einem geringeren Grad an Autonomie sehen sich die Gepflegten häufig auch vermehrt auftretenden Schmerzzuständen ausgesetzt. All diese Faktoren können in ihrer Gesamtheit negative Folgen für die psychische Befindlichkeit der gepflegten, in der Folge häufig auch der pflegenden Person nach sich ziehen und die Krankheitsverarbeitung der gepflegten Person erschweren.

Für die pflegende und die gepflegte Person bedeutet die Kombination aus erschwerter Pflege, geringeren Möglichkeiten, diesen Belastungen begegnen zu können, damit einhergehenden negativen Auswirkungen auf das alltägliche Leben zudem ein erhöhtes Risiko, eine psychische, vor allem depressive Erkrankung auszubilden.

Psychische Erkrankungen wurden mehrfach als Risikofaktoren auftretender Gewalt beschrieben (Benton & Marshall, 1991; Fulmer, 1991; Schiamberg & Gans, 2000; Wolf, 1992). Dabei wurden insbesondere depressive Erkrankungen, Abhängigkeitssyndrome, aber auch psychotische Störungen als Risikofaktoren für Gewaltanwender beschrieben.

Gerade das Vorliegen depressiver Erkrankungen wurde in der Fachliteratur mehrfach als Risikofaktor der Misshandlung und Vernachlässigung Älterer genannt. Dies galt sowohl für das Vorliegen depressiver Erkrankungen beim Gewaltanwender als auch -empfänger (Benton & Marshall 1991; Coyne et al. 1993; Dyer et al. 2000; Fulmer, 1991; Kivelä, 1994; Paveza et al. 1992; Schiamberg & Gans, 2000, Wolf, 1992).

Diese Ergebnisse erfuhren durch die eigene Studie eine Bestätigung. Sowohl die Art der zur Pflege geführt habenden Erkrankung als auch das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung schienen einen Einfluss darauf zu haben, ob Gewalt im Rahmen eines Pflegeduals auftritt oder nicht.

Pflegende oder gepflegte Personen, welche angaben, unter psychischen Erkrankungen zu leiden, berichteten prozentual häufiger als jene ohne psychische Erkrankung darüber, dass die pflegenden Personen als Gewaltanwender auftraten. Bei Angabe von Seiten des Pflegenden ausgehender Gewalt, wurde diese als häufiger auftretend und mehr Gewaltarten umfassend beschrieben als bei Nichtvorliegen einer psychischen Erkrankung.

Eine bei den Betroffenen bestehende psychische Erkrankung kann somit nach den Ergebnissen der eigenen Studie zumindest das Gewaltisiko von Seiten der pflegenden Person erhöhen. Dies korrespondiert mit dem Ergebnis, dass Pflegende in 15 Fällen angaben, dass erlebte Hoffnungslosigkeit, ein wesentliches Symptom depressiver Erkrankungen, Ursache eigener Gewalt gewesen sei.

Psychische Erkrankungen zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass sie zumindest in akuten Phasen zu einer verringerten Belastbarkeit und somit schnelleren Überforderung der betroffenen Personen führen. Zudem sind sie zumeist mit einer erhöhten Vulnerabilität verbunden, in Belastungssituationen akute psychische Krankheitssymptome zu entwickeln.

Hinsichtlich gepflegter Personen fiel auf, dass psychotische Symptome, welche einen Teil der Erkrankung darstellen oder gerade im Falle der Parkinson'schen Erkrankung auch medikamentös induziert waren, mehrfach von den Pflegenden als an der Gewaltentstehung beteiligt (6 Fälle von 32 (18,8 %) beschrieben wurden.

Die Parkinson'sche Erkrankung scheint aufgrund ihrer Symptomatik und ihres Verlaufs seltener mit Gewalt verknüpft als apoplektische Insulte und demenzielle Erkrankungen.

Die Studie bezog sich im wesentlichen auf gepflegte Personen mit den Diagnosen: Parkinson'sche Erkrankung, Schlaganfall oder Demenz. Dabei fiel im Vergleich auf, dass gepflegte Personen, welche an einer Parkinson'schen Erkrankung litten, seltener als Gewaltanwender auftraten (Hauptgruppe: $p = 0,063$, Untergruppe 1: $p = 0,07$).

Pflegende Personen hatten bei Pflege eines an einer Parkinson'schen Erkrankung leidenden Partners ebenfalls seltener angegeben, dass sie Gewalt ausgeübt hätten. Dieses Ergebnis konnte im Rahmen der Befragung der gepflegten Personen, mitbedingt durch deren geringeren Stichprobenumfang bedingt, jedoch nicht bestätigt werden.

Die zur Pflegesituation führende Erkrankung scheint einen Einfluss auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt zu haben.

Die Ursache dafür, dass sich die Parkinson'sche Erkrankung gegenüber den Erkrankungen Schlaganfall und Demenz seltener mit dem Auftreten von Gewalt verknüpft zeigte, dürfte in den voneinander differenzierenden Krankheitsverläufen, der Verschiedenartigkeit auftretender Symptome, den unterschiedlich stark ausgeprägten negativen Auswirkungen auf die kognitiven und damit auch kommunikativen Fähigkeiten, und die teils unterschiedlich hohen Anforderungen an die Coping-Fähigkeiten der Betroffenen begründet sein.

Die Parkinson'sche Erkrankung verläuft häufig langsam progredient, zeigt sich medikamentösen Interventionen über längere Phasen hinweg recht gut zugänglich und weist bedingt durch eine Hypophonie in den Anfangsjahren meist nur geringere negative Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit auf. In fortgeschrittenen Krankheitsstadien können kognitive Einschränkungen die Kommunikationsfähigkeit dann aber deutlicher

negativ beeinflussen. Die Erkrankung gibt dem Betroffenen zudem eher die Möglichkeit, sich an die Krankheit zu adaptieren.

Vom Schlaganfall Betroffene müssen sich mit akut auftretenden Einschränkungen auseinandersetzen, welche das Alltagsleben zum Teil völlig verändern und trotz therapeutischer Interventionen nicht immer große Rückbildungstendenzen aufweisen. Die Krankheitsverarbeitung ist hierdurch häufig erschwert und die Kommunikationsfähigkeit durch Störungen der Sprachzentren (Aphasien) oder der an der Sprechmotorik beteiligten neuromuskulären Strukturen (Dysarthrien) sowie zum Teil auch kognitiver Funktionen häufiger dauerhaft beeinträchtigt.

Aufgrund zunehmender kognitiver Defizite lassen demenzielle Erkrankungen konstruktive Gespräche in fortgeschritteneren Krankheitsstadien kaum noch zu.

Bei Angabe jener Faktoren, welche sich in der Partnerschaft negativ verändert hatten, wurde insbesondere von den Pflegenden (n = 14, 28%) häufig geäußert, dass sich vor allem die Qualität, aber auch die Quantität gemeinsamer Gespräche reduziert habe. Depressive Verstimmungen und krankheitsbedingte Einschränkungen der kommunikativen Fähigkeiten wurden hierfür als Ursachen hierfür genannt.

Mehrfach wurde darüber berichtet, dass eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten häufiger Gewalthandlungen nach sich gezogen hätten. Der Verlust vertrauensvoller Gespräche, häufiger auftretende Missverständnisse und Streit, das Unvermögen und die zum Teil daraus entstehende Hilflosigkeit der pflegenden Person, Wünsche oder Mitteilungen des Partners überhaupt verstehen zu können, sowie die eingeschränkten Möglichkeiten, gemeinsam im Rahmen von Gesprächen Probleme ansprechen zu können, wurden in diesem Zusammenhang als psychisch besonders belastend und als Ursprung auftretender Gewalt beschrieben. Mehrfach wurde mitgeteilt, dass man sich in diesem Zusammenhang über den Partner in irgendeiner Art und Weise geärgert habe und man frustriert gewesen sei, was dann zum Auftreten eigener Gewalthandlungen geführt habe.

Diese Äußerungen lassen sich in die Frustrations-Aggressions-Hypothese (Dollard, Doob, Miller, Mowrer & Sears, 1970) integrieren, welche besagt, dass das Auftreten aggressiven Verhaltens die Existenz einer Frustration voraussetze und, dass die Existenz von Frustration zu einer Form der Aggression führe. Die Aggression sei am stärksten gegenüber jener Person ausgeprägt, welche als Ursache der Frustration wahrgenommen werde. Berkowitz (1962) hatte zudem formuliert, dass es zwischen der Frustration und der Aggression eines emotionalen Bindeglieds bedürfe und sah dieses im Ärger. Die Ärgerreaktion führe zu einem

Zustand der Aggressionsbereitschaft, welche durch Lernprozesse verstärkt oder geschwächt werden könne.

Die eigenen Ergebnisse bestätigen somit jene, welche im Rahmen anderer Untersuchungen erhoben werden konnten, dass eingeschränkte kognitive und sprachliche Fähigkeiten und demenzielle Erkrankungen Risikofaktoren der Gewaltentstehung darstellen (Dyer et al. 2000; Kurrle et al. 1991; Lachs & Pillemer, 1995; Lachs et al. 1997; Sadler, Kurrle & Cameron, 1995).

Die von elf pflegenden und sieben gepflegten Personen genannte gewaltauslösende Ursache „Ekel vor dem Partner“ bestätigt indirekt die Auffassung, dass sich Attraktivität gewaltmindernd auswirkt (Schneider, 2000). Krankheiten und deren Auswirkungen können somit auch auf diesem Wege Gewalt mitbegründen.

Die Art des Umgangs der gepflegten Person mit ihrer Erkrankung beeinflusst den Verlauf der Pflege und die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt deutlich.

Im Zusammenhang mit der bei der gepflegten Person bestehenden Grunderkrankung wurde im Rahmen der eigenen Studie die Art des Umgangs mit der Erkrankung sowie Krankheitsverarbeitung genauer untersucht. Dabei konnte die Vermutung, dass die beim Gepflegten vorherrschende Art der Krankheitsverarbeitung einen Einfluss auf das Gewaltvorkommen aufweist, tendenziell bestätigt werden.

Von den Betroffenen war besonders häufig darüber berichtet worden, dass der Hilfe- oder Pflegebedürftige mit seiner Erkrankung entweder dauerhaft unzufrieden oder depressiv umgehe oder im positiven Falle seine Erkrankung akzeptiere. In den Fällen, in welchen es der gepflegten Person gelungen war, die Krankheit zu akzeptieren und aus der Situation das Beste zu machen, traten beide am Pflegedual beteiligten Personen seltener als Gewaltanwender auf.

Die Krankheitsverarbeitung selbst stellt sich dabei als komplexes psychisches Geschehen dar, an welchem die subjektive Wahrnehmung, das emotionale Erleben und kognitive Bewertungsprozesse beteiligt sind, welche das Handeln beeinflussen. Es ließ sich in Studien erkennen, dass aktive und problemzentrierte Verarbeitungsstrategien zusammen mit emotionaler Entlastung sowohl die individuelle Lebensqualität als auch den somatischen Verlauf positiv beeinflussen können (Watson, Haviland, Davidson & Bliss, 1999). Affektive Zustände und personale Ressourcen seien dabei ebenso wichtige Einflussfaktoren wie die den kognitiven Bewertungssystemen zugrunde liegenden persönlichen Überzeugungen.

Erkrankungen und deren Folgen für die beteiligten Personen – eine Integration in theoretische Erklärungsmodelle auftretender Gewalt

Die eigene Studie ließ erkennen, dass die zur Pflege geführt habenden Erkrankungen, vorhandene psychische Erkrankungen und die Art der vorhandenen Krankheitsverarbeitung sich gegenseitig beeinflussen und nicht die Erkrankung als solche, sondern deren Folgen für die betroffenen Personen und deren Beziehung zueinander die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt maßgeblich mitbestimmen.

Theoretische Erklärungsmodelle für das Zustandekommen von Gewalt wurden durch die festgestellten Ergebnisse in Teilbereichen bestätigt.

Eine schwere Erkrankung der pflegebedürftigen Person kann soziale Interaktionen, welche auf der Ebene von Rollenbildern definiert, ausgeführt und bewertet werden, massiv beeinflussen und durch Veränderung der Rollentexte Konfliktpotentiale und Stress heraufbeschwören (symbolischer Interaktionismus, Goffmann, 1971). Krankheitsfolgen können beispielsweise deutliche Abweichungen vom hergebrachten Bild eines Partners mit sich bringen, was Interaktionsmuster stark beeinflussen kann.

Die mit dem sozialen Interaktionismus verwandte Rollentheorie erklärt Gewalthandlungen aus der Unkenntnis oder der Unfähigkeit heraus, neue Rollen, z.B. jener der pflegenden Partnerin, auszufüllen. Zudem können krankheitsbedingte, beispielsweise als Folge einer Demenz oder psychotischer Symptomatiken auftretende Verhaltensänderungen aufgrund unklarer Rollenzuschreibungen falsch interpretiert werden (Nadien, 1995), was zur Gewaltentstehung beitragen kann.

Zunehmende krankheitsbedingte Einschränkungen haben zudem häufig zur Folge, dass es der pflegebedürftigen Person immer weniger gelingt, ihrem Partner positive Dinge zu vermitteln und somit ein Beziehungsgleichgewicht herzustellen. Entsprechend der „Austauschtheorie“ (Fulmer & O'Malley, 1990; Kosberg, 1988), welche soziale Interaktionen als Austausch verstehen, bei welchen es darum geht, ein längerfristiges Gleichgewicht zwischen Kosten- und Nutzenaspekten sowie der Verteilung von Werten herzustellen, bedeutet eine schwere Erkrankung und damit ein schlechterer Gesundheitszustand häufig, dass sich das Gleichgewicht in einer Beziehung immer einseitiger darstellt, das Machtpotential der pflegenden Person und die Abhängigkeit der gepflegten Person zunehmen, was schlussendlich das Auftreten von Konflikten und Gewaltanwendungen fördert (George, 1986; Godenzi, 1996; Nadien, 1995; Philips, 1996). Die Umkehr von Abhängigkeitsverhältnissen wurde in

der eigenen Studie von dreizehn pflegenden und sieben gepflegten Personen als Ursache von Gewalt beschrieben.

Bei Überwiegen negativer Konsequenzen gegenüber den zu erwartenden Belohnungen entstehen Gefühle einer ungerechten Behandlung und Unzufriedenheit. Hörl (1986) wies anhand qualitativer Studien privater Pflegepersonen auf drei Austauschformen hin, welche trotz hoher Belastungen Aggressionen verhindern können. Es handelt sich dabei um den Ausdruck der Dankbarkeit des Betreuten, eine „Interaktionsbalance“ in Form von wechselseitig befriedigenden Gesprächen und Spielen sowie materielle Entschädigungen. Dass sich die vom Partner gezeigte Dankbarkeit positiv auf die Beziehung und die Pflegesituation ausgewirkt habe, gaben in der eigenen Studie acht (16 %) pflegende Personen an.

Ein niedrigeres Alter erhöht für beide am Pflegedual beteiligten Personen das Risiko, als Gewaltanwender aufzutreten.

Die Fachliteratur weist dem Alter eher einen Einfluss auf das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, zu. Obwohl einige Untersuchungen zum Ergebnis kamen dass mit zunehmendem Alter das Viktimisierungsrisiko im sozialen Nahraum tendenziell sinke (Müller, 1990, BMFUS, 1997, Brendebach, 1998), geht die Mehrzahl der Autoren davon aus, dass mit höherem Lebensalter eine größere Gefährdung bestehe, Gewalt zu erfahren (Kosberg, 1988; Lachs et al. 1996, 1997; Schiamberg & Gans, 2000). Beispielsweise wurden alte Menschen über 80 Jahre (Eastman, 1985), alte Alte (Dieck, 1987) und Frauen älter als 75 Jahre (Nadien, 1995) als besonders gefährdet eingestuft.

Die Auffassung, es bestehe ein Zusammenhang des Lebensalters mit dem Risiko, als Gewaltanwender aufzutreten, fand sich bei dürftiger Datenlage in der Literatur nicht.

Die eigene Studie ließ in Teilergebnissen (bei Beschreibung eigener Gewalt) jedoch erkennen, dass Gewaltanwender durchschnittlich jünger waren als jene, von welchen keine Gewalt ausgegangen war. Mit sinkendem Alter ließ sich bezogen auf pflegende Personen zudem eine Zunahme der ausgeübten Gewaltarten und bezogen auf die gepflegten Personen der Häufigkeit des Auftretens von Gewalt erkennen.

Die eigenen Ergebnisse weisen somit darauf hin, dass mit zunehmendem Alter nicht von einem erhöhten Gewaltrisiko ausgegangen werden muss. Das körperliche und psychische Befinden einer Person zeigt sich ebenso wie deren kognitive Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Durchsetzungsvermögen im Alter sehr variabel. Zunehmendes Lebensalter muss nicht

mit einer parallel damit einhergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder bestimmter Fähigkeiten und somit nicht mit erhöhter Gefährdung durch auftretende Gewalt verbunden sein.

Ein niedrigeres Lebensalter stellt jedoch sowohl für den Pflegenden als auch den Gepflegten, welcher sich früher mit einer schweren Krankheit auseinandersetzen muss, häufig eine größere Umstellung und Belastung dar. Das Überwinden einer ausgeprägten Differenz zwischen eigenen Bedürfnissen und Möglichkeiten, das Akzeptieren von Einschränkungen, Verzicht üben müssen, eine veränderte Lebensperspektive, aber auch auftretende sexuelle Probleme können zu Überforderungen führen, welche dann Gewalt anbahnend wirken können.

Die im Rahmen der eigenen Untersuchung von den Betroffenen als besonders stark belastend eingestuften Faktoren „eingetrübte Lebensperspektive“, „ Ungeduld des Gepflegten“ und „Verzicht üben müssen“ unterstützen diese Auffassung. Auch das Ergebnis der eigenen Studie, dass die Art der Krankheitsverarbeitung das Gewaltrisiko wesentlich mitbestimmt, kann in diesen Kontext integriert werden. Die Krankheitsverarbeitung zeigt sich zwar einerseits von Faktoren wie Persönlichkeitseigenschaften und Vorhandensein von Bewältigungsstrategien abhängig, andererseits stellt eine schwere, häufig auch chronische Erkrankung gerade für jüngere Menschen eine besondere Herausforderung, teils auch Überforderung dar, was dann mit dazu beitragen kann, insuffiziente Verarbeitungsformen zu entwickeln.

Persönlichkeitsmerkmale und bestimmte sich aus diesen ergebende Verhaltensweisen besitzen einen Einfluss auf das Zustandekommen von Gewalt.

Wie bei der Formulierung der Hypothesen vertreten, konnte festgestellt werden, dass der Ausprägungsgrad bestimmter Persönlichkeitsmerkmale das Gewaltrisiko maßgeblich mitbestimmt. In der Literatur wurde mehrfach darüber berichtet, dass bestimmte Persönlichkeitseigenschaften wie Reizbarkeit (Mendonca et al. 1996), Ängstlichkeit (Compton et al. 1997) oder eine Tendenz zum aggressiven Verhalten bei Ärger und Frustrationserleben (Comjis et al. 1999) das Gewaltrisiko steigern können. Auch wird angemerkt, dass Persönlichkeitsveränderungen aufgrund des Verlustes von Rollenbildern zu einem völligen Zusammenbruch regulierter Beziehungen führen können, was vor allem auch mit der Tatsache begründet wird, dass eine positive Resonanz des Gepflegten weitgehend

ausbleibt, ja z.T. stattdessen sogar Aggressionen von diesem ausgedrückt werden (Hörl 2002).

Hinsichtlich beim Pflegenden vorhandener Persönlichkeitseigenschaften konnte im Rahmen der eigenen Studie festgestellt werden, dass höhere Ausprägungsgrade der psychischen Erregbarkeit, der sozialer Verantwortlichkeit sowie der Klagsamkeit einen Einfluss auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt aufwiesen. Bezüglich Persönlichkeitseigenschaften der gepflegten Personen ließ sich erkennen, dass eine höhergradige psychische Erregbarkeit das Auftreten von Gewalt seitens des Partners eher reduziert.

Der stärkste Zusammenhang konnte in der Gruppe der pflegenden Personen für die Eigenschaft der psychischen Erregbarkeit erkannt ($p = 0,03$) werden. Gewaltanwender wiesen im Schnitt deutlich höhere Grade psychischer Erregbarkeit auf. Zudem zeigte sich, dass Pflegende bei Vorliegen höherer Grade der psychischen Erregbarkeit am häufigsten, nämlich in 12 von 14 Fällen (85,7%) über häufig, also zumindest einmal wöchentlich auftretende eigene Gewalt berichteten.

Eine erhöhte psychische Erregbarkeit scheint direkt mit dem gehäuften Auftreten von Gewalt assoziiert zu sein. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit Theorien, welche ein Grundniveau von Erregtsein als Voraussetzung dafür sehen, dass der Organismus auch im Sinne der Anwendung von Gewalt aktiv werden könne (Arousal-Theorie, (Berlyne, 1974)). Zillmann (1978, 1979) entwickelte die „Drei-Faktoren Theorie der Aggression“, in welcher ebenfalls die Erregung im Mittelpunkt steht, differenzierte jedoch neben einer Disposition, die Erregung selbst sowie eine Erfahrungskomponente als Einflussgrößen.

Andererseits konnte in der eigenen Studie festgestellt werden, dass höhere Grade der psychischen Erregbarkeit des Gepflegten eher verhindern, dass diese zu Gewaltempfängern wurden.

Während psychisch erregbarere Personen somit häufiger zur Gewaltanwendung neigen scheinen sie durch diese Eigenschaft möglicherweise geschützt davor, Opfer von Gewalt seitens des Partners zu werden.

Die sonstigen Ergebnisse ließen lediglich Tendenzen erkennen. Es konnte festgestellt werden, dass sozial verantwortlichere geringfügig seltener selbst Gewalt ausübten und sich bezogen auf den Grad der sozialen Verantwortung zudem seltener Gewalt von Seiten des Partners ausgesetzt sahen. Klagsamere pflegende Personen schienen zudem seltener Gewalt von Seiten der gepflegten Person ausgesetzt zu sein.

Ein höherer Grad an Leistungsorientiertheit kann prinzipiell zum Aufbau vermehrten inneren Druckes führen, eigene oder von der anderen Personen aufgebaute Erwartungen erfüllen zu

müssen. Der Grad der psychischen Belastung kann sich dadurch erhöhen und bei Nichterreichen selbst gesteckter Ziele aufgrund stärkergradigen Frustrationsempfindens zum Teil noch gesteigert werden. Gewalt als Abschluss einer Entwicklung, im Rahmen welcher die Pflegesituation als kaum noch zu bewältigende Aufgabe eingeschätzt wird, wobei der eigene Leistungsanspruch dafür eine wesentliche Bedingungsvariable darstellen kann, wurde mehrfach geschildert (Eastman, 1985; Pedrick-Cornell & Gelles, 1982). Die eigenen Ergebnisse ließen diesbezüglich nur erkennen, dass sich Pflegende, welche über keine eigene Gewaltanwendung berichtete hatten, im Schnitt als etwas weniger leistungsorientiert einstufen. Eine Tendenz, dass diese mit steigendem Grad der Leistungsorientiertheit häufiger Gewalt anwenden würden, ließ sich jedoch nicht erkennen.

Eine ausgeprägte Klagsamkeit des Pflegenden kann für den Partner ebenfalls eine große Belastung darstellen. Möglicherweise vermindert die Aussicht, durch Anwendung von Gewalt die Klagsamkeit des pflegenden Partners weiter zu erhöhen, aufgrund der zu erwartenden Folgen die Bereitschaft der gepflegten Personen zur Gewaltanwendung.

Persönlichkeitseigenschaften spielen im Rahmen der Ausbildung bestimmter Verhaltensweisen wie Ungeduld oder Launen eine wesentliche Rolle, beeinflussen jedoch ebenso die Art und Weise, wie eine Person mit problematischen Verhaltensweisen des Anderen umgeht, was das Ausmaß des daraus resultierenden Leidens wesentlich mitbestimmt. Höhere, durch Launen oder Ungeduld der gepflegten Person beim Pflegenden hervorgerufene Belastungsgrade zeigten sich in der eigenen Studie mit einem tendenziell höheren Gewaltvorkommen verbunden, bezüglich vom Gepflegten ausgehender Gewalt ließen sich die am stärksten ausgeprägten Zusammenhänge erkennen.

Dabei fiel auf, dass bei Beantwortung der Frage zumeist mitgeteilt wurde, dass der Partner oder man selbst „halt so ungeduldig oder launisch sei“, was das Auftreten von Gewalt dann begünstige. Somit dürften von Seiten der Interviewten größtenteils die Eigenschaften Launenhaftigkeit und Ungeduld mit dem durch sie beim Pflegenden ausgelösten Ausmaß der Belastung gleichgesetzt worden sein. Die Persönlichkeitseigenschaften selbst schienen somit das Ausmaß des Auftretens von Gewalt zu bestimmen, weniger die Art der pflegenden Person, mit diesen Stressoren umzugehen.

Die vorangehenden Ergebnisse bestätigen Untersuchungen, welche psychische Auffälligkeiten, aber auch Persönlichkeitseigenschaften sowie Aspekte des Verhaltens (Klagsamkeit, Ungeduld) als Risikofaktoren für Gewalt beschrieben (Brendebach 1998).

Mit steigender psychischer Belastung der pflegenden Person erhöht sich für diese das Risiko, als Gewaltanwender aufzutreten.

Der Grad der psychischen Belastung der pflegenden Person, welcher unter anderem durch Launen und Ungeduld des Gepflegten bedingt war, wies in der Gruppe der pflegenden Personen einen deutlichen Zusammenhang mit dem Ausmaß der von ihnen ausgehenden Gewalt auf. Gewaltanwender berichteten durchschnittlich über einen höheren Grad an psychischer Belastung ($p = 0,032$ (Pfleger), $0,034$ (ohne Demenz)). Obwohl dieser Zusammenhang durch die Ergebnisse der Befragung der gepflegten Personen keine Bestätigung fand, sollte dem Ergebnis Beachtung geschenkt werden, da nur die pflegende Person selbst den Grad ihrer psychischen Belastung genau beschreiben, die gepflegte Person diesen jedoch nur abschätzen kann.

Bereits Steinmetz (1988a, 1988b) hatte in seiner „caregiver-overload“-These vertreten, dass gerade die subjektiv wahrgenommene Belastung durch die Pflege mit Gewaltausübung einhergehe.

Trotz der Tatsache, dass eine mit extremer physischer und psychischer Belastung einhergehende Pflege des Partners durch positive Aspekte (etwas wieder gut machen zu können, Dankbarkeit, Anerkennung und das Gefühl, gebraucht zu werden, durch den Gepflegten zu erfahren; emotionale Wärme oder finanzielle Zuwendungen zu bekommen) als befriedigend oder sogar gewinnbringend erlebt werden kann (Gatz et al. 1990; BMFUS, 1997; Wahl, 1991), muss aufgrund der eigenen Untersuchungsergebnisse davon ausgegangen werden, dass höhere psychische Belastungsgrade mit einem erhöhten Gewaltisiko einherzugehen.

Im Rahmen der eigenen Studie ließ sich hinsichtlich der Einschätzung des Grades der psychischen Belastung der pflegenden Person ein weiterer Sachverhalt erkennen, welcher sich auf das Gewaltisiko ausgewirkt haben dürfte. Gepflegte Personen unterschätzten nämlich sowohl den Grad der psychischen Belastung des Pflegenden selbst, insbesondere aber die Belastungen durch „Verzicht üben müssen“, „Sorgen wegen der Lebensperspektive“ und „Launen der gepflegten Person“. Das Unterschätzen der psychischen Belastung der Pflegenden spiegelte sich häufig im Verhalten der gepflegten Person wieder und löste in der Folge häufiger Dissonanzen aus. Pfleger, welche über eigene Gewalt berichteten, gaben beispielsweise in 12 von 45 Fällen (26,7 %) an, ständiges Fordern des Partners und die Tatsache, dass der Partner die eigene Leistungsfähigkeit überschätze, sei mit Schuld daran, dass es zur eigenen Gewaltanwendung komme.

Stärkere körperliche Belastungen der pflegenden Person und ein zeitlich höherer Pflegebedarf sind häufiger mit dem Auftreten von Gewalt verbunden.

Die Vermutung, dass das Ausmaß der körperlichen Belastung der pflegenden Person mit einem erhöhten Gewaltrisiko verknüpft sei, konnte anhand der Ergebnisse der Gruppe der Pflegenden tendenziell nachgewiesen werden. Mit steigendem Grad der körperlichen Belastung ließ sich das gehäufte Auftreten von Gewalt seitens der gepflegten und pflegenden Personen erkennen.

Länger andauernde körperliche Belastungen führen häufig zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welcher wie bereits vorangehend aufgezeigt wurde, mitzubestimmen scheint, ob Gewalthandlungen ausgeübt werden. Eine vermehrte körperliche Belastung des Pflegenden hat ihre Grundlage zumeist in einer stärkeren Hilfsbedürftigkeit der gepflegten Person. Eine größere Hilfsbedürftigkeit ihrerseits hat häufiger zur Folge, dass gepflegte Personen unzufriedener, depressiver und gereizter sind sowie mehr Schwierigkeiten aufweisen, einen konstruktiven Umgang mit der Erkrankung zu führen. Wechselseitige Einflüsse unterschiedlicher das Gewaltrisiko beeinflussender Faktoren lassen sich auf diese Weise darstellen.

Die Angabe, dass Lagewechsel körperlich stark belastend seien, zeigte sich gehäuft mit von Seiten des Gepflegten ausgehender Gewalt verbunden ($p = 0,009$, (Hauptgruppe), $p = 0.04$, (Untergruppe 1)). Im wesentlichen dürften Gefühle der Unzufriedenheit mit der eigenen Abhängigkeit und Unzulänglichkeit, welche im Rahmen von Lagewechseln besonders schmerzlich bewusst wurden, aber auch empfundene Schmerzen das Auftreten dysphorisch - gereizter oder aggressiver Verhaltensweisen begünstigt haben. Mehrfach wurde von gepflegten Personen geschildert, dass Ungeduld und ständiges Antreiben durch den Partner sowie dessen Unverständnis gegenüber den eigenen Einschränkungen als ungerecht und verletzend empfunden wurden und gerade im Rahmen von Lagewechseln zur Überforderung führten. Mehrfach sei von der pflegenden Person zudem geäußert worden, dass man mit etwas gutem Willen doch besser beim Lagewechsel mitarbeiten könne, was neben dem Beharren der pflegenden Person auf ständigem Training möglichst selbständiger Lagewechsel zu Frustration und Wut seitens des Gepflegten und in der Folge auch Gewaltanwendungen von dessen Seite führte. Die enge Verzahnung körperlicher und psychischer Faktoren lässt sich auch an diesem Beispiel erkennen. Die Schulung der technischen Durchführung von

Lagewechseln, eine bessere Fähigkeit, das Krankheitsbild des Partners und die damit einhergehenden Einschränkungen einzuschätzen, wären in dieser Hinsicht wünschenswert.

Die Häufigkeit des Nutzens von Hilfen durch andere Personen hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt.

Eine Möglichkeit, die Belastungen der Pflege für den Pflegenden und damit auch das Auftreten problematischer Verhaltensweisen zu reduzieren, besteht darin, Hilfen von Familienmitgliedern, Bekannten oder professioneller Art zu nutzen. Die Vermutung, dass im allgemeinen mit steigendem Maß der genutzten Hilfe ein niedrigeres Gewaltisiko verbunden sei, muss nach den Ergebnissen der eigenen Studie angezweifelt werden. Dies widerspricht Ergebnissen anderer Studien, welche als Gewaltisikofaktoren unter anderem eine geringe soziale Unterstützung, unzureichende lokal vorhandene Hilferessourcen und unzureichendes Wissen über diese als Risikofaktoren von Gewalt beschrieben (Compton et al. 1997; Jones et al. 1997; Kivelä, 1994; Moon & Evans-Campbell, 1999; Schiamburg & Gans, 2000).

Die Ergebnisse der Befragung gepflegter Personen ließen zwar erkennen, dass in den Fällen, in welchen Hilfen anderer in Anspruch genommen wurden, der Anteil jener gepflegten und pflegenden Personen, welche als Gewaltanwender auffielen, geringfügig niedriger lag, als wenn auf Hilfen verzichtet wurde.

Die pflegenden Personen gaben dagegen an, dass bei Nutzung von Hilfen anderer mehr gepflegte (65,8 %) und in etwa gleich viele pflegende Personen (89,7 %) Gewalt ausgeübt hätten, als wenn auf Hilfen verzichtet wurde (58,3 % und 90,9 %). Wurde Hilfe nicht angenommen, wurde von Pflegenden, welche über eigene Gewalt berichtet hatten, diese jedoch häufiger beschrieben. Eine sichere Bestätigung der Auffassung, dass durch die vermehrte Nutzung von Hilfen das Gewaltisiko reduziert werden könne, gelang im Rahmen der eigenen Studie somit nicht. Auch für das Integrieren von Sozialdiensten in die Pflege ließ sich kein gewaltmindernder Effekt erkennen.

Im Rahmen der geführten Interviews wurde deutlich, dass sich die pflegenden Personen durch die Hilfen primär sowohl in körperlicher als auch psychischer Hinsicht entlastet zeigten. Dass dennoch nicht automatisch davon auszugehen war, durch das Nutzen fremder Hilfen das Auftreten von Gewalt reduzieren zu können, scheint nach den Ergebnissen der Studie insbesondere an den Reaktionen der gepflegten Person auf die in Anspruch genommenen Hilfen zu liegen. Gepflegte Personen schienen andere Menschen, welche in die Pflege integriert wurden, zum Teil eher als Be- statt als Entlastung zu empfinden. Bei Nutzung

professioneller Hilfen wurde Kritik an der fachlichen Qualifikation und dem zu gering ausgeprägten Einfühlungsvermögen des Personals sowie im Falle von Sozialdiensten an einem zu häufigen Personalwechsel geübt. Die Überzeugung, fremde Leute gehörten nicht ins Haus, und Eifersucht in den Fällen, in denen der Eindruck entstand, die Hilfspersonen hätten einen zu positiven Kontakt zum pflegenden Partner aufgebaut und würden diesen fast mehr kontaktieren als sie selbst, führten bei den gepflegten Personen zu Unzufriedenheit, vermehrter Aggressivität und reduzierten dadurch in der Folge die positiven Effekte der genutzten Hilfe für die pflegende Person.

Zum Teil sah sich die pflegende Person auch mit belastenden Äußerungen des Gepflegten konfrontiert, welcher äußerte, dass andere Personen die Pflege besser handhaben würden, was in der Folge zu einer Kränkung führte und auch zur Entstehung von Gewalt beitrug.

Auch von Seiten der pflegenden Person können mögliche positive Effekte der Nutzung fremder Hilfen reduziert oder gar aufgehoben werden. Häufig sieht sich die pflegende Person als primäre Pflegeperson, welche zudem oft vom Gefühl beherrscht wird, die beste und einzige zu sein, was dann eine Art „Monopolanspruch“ nach sich zieht und die Nutzung fremder Hilfen sowie das Schätzen dadurch erzielter Erleichterungen erschweren kann.

Inwieweit sich Hilfsmaßnahmen positiv auf die Pflegesituation und das Gewaltisiko auswirken können, hängt somit wesentlich von den Persönlichkeitseigenschaften der beteiligten Personen und deren Lebenseinstellungen, welche auch Auswirkungen hinsichtlich der Nutzung fremder Hilfen aufweisen, ab. Andererseits scheint diesbezüglich die fachliche und menschliche Qualifikation von Helfern entscheidend.

Compton et al. (1997) hatten im Rahmen von in Nordirland durchgeführten Studien bereits festgestellt, dass insbesondere die Tatsache, inwieweit Hilfe und Unterstützung geschätzt wurde, das Gewaltisiko reduzieren kann.

Der Besuch einer Selbsthilfegruppe reduziert das Gewaltisiko nicht.

Eine weitere Möglichkeit, Gewalt im Rahmen der Pflege des Partners verhindern zu können, besteht im Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe. Nach den Ergebnissen der eigenen Studie scheint die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe jedoch nicht dazu zu führen, dass pflegende oder gepflegte Personen dadurch seltener als Gewaltanwender auftreten. Im Rahmen der geführten Gespräche wurde mehrfach deutlich, dass meist nur eine Person wirklich Interesse am Besuch einer Selbsthilfegruppe hatte. Zudem bedeutete die Teilnahme an Treffen neben positiven Aspekten oft auch eine Belastung. Zu dieser Belastung führten insbesondere

Kontakte zu anderen gepflegten Personen, welche entweder in ihrer Krankheit weiter fortgeschritten waren und daher mehr Einschränkungen aufwiesen oder deren Krankheitsverlauf durch eine plötzliche Verschlechterung gekennzeichnet war. Die Identifikation mit dem Leid anderer Personen gleicher Erkrankung und die Ansicht, dass man sein eigenes Schicksal am Beispiel anderer Menschen vorgezeichnet sehe, führten nicht selten zu gedrückter Stimmung, Angst und Hoffnungslosigkeit, was mögliche positive Effekte der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe minderte oder gar ins Gegenteil verkehren konnte.

Hinsichtlich des Nutzens von Selbsthilfegruppen oder eingeschalteter Sozialdienste auf die Pflegesituation oder zur Gewaltvermeidung muss die Frage gestellt werden, ob im Rahmen der Studie aus dem Grunde keine positiven Effekte erkannt werden konnten, weil diese Maßnahmen erst bei bereits eingetretener größerer Belastung oder vorhandener Gewalt aufgesucht wurden und damit Ausdruck einer angespannteren Pflege- oder Beziehungssituation darstellten, welche ihrerseits die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt dann wesentlich bestimmte.

Die gewonnenen Ergebnisse ließen zumindest erkennen, dass bei Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe der Zeitpunkt aufgetretener Gewalt in den meisten Fällen mit „in letzter Zeit“ oder „ständig“ angegeben wurde (Pfleger: 76,9 %, Gepflegte: 100 %). Ein wesentlich gewaltmindernder Effekt wurde von den Beteiligten in den geführten Gesprächen nicht geäußert.

Höhere Ausbildungsgrade der Beteiligten schützen nicht generell vor auftretender Gewalt, führen im Falle pflegender Personen sogar zu deutlich häufigerer Gewaltanwendung.

Es wurde vor Durchführung der Studie angenommen, dass mit steigendem Grad des Schulabschlusses oder der Ausbildung von einem höheren Ausmaß vorhandener Kompetenzen der betroffenen Personen auszugehen sei, was sich positiv auf die Bewältigung der Pflegesituation sowie die Krankheitsverarbeitung auswirken und damit das Gewaltisiko reduzieren würde. Diese Hypothese konnte nicht belegt werden.

Die Ergebnisse stellten sich wesentlich komplexer dar und ließen in unterschiedliche Richtungen weisende Zusammenhänge erkennen. In der Literatur ließ sich lediglich die herrschende Auffassung auffinden, dass Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen in allen sozialen Schichten anzutreffen ist (Decalmer & Glendening, 1997; Eastman, 1985; Pillemer & Finkelhor, 1988), wobei Gewalt in nichtpflegerischen Zusammenhängen eher in den unteren

sozioökonomischen Schichten ausgeübt wird, was unter anderem durch das suffizientere Nutzen von Verschleierungstaktiken in den höheren Schichten bedingt sein dürfte (Wolf & Li, 1999). Inwieweit negative Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Comjis et al. 1999), passive und vermeidende Problemlösestile (Moon & Evans-Campbell, 1999) oder unzureichendes Wissen über Hilferessourcen, welche als Risikofaktoren der Gewaltentstehung formuliert wurden, als Indiz für das Vorliegen eines niedrigeren Ausbildungsgrades angesehen werden dürfen, erscheint zumindest fraglich.

In der eigenen Studie traten gepflegte Personen mit steigendem Ausbildungsgrad zwar tendenziell seltener als Gewaltanwender auf, pflegende Personen, welche als solche auffielen, wiesen jedoch eher einen höheren Ausbildungsgrad auf ($p = 0,08$ (Hauptgruppe), $p 0,06$ Untergruppe 1)) und übten mit steigendem Ausbildungsgrad häufiger Gewalt aus.

Pflegende Personen mit Hauptschulabschluss sowie fehlender Berufsausbildung sahen sich häufiger mit Gewalt von Seiten des Partners konfrontiert als jene mit höherem Schulabschluss. Gepflegte Personen mit Hochschulabschluss sahen sich im Falle von Gewalt durch den Partner dieser besonders häufig ausgesetzt.

Ein höherer Ausbildungsgrad scheint das Gewaltrisiko im allgemeinen nicht zu minimieren. Als Gründe dafür sind anzusehen, dass ein höherer Bildungsgrad nicht zwangsläufig damit einhergehen muss, dass jene Kompetenzen, die im Rahmen der Pflegesituation oder der Krankheitsverarbeitung hilfreich wären, auch in größerem Masse vorhanden sind. Kompetenzen werden häufig im Laufe des Lebens erworben und hängen damit wesentlich auch vom Lebenslauf des Einzelnen ab. Gerade bei Befragung der älteren Menschen wurde mehrfach darüber berichtet, dass man mehr aus sich hätte machen können, wenn man die Möglichkeiten dazu gehabt hätte. Der Ausbildungsgrad muss somit nicht mit dem Potential oder den Fähigkeiten einer Person übereinstimmen. Ein höherer Ausbildungsgrad kann zudem mit Ansprüchen und Erwartungshaltungen verbunden sein, die das Zusammenleben in einer Partnerschaft beispielsweise durch Ausbildung von Hierarchien und Abhängigkeiten sowie im Rahmen einer Pflegesituation die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt beeinflussen können. Höhere Bildungsgrade können mit höheren Ansprüchen ans Leben einhergehen, weshalb Pflegesituationen dann als einschränkender und belastender empfunden werden können.

Die Tatsache, dass gepflegte Personen die psychische Belastung des Partners unterschätzen und beide Personen den Gesundheitszustand des Partners besser einstufen als dieser selbst, führen zu Überforderungen und Gewalt.

Eines der wesentlichen Ziele der eigenen Arbeit war es, Unterschiede zwischen den Ansichten beider Partner hinsichtlich bestimmter Fragestellungen und die ihnen zugrundeliegenden Ursachen sowie deren mögliche Auswirkungen auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt zu untersuchen.

Im Rahmen der Untersuchung fiel auf, dass mehr gepflegte als pflegende Personen angaben, dass von Seiten der pflegenden Person keine Gewalt im Rahmen der Pflege ausgegangen sei. Falls darüber berichtet wurde, schilderte die gepflegte Person diese seltener als der Partner selbst.

Mehrere Gründe können dazu beigetragen haben. Einerseits kann das Ergebnis Indiz dafür sein, dass die gepflegte Person negative Konsequenzen des Partners befürchtete, falls über Gewalt von dessen Seite berichtet worden wäre. Dies trotz der Aufklärung durch den Interviewenden, dass sämtliche Angaben streng vertraulich behandelt würden. Das Ergebnis kann aber auch Ausdruck des Versuchs sein, etwas zu verharmlosen, um in der eigenen Abhängigkeit besser damit klarzukommen, oder um etwas nicht wahrhaben zu wollen, was vielleicht den Anfang vom Ende der partnerschaftlichen Beziehung darstellen könnte.

Die Tatsache, dass von Seiten der gepflegten Personen am häufigsten „Überlastung“ (n =14) als Grund für Gewalt von Seiten des Partners genannt wurde, zog mehrfach Kommentare nach sich wie „der Partner meinte es nicht so“, „eigentlich wollte er es nicht“, „das kam halt so“. Die Tendenz, dass Gewalt nicht persönlich genommen, sondern eher als Ausrutscher dargestellt wurde, kann auch dazu geführt haben, Gewalt von Seiten des Partners gar nicht erst zu schildern.

Bei Betrachtung der von beiden Seiten genannten Gründe entstehender Gewalt war erkennbar, dass überwiegend der Grund bei der gepflegten Person gesehen wurde. Pflegende gaben hinsichtlich eigener Gewaltanwendungen 80 verschiedene Ursachen an, wobei in 64 Fällen (80 %) der Gepflegte als jener angesehen wurde, welcher maßgeblich an deren Entstehung beteiligt war. Gepflegte Personen schilderten in 28 von 52 Fällen (53,8 %) von ihnen ausgehende Gründe, welche zur Gewalt des Pflegenden geführt hätten.

Pflegende gaben zudem in 32 von 43 genannten Ursachen (74,4 %) an, an der Entwicklung von Gewalt seitens des Gepflegten sei vor allem dieser beteiligt gewesen. Die gepflegten

Personen nannten hinsichtlich eigener Gewalt 13 von ihnen (44,8 %) und 11 vom Pflegenden ausgehende Gründe (37,9 %).

Es erstaunt in diesem Zusammenhang besonders, dass pflegende Personen selten eigene Anteile am Entstehen von Gewalt im Pflegedual beschrieben oder überhaupt zu erkennen in der Lage waren. Die Art, wie mit dem Gepflegten umgegangen wurde, inwieweit ihm Respekt, Achtung oder Einfühlungsvermögen entgegengebracht wurde oder ob eigene Überforderung maßgeblich an der Gewaltentstehung beteiligt waren, schienen von untergeordneter Bedeutung. Die Sinne in dieser Hinsicht zu schärfen und verstärkt die Fähigkeit zu vermitteln, eigenes problematisches Verhalten identifizieren und dessen Folgen besser beurteilen zu können, scheinen Ziele darzustellen, welche das Auftreten von Gewalt schlussendlich reduzieren könnten.

Die Beurteilungen des Gesundheitszustandes ließen erkennen, dass jener des Partners jeweils besser beurteilt wurde als von diesem selbst. Äußerungen der Interviewten, welche angaben, dass ihr Partner dazu neige, ihre Leistungsfähigkeit zu überschätzen, konnten damit in Zusammenhang gebracht werden. Als Folgen wurden beschrieben, dass die gepflegte Person dem Partner mehr an Arbeit zumuten und die Grenzen seiner Belastbarkeit falsch einschätzen würde, weshalb die gepflegte Person selbst dazu beitrug, eine Überforderung der pflegenden Person entstehen zu lassen. „Überforderung“ war gleichzeitig der von gepflegter Seite am häufigsten genannte Grund dafür, dass vom Partner Gewalt ausgegangen sei.

Die Tatsache, dass die pflegende Person den Gesundheitszustand des Partners besser als dieser selbst einschätzte, führte wie von gepflegter Seite mehrfach berichtet, dazu, dass ein „Nicht-Können“ als ein „Nicht-Wollen“ angesehen wurde, was in der Folge Meinungsverschiedenheiten und beiderseitige Unzufriedenheit nach sich zog. Beide Folgen wurden mehrfach als Ursachen von Gewalt beschrieben.

Die oben genannten Fakten bestätigen die Forderungen nach Interventionsprogrammen zur Aufklärung pflegender Angehöriger (Kruse, 1996, BMFUS 1997), besonders bei Vorliegen demenzieller Entwicklungen, psychischer Auffälligkeiten und negativ interpretierbarer Verhaltensweisen der zu pflegenden Person., um einführendes Verstehen fördern und das Gewaltisiko dadurch minimieren zu können.

Inwieweit die Interviewten ihr eigenes gesundheitliches Befinden schlechter darstellen als es eigentlich selbst einschätzen, um möglicherweise fremde und eigene Erwartungen an sich zu reduzieren und Enttäuschungen zu vermeiden, bleibt weiter fraglich.

Des weiteren konnte erkannt werden, dass gepflegte Personen zwar die durch die Pflege entstehende körperliche Belastung des Partners überschätzten, jedoch den durch die Pflege

entstehenden Zeitbedarf etwas niedriger, den Grad der psychischen Belastung dagegen deutlich niedriger einstufen, als der pflegende Partner selbst.

Besonders die Faktoren „Verzicht üben müssen“ und „Umgang mit einer veränderten Lebensperspektive sowie mit den Launen des Gepflegten“ unterschätzten die gepflegten Personen in ihrer Auswirkung auf den Partner deutlich.

Wie bereits geschildert kann das Unterschätzen der durch die Pflege für die pflegende Person entstehenden Belastungen zur Überbelastung und Überforderung mit all seinen negativen Auswirkungen führen. Für die pflegende Person kann - wie im Rahmen der Interviews ebenfalls zu hören - das Gefühl, etwas für den Partner zu tun, über dessen Ausmaß sich dieser überhaupt nicht bewusst ist und welches häufig auch noch als selbstverständlich erachtet wird, zu Wut, Ärger und Motivationsproblemen führen. Die von beiden Partnern im Rahmen der Studie als Ursachen von Gewalt von Seiten der pflegenden Person genannten Gründe wie ständiges Fordern des Gepflegten (n = 21), häufiger auftretender Streit (n = 10) und eine bestehende Überforderung des Pflegenden (n = 16) dürfen in diesem Zusammenhang gesehen werden.

Das ständige, häufig mit Ungeduld verbundene Einfordern von Hilfeleistungen durch den Gepflegten, muss zwar vor dem Hintergrund einer jeweils individuellen Beziehungsgeschichte gesehen und mit den Persönlichkeitsstrukturen der beteiligten Personen in Verbindung gebracht werden, die Unterschätzung der für die pflegende Person durch die Pflege resultierenden Belastungen insbesondere in psychischer Hinsicht scheint jedoch ebenfalls von Bedeutung zu sein und kann das Ziel für gewaltverhindernde Maßnahmen darstellen.

Trotz der Tatsache, dass gepflegte Personen häufiger Gewalt von Seiten des Partners ausgesetzt waren als selbst Gewalt ausgeübt zu haben, berichteten diese zumeist über eine im Rahmen der Pflege eingetretene positivere Entwicklung der Partnerschaftsqualität als ihr Partner. Die Zufriedenheit darüber, dass der Partner die Pflege überhaupt übernommen hat und nun mehr Gemeinsamkeiten (jeweils n = 2) und ein besseres Verständnis untereinander beständen (n = 10), wurden vom Gepflegten häufiger als Gründe für diese Einschätzung genannt. Die durch die eigene Erkrankung resultierenden Einschränkungen auf das Führen gemeinsamer Gespräche oder sexueller Aktivitäten wurden häufig als nicht so beeinträchtigend oder gar nicht existent betrachtet, was in deutlichem Gegensatz zur Ansicht des pflegenden Partners stand.

Die teils konträre Einschätzung der Beziehungsqualität kann das Zusammenleben und damit auch die Pflege beeinflussen. Der Wunsch, den Drang nach Nähe und Sicherheit des Partners nicht zu enttäuschen, mit eigenen Gefühlen von Frustration, Unzufriedenheit oder gar Ekel hinsichtlich des Partners gleichzeitig umgehen zu müssen, können bezogen auf die pflegende Person zu innerer Anspannung und psychischer Belastung führen und das Zustandekommen von Gewalthandlungen begünstigen.

Eine realistischere Einschätzung der Pflegesituation und der daraus resultierenden Belastungen, das bessere Erkennen möglicher Auswirkungen auf die Partnerschaft und das Vermitteln von Fähigkeiten, mit problematischen Verhaltensweisen des Anderen besser umgehen zu können, sollte daher angestrebt werden.

Probleme im Umgang mit der Erkrankung, im Rahmen der Bewältigung problematischer Verhaltensweisen und bei Schwierigkeiten im sexuellen Bereich überfordern die Beteiligten und erhöhen das Gewaltrisiko.

Eine weitergehende Auswertung der im Rahmen der Studie geführten Interviews ließ weitere Sachverhalte deutlicher werden, welche es als Grundlage der Entwicklung gewaltvermindernder Maßnahmen zu beachten gilt.

Es lassen sich Problemfelder erkennen, welche die vorhandenen Coping-Fähigkeiten der Betroffenen häufig übersteigen und in der Folge zur Gewaltentstehung beitragen können. Verschiedenartige Probleme stellen die Betroffenen dabei vor teils unlösbare Probleme. Neben der Krankheitsverarbeitung der gepflegten Person ist diesbezüglich auch der Umgang der pflegenden Person mit den Folgen der Erkrankung des Partners zu nennen. Pflegende hatten als Gründe eigener Gewalt in elf Fällen angegeben, sie würden Ekel vor bestimmten Krankheitssymptomen des Partners empfinden. Auch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen des Gepflegten (n = 17) und Langsamkeit des Gepflegten (n = 9) wurden dabei genannt.

In diesem Zusammenhang sich mit teils völlig veränderten Abhängigkeitsverhältnissen und Rollenbildern auseinandersetzen und diese bewältigen zu müssen, erscheint häufig kaum möglich. Die Umkehr von Abhängigkeitsverhältnissen (n = 20) und eine eingetretene Hoffnungslosigkeit, den vorhandenen Problemen gerecht werden zu können, wurden von den Beteiligten häufig als Gewaltursachen genannt (n = 20).

Auch der Umgang mit problematischen Verhaltensweisen des Partners, das suffiziente Nutzen kommunikativer Möglichkeiten zur Lösung vorhandener Probleme erscheint oft sehr

eingeschränkt. Die Bewältigung bestehender sexueller Probleme, diese überhaupt erst einmal zu thematisieren, scheint die Beteiligten ebenfalls häufig zu überfordern. In dreizehn Fällen wurde mitgeteilt, dass dauerhafte Probleme im sexuellen Bereich zur Gewaltentstehung beigetragen hätten.

Daneben ließen sich große Defizite darin erkennen, mit depressiven oder in wenigen Fällen auch psychotischen Symptomen umzugehen und dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit entgegenzuwirken. Auch die Fähigkeit, Überlastungen durch die Pflege entgegenwirken und für die eigene Psychohygiene sorgen zu können, schien häufig nur rudimentär vorhanden. All diese Defizite stellen auch im höheren Alter Ansatzpunkte zur Vermittlung von Bewältigungsstrategien und damit auch der Gewaltprävention dar.

Die Fähigkeit, sich in den Anderen hinein zu versetzen, scheint oft kaum vorhanden und kann das gehäufte Auftreten von Missverständnissen und Gewalt zur Folge haben.

Ein weiterer wichtiger Sachverhalt, welcher Auswirkungen auf die Gewaltentstehung aufzuweisen schien, war die Tatsache, dass die Betroffenen große Defizite hinsichtlich der Fähigkeit, sich in den anderen hineinzusetzen und dessen Befinden und Leistungsvermögen richtig einzuschätzen, erkennen ließen. Die Ergebnisse hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Partners, der psychischen und körperlichen Belastung des Pflegenden, genannter Ursachen von Gewalt und des Ausmaßes des durch die Gewalt beim Gepflegten ausgelösten Leides spiegeln dieses wieder.

Auch die Fähigkeit, im Rahmen auftretender Dissonanzen bzw. problematischer Verhaltensweisen, gerade im Falle pflegender Personen eigene Anteile an diesen Entwicklungen erkennen zu können, erscheint dringend zu fördern. Pflegende sahen die Ursache eigener Gewalt nur in 9 von 80 Fällen bei sich (11,3 %), jedoch in 64 von 80 Fällen (80 %) im Gepflegten begründet.

Zusammengefasst ließen sich mehrere Risikofaktoren für Gewalt erkennen, wobei diese nicht immer für beide am Pflegedual beteiligten Personen Bedeutung hatten. Risikofaktoren wirkten häufig in ihrer Gesamtheit, wiesen gegenseitige Beeinflussungen auf und wurden durch verschiedenste intervenierende Variablen in ihren Auswirkungen auf die Gewaltentstehung moduliert.

Als wesentliche Einflussfaktoren für das Zustandekommen von Gewalt ließen sich folgende Faktoren bestimmen: Lebensalter, Hauptgrund der Pflegeübernahme, Gesundheitszustand, Art

der beim Gepflegten vorliegenden Erkrankung, Vorhandensein einer psychischen Erkrankung, Art des Umgangs mit der Erkrankung, der Grad der psychischen und körperlichen Belastung des Pflegenden, Belastungen des Pflegenden durch Launen und Ungeduld des Gepflegten sowie durch notwendig werdende Lagewechsel, Persönlichkeitseigenschaften sowie Schulabschluss / Ausbildungsgrad.

Trotz interessanter Einzelaspekte konnte für die Faktoren Ausmaß der genutzten Hilfen durch andere Menschen, der Sozialkontakte im allgemeinen und Besuch einer Selbsthilfegruppe keine eindeutigen Zusammenhänge mit dem Auftreten von Gewalt nachgewiesen werden.

Mehrdimensionale Modelle der Gewaltentstehung führen mehrere, sich teils gegenseitig beeinflussende Einflussfaktoren an, welche zur Gewaltentstehung beitragen. Schneider (2000), welcher hypothetische Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen im Alter und Aggressionen darstellt, nennt als wesentliche Einflussvariablen Krankheit, Schmerzen, Depression, belastete Beziehung zu den Pflegepersonen, Hilfsbedürftigkeit und kognitive Beeinträchtigungen (siehe Abbildung im Anhang D). Kühnert (BMFUS 1997, S. 65) beschreibt als Einflussfaktoren die Familiendynamik, -geschichte, Persönlichkeitsmerkmale des „Opfers“ und des „Täters“, die Pflegesituation, die aktuelle Situation sowie allgemeine Lebensbedingungen (Schaubild im Anhang D).

Eine weitergehende Auswertung der im Rahmen der Studie geführten Interviews ließ drei Sachverhalte deutlicher werden, welche es als Grundlage der Entwicklung gewaltvermindernder Maßnahmen zu beachten gilt.

Die wichtigsten Einzelfaktoren, welche die Möglichkeit, Konflikte bearbeiten, fremde Hilfen nutzen und Gewalt verhindernde Maßnahmen anwenden zu können, stark beeinflussen, sind nach Ansicht des Autors die Persönlichkeitsstrukturen beider Partner, der Grad der psychischen Belastung des Pflegenden und das Vorliegen psychischer, aber auch körperlicher Erkrankungen mit ihren Folgen auf die kognitiven Funktionen, die Lebensqualität und die Güte der Partnerschaft.

Daneben lassen sich Problemfelder erkennen, welche die vorhandenen Coping-Fähigkeiten der Betroffenen häufig übersteigen und in der Folge zur Gewaltentstehung beitragen können. Neben dem Umgang mit Krankheitsfolgen, mit problematischen Verhaltensweisen des Partners sind auch Probleme bei der Bewältigung veränderter Abhängigkeitsverhältnisse in der Partnerschaft und sexuelle Probleme zu nennen.

Den dritten wichtigen Sachverhalt stellt die Tatsache dar, dass die Betroffenen große Defizite dabei aufwiesen, sich in den anderen hineinzusetzen und dessen Befinden und

Leistungsvermögen richtig einzuschätzen, und dass sie häufig auch die Fähigkeit vermissen ließen, im Rahmen auftretender Dissonanzen bzw. problematischer Verhaltensweisen, besonders im Falle pflegender Personen eigene Anteile an diesen Entwicklungen erkennen zu können.

Insbesondere den zuletzt genannten Punkten soll im Rahmen der Handlungsempfehlungen die größte Aufmerksamkeit gewidmet werden.

8. Handlungsempfehlungen:

8.1 Die ärztliche Seite betreffend:

Aufgrund der gemachten Erfahrungen scheint es primär notwendig, insbesondere Hausärzte, aber auch Ärzte anderer Fachrichtungen für die Problematik von Gewalt in der Pflege zu sensibilisieren. Dies könnte sowohl im Rahmen der Aus- und Weiterbildung, aber auch durch eine verstärkte Einbindung in die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen und Beratungszentren geschehen.

Da Hausbesuche häufig die einzige Möglichkeit darstellen, direkte Einblicke in die familiären Strukturen und die Umstände der Pflegesituation zu erlangen, sollten diese auch in städtischen Gebieten häufiger durchgeführt werden. Präventive Hausbesuche stellen potentiell nützliche Elemente der Gesundheitsvorsorge, aber auch möglicherweise der Gewaltverhinderung dar. Die Ausweisung dieser teils zeitintensiven Tätigkeiten als abrechnungsfähige Leistungen dürften neben Förderung idealistischer Intentionen die Durchführung dieser Hausbesuche begünstigen.

Hinsichtlich des Erlernens von Kriterien, um Fälle von Misshandlung oder Vernachlässigung überhaupt erkennen zu können, aber auch von Kompetenzen, bei Verdacht richtig zu handeln, scheinen weiterhin Defizite im Rahmen der Ausbildung von Ärzten zu bestehen, welche aufgrund der Dringlichkeit und des Ausmaßes der Problematik dringend ausgeglichen werden sollten.

Wie in der eigenen Studie ebenfalls erkennbar war, stellen psychische Erkrankungen Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt in der Pflege dar. Depressive Symptome der pflegenden als auch der gepflegten Person konnten mehrfach festgestellt werden, ohne dass in diesen Fällen psychopharmakologische Medikamente verschrieben oder psychotherapeutische Maßnahmen eingeleitet worden wären. Dabei schien eine Rolle zu spielen, dass pflegende Personen vor anderen, somit auch dem Arzt, keine Schwäche zeigen wollten und sich zum Teil besser präsentierten als sie sich fühlten. Von ärztlicher Seite schien teilweise die Ansicht zu bestehen, dass eine depressive Gestimmtheit im Rahmen der Pflege des Partners normal sei und daher keiner Intervention bedürfe.

Eine suffiziente medizinische Behandlung von depressiven Symptomen, Ängsten, innerer Unruhe oder Schlafstörungen erscheint dringend indiziert und sollte vermehrt ins Blickfeld therapeutischer Bemühungen treten. Auch Hinweise auf die Notwendigkeit von

Regenerationsphasen für pflegende Angehörige sowie gemeinsame Überlegungen, wie diese ermöglicht werden könnten, sollten von ärztlicher Seite vermehrt erfolgen.

Die Schwierigkeiten der medikamentösen Einstellung eines Parkinson-Syndroms beinhalten - wie in der eigenen Studie in mehreren Fällen erkennbar – die Gefahr des Auftretens psychotischer Symptome in Form paranoiden oder auch halluzinatorischen Erlebens. Für diese Symptome ebenso wie im Rahmen anderer Krankheitsbilder auftretender Impulsstörungen, Unruhezustände, dysphorisch-gereizter oder aggressiver Verhaltensweisen sollte vermehrt darauf geachtet werden, dass diese von Seiten der Betroffenen offen benannt, andererseits aber auch von fachärztlicher Seite oder in einer Fachklinik suffizient behandelt werden.

Inwieweit das politisch favorisierte „Hausarztmodell“ diesem Anspruch gerecht werden kann, erscheint fraglich.

Weiterer Handlungsbedarf besteht hinsichtlich der Nutzung psychotherapeutischer Verfahren im Alter. Noch immer bestehen häufig Vorbehalte gegenüber einer Psychotherapie im Alter. Gerade verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren können das zum Teil komplexe Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren eines Problemverhaltens wie Gewalt genauer darstellen, für die Betroffenen durchschaubarer machen und somit die Grundlage schaffen, Situationen zukünftig gewaltfreier zu bewältigen. Paartherapeutische Verfahren sollten vermehrt auch älteren Menschen dazu dienen, zwischenmenschliche Probleme lösen oder verringern zu können. Auch psychoedukative Therapien, welche das Krankheitsverständnis fördern, sollten ebenso wie die Förderung einer positiven Krankheitsverarbeitung intensiver genutzt werden. Die Ausbildung psychiatrisch-psychotherapeutisch tätiger Ärzte sollte auf diesem Gebiet intensiviert werden, um Unsicherheiten oder generationsbedingte Kontaktängste vermeiden zu können.

Auch die beratende Funktion, wie mit Belastungen oder Stress im Rahmen der Pflege oder der Krankheitsverarbeitung umzugehen sei, in welcher Form Stress minimiert werden kann, wie Entspannungsverfahren wirken und wo sie erlernt werden können, sollte von ärztlicher Seite vermehrt wahrgenommen werden.

8.2 Versorgungsstrukturen betreffend:

Im Rahmen der Studie war aufgefallen, dass weder die Inanspruchnahme von Hilfen durch Familienmitglieder, Freunde oder eines Sozialdienstes noch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe das Auftreten von Gewalt in deutlichem Masse zu reduzieren schienen.

Dies mag einerseits an einer grundsätzlich negativen Einstellung einer oder beider am Pflegedual beteiligten Personen gegenüber Hilfen von außen liegen, kann jedoch auch Hinweis dafür sein, dass Hilfsmaßnahmen verbessert oder in anderer Form erfolgen sollten. Die von Seiten der Pflegenden oder Gepflegten geäußerten Kritikpunkte betrafen einerseits die Motivationslage und die fachlich-menschlichen Qualitäten der Pflegepersonen, deren Vermögen, sich problemlos zu integrieren, aber auch häufig erfolgende Personalwechsel. Dies spricht dafür, dass sowohl die Arbeitsbedingungen professioneller Pflegekräfte, aber auch deren Ausbildung verbessert werden sollten.

Neben finanziellen Anreizen zur Steigerung der Motivationslage, aber auch zur Rekrutierung kompetenten Nachwuchses, sollten geregeltere Arbeitszeiten ermöglicht werden. Daneben sollte Tendenzen entgegengewirkt werden, aufgrund finanzieller Einschränkungen zunehmend fachlich unqualifiziertes Personal zu rekrutieren.

Eine bessere Aus- oder Weiterbildung sollte insbesondere die Kenntnis somatischer, insbesondere aber auch psychiatrischer Erkrankungen umfassen. Dies mit dem Ziel, aus Erkrankungen resultierende Einschränkungen besser erkennen und somit Überforderungen der pflegebedürftigen Personen vermeiden zu können. Auch bessere psychologische Kenntnisse erscheinen dringend notwendig. Einerseits, um Stress und Beziehungsprobleme besser erkennen und bewältigen zu können, andererseits um problematisches Verhalten des Pflegebedürftigen besser dahingehend überprüfen zu können, inwieweit dieses krankheitsbedingt ist, durch Probleme im Pflegeprozess oder der Krankheitsverarbeitung entstanden oder sich vorwiegend aufgrund von Persönlichkeitseigenschaften ausgebildet hat. Dies könnte verhindern, dass manche Dinge „persönlich“ genommen werden und damit die Pflege erschweren, obwohl sie durch andere Ursachen bedingt sind. Die Tätigkeit eines Supervisors oder die Teilnahme an einer Balint-Gruppe könnte bei Auftreten von Problemen helfen, diese kompetenter sowie auf interdisziplinärer Ebene zu lösen. Dies würde auch dem Ziele einer ganzheitlichen Pflege dienen.

Dem Problem, dass Gewalt von Seiten der gepflegten Person häufig im Rahmen von Lagewechseln auftritt, sollte einerseits durch eine suffiziente Versorgung mit Hilfsmitteln, andererseits durch eine bessere Schulung der gepflegten Personen selbst, aber auch der in den

Pflegeprozess integrierten professionellen Pflegekräfte und der Personen aus dem privaten Umfeld begegnet werden. Da sich im Krankheitsverlauf die beim Gepflegten bestehenden Grundlagen, auf welche Art ein Lagewechsel durchgeführt werden kann, verändern können, sollten in bestimmten Zeitabständen Schulungen durch qualifiziertes Personal wie Physiotherapeuten erfolgen sollte.

Um die mehrfach gegenüber Pflegediensten oder Institutionen geäußerten Vorurteile oder bestehenden Abneigungen überwinden zu können, wäre es zudem sinnvoll, dass das Leistungsangebot, die konzeptionellen Grundlagen von Diensten oder Einrichtungen besser vermittelt werden. Gerade die Information, dass Hilfsangebote möglichst individuell auf die Bedürfnisse eines Pflegeduals angepasst werden können und somit den am Pflegedual beteiligten Personen ein gewichtiges Wort bei der Ausgestaltung der Hilfsmaßnahmen eingeräumt wird, gilt es, verstärkt zu vermitteln.

Befürchtungen, andere würden sich nur einmischen, sie bevormunden oder bestimmen wollen, könnte dadurch entgegengewirkt werden.

Es scheint diesbezüglich notwendig, den Informationsfluss in Richtung jener Personen, welche sich in einer häuslichen Pflegesituation befinden, zu verstärken. Durch Informationsveranstaltungen, vermehrte Einbeziehung von Ärzten, Physio- oder Ergotherapeuten sowie Pflegekräften in die Informationsweitergabe oder eine vermehrte Kooperation mit Selbsthilfegruppen könnte dieses Ziel erreicht werden.

Da insbesondere die durch die Pflege resultierende psychische Belastung das Zustandekommen von Gewalt mitzubestimmen scheint, besteht ein dringender Bedarf, diesbezüglich entlastende Maßnahmen zu ergreifen. Psychosoziale Angebote sollten vermehrt angeboten werden. Insbesondere Möglichkeiten, Gespräche mit Einzelpersonen oder im Rahmen von Gruppen zu führen, um Probleme schildern, innere Anspannung abbauen, Hoffnung wieder erlangen zu können, sollten von Einrichtungen oder Diensten in den Vordergrund gestellt werden.

Das Ergebnis der eigenen Studie, dass Selbsthilfegruppen keinen gewaltmindernden Effekt aufwiesen, weist darauf hin, dass in diesem Punkt ebenfalls Handlungsbedarf besteht. Einerseits gilt es, die jeweils richtige Art der Teilnahme an Selbsthilfegruppen primär abzuklären. Die Fragen, ob man gemeinsam oder lieber alleine eine Selbsthilfegruppe aufsuchen sollte und welche Art von Selbsthilfegruppe am sinnvollsten wäre, müsste primär überprüft werden. Dabei ergeben sich beispielsweise Möglichkeiten der Teilnahme an einer auf die Grunderkrankung ausgerichteten Selbsthilfegruppe oder einer Gruppe für pflegende

Angehörige. Auch ob die Zusammensetzung einer Gruppe für die jeweiligen Personen sinnvoll ist, muss in der Folge einer kritischen Überprüfung unterzogen werden.

Daneben scheint es jedoch essentiell, dass nicht nur die Motivation, sich für andere zu engagieren, Grundlage des Führens oder der Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe darstellen sollte, sondern dass ebenso auf einen hohen Grad an Kompetenz und Wissen geachtet wird, welcher durch Einbindung von Experten und Fachpersonal, beispielsweise im Rahmen von Vorträgen, Informationsveranstaltungen oder Diskussionsforen, ständig erweitert werden sollte.

Im Rahmen der Studie konnte erkannt werden, dass die Partner beim Auftreten problematischer Verhaltensweisen oder Gewalt häufig unterschiedliche Gründe hierfür angaben oder aufgrund der Komplexität der Problematik die genauen Gründe gar nicht nennen konnten. Dies hatte zur Folge, dass Konzepte zur Bewältigung der Problematiken häufig nicht entwickelt werden konnten.

Bei dauerhaften Schwierigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses oder zur Bewältigung zwischenmenschlicher Probleme wären Konzepte, wie sie im Kinder- und Jugendhilfebereich bekannt sind, wünschenswert. Angelehnt an das Konzept der sozialpädagogischen Familienhilfe hätte eine Fachkraft die Möglichkeit, durch direkte Teilnahme am Pflegeprozess dysfunktionale Entwicklungen besser erkennen, diese den Beteiligten aufzeigen, Bewältigungsmöglichkeiten darstellen und in der Folge hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüfen zu können.

Ein weiterer in diesem Zusammenhang förderlicher Ansatz wäre das vermehrte Bereitstellen von Beratungsstellen durch Kommunen, Wohlfahrtsverbände oder privater Träger.

8.3 An die Gesundheits-, Sozial- und Altenpolitik gerichtet:

Im Rahmen der Studie fielen zwei Sacherhalte besonders auf. Zum einen ließen sich bei den Betroffenen eine starke Verunsicherung, aber auch Ängste und Wut beim Thema „Pflegeversicherung“ erkennen, was mehrfach dazu führte, dass in den gewünschten Interviews Versuche von amtlicher Seite gesehen wurden, Kontrollen durchzuführen, um dann eventuell finanzielle Mittel kürzen zu können. Zum anderen erstaunte immer wieder, wie selten pflegende Personen Mittel nutzten, um ihre häufig angegriffene körperliche und psychische Verfassung positiv zu beeinflussen.

Bezüglich der Pflegeversicherung bestehen nach Erkenntnissen dieser Studie weiterhin Defizite in mehreren Bereichen.

Das Antragsverfahren scheint für manche ältere Menschen, aber auch den ihnen Nahestehenden, zu kompliziert und bedarf dadurch entweder der Vereinfachung oder vermehrter Beratung oder Unterstützung der Antragsteller durch die Pflegekassen selbst. Auch Informationsdefizite hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherungen sollten durch Kranken- oder Pflegekassen sowie bereits im klinischen Bereich durch Sozialarbeiter oder Ärzte erfolgen.

Personen, welche vor Ort überprüfen, ob die Grundlagen zum Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung bestehen, sollten nicht nur Spezialisten des Regelwerkes darstellen, sondern auch danach ausgesucht werden, ob sie in empathischer, die Sorgen und Nöte der Betroffenen verstehender sowie respektvoller Art dazu in der Lage sind, die Überprüfungen durchzuführen.

Inhaltlich zeigen sich die Zeitansätze, welche für Hilfeleistungen angenommen werden, knapp bemessen. Zeiten, welche zur Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen benötigt werden, bleiben dabei meist unberücksichtigt, was gerade bei Pflege demenziell Erkrankter problematisch weiterhin erscheint.

Um die pflegende Person in ihrer Leistungsfähigkeit zu unterstützen und damit die häusliche Pflege längerfristig gewährleisten zu können, erscheinen „gezielte Maßnahmen zur Erholung und Stabilisierung der Gesundheit Pflegender sinnvoll“ (Holz, 2000). Kuren, entweder für die pflegende Person allein oder angelehnt an „Mutter-Kind-Kuren“ zusammen mit der gepflegten Person, dies mit dem Ziele, der gepflegten Person eine zum Teil traumatisch empfundene Trennung zu ersparen, wären hierfür ein geeignetes Mittel. Auch die Bezuschussung spezieller Urlaubsreisen, welche zur Entlastung der pflegenden Person Betreuungselemente für die gepflegte Person beinhalten sollte, könnten in psychischer und körperlicher, aber auch partnerschaftlicher Hinsicht zu einer Entspannung führen. Verordnungen von Therapien zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit wie physikalische und physiotherapeutische Maßnahmen oder Entspannungsverfahren (Muskelrelaxationen nach Jacobson, Tai Chi, Yoga, autogenes Training) sollten ebenfalls verstärkt gefördert werden.

9. Weitergehender Forschungsbedarf

Eine Problematik der eigenen Studie war es, genügend Interviewpartner zu rekrutieren. Durch den daraus resultierenden begrenzten Stichprobenumfang erwies es sich als schwierig, statistisch relevante Zusammenhänge zwischen Gewalt und möglichen Bedingungsfaktoren darstellen zu können. Bei Betrachtung der Ergebnisse der eigenen Studie fielen mehrfach interessante, tendenzielle Zusammenhänge zwischen Gewalt und Bedingungsfaktoren auf. Zur Überprüfung oder Bestätigung dieser Ergebnisse sollten weitergehende, größer angelegte Studien durchgeführt werden. Bei Durchsicht der Fachliteratur fiel zudem auf, dass es zwar viele Studien zur Thematik „im Rahmen der Pflege auftretende Belastungen und deren Folgen“ gibt, dass sich jedoch das Thema Gewalt im Rahmen der häuslichen Pflege als unterrepräsentiert erwies.

Defizite bestehen dabei in mehrfacher Hinsicht. Viele Studien zeigen sich recht breit angelegt, werden dadurch jedoch spezifischen Pflegesituationen nicht gerecht. Aus diesem Grunde erscheint es notwendig, Untersuchungen durchzuführen, welche sich auf bestimmte Pflegekonstellationen beziehen, da nur so Besonderheiten und charakteristische Gewalttrisikofaktoren und -konstellationen bestimmt werden können. Untersuchungen bezogen auf unterschiedliche Pflegekonstellationen (Pflege durch Partner, Kinder oder sonstige Verwandte bzw. Freunde) sowie unterteilt nach den häufigsten, zur Pflege führenden Erkrankungen (Parkinson'sche Erkrankung, Schlaganfall, Demenz) sollten zudem durchgeführt werden. Dies würde dazu beitragen, ein besseres Verständnis dafür zu entwickeln, in welcher Weise sich vorhandene körperliche Einschränkungen, kognitive oder neuropsychologische Defizite auf die Beziehungs- und Pflegesituation und das Gewaltvorkommen auswirken.

Zudem erscheint es notwendig, beide am Pflegedual beteiligten Personen zu befragen, um anhand der Schilderungen aus unterschiedlichen Perspektiven heraus ein möglicherweise realistischeres und differenzierteres Bild der Pflegesituation zu erlangen und eventuell anhand divergierender Ansichten und Einschätzungen weitere Gewalt induzierende oder reduzierende Faktoren identifizieren zu können.

Da im Rahmen der Pflegesituation beschriebene Gewaltformen bereits vor Eintritt der Pflege, zu jedem Zeitpunkt einer Partnerschaft aufgetreten sein können, erscheint es zudem von Interesse, die Frage zu klären, ob es durch eine eingetretene Pflegesituation zu einer quantitativen oder qualitativen Änderung von Gewalt zwischen den am Pflegedual beteiligten Personen gekommen ist.

Die meisten Interviews oder Umfragen bezüglich Gewalt in der Pflege wurden bisher zu einem bestimmten Zeitpunkt der Pflege durchgeführt. Längere Verlaufsbeobachtungen in Form von mehreren Interviews zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Pflege, sollten trotz zu erwartender Rekrutierungsschwierigkeiten in Angriff genommen werden. Die im Rahmen der eigenen Studie erkennbare große Motivation insbesondere der pflegenden Personen hinsichtlich der Thematik „Gewalt in der Pflege“ ließe zumindest von dieser Seite eine ausreichende Beteiligung erwarten. Diese Längsschnittstudien böten die Möglichkeit, im Rahmen der Pflege auftretende Fehlentwicklungen, Mechanismen der Gewaltentstehung und sich ausbildende Beziehungsproblematiken möglicherweise besser in ihrer Entstehungsweise erkennen und verstehen zu können. Daneben könnte untersucht werden, inwieweit sich Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation oder der Partnerschaftsqualität und Interventionen gegen Gewalt in der Folge ausgewirkt haben. Der Nutzen verstärkter Hilfen von außen, der Teilnahme an Selbsthilfegruppen, psychotherapeutischer Verfahren oder zukünftig auch „sozialpädagogischer Familienhilfen“ könnte auf diese Weise ebenfalls besser erfasst, überprüft und möglicherweise dann auch effizienter gestaltet werden.

Auch die Frage, welchen Einfluss bestehende Partnerschaftsprobleme oder Fehladaptationen im Rahmen des Pflegeprozesses auf Gewalt in der Pflege haben, inwieweit sich diese gegenseitig bedingen, sollte durch weitergehende Forschung beantwortet werden.

Um das Ineinandergreifen verschiedener, am Zustandekommen von Gewalt beteiligter Faktoren besser darstellen und erforschen zu können, wäre die Erstellung genauer Verhaltensanalysen gewalttätigen Verhaltens eine Möglichkeit, die verstärkt genutzt werden sollte. Gerade das Zusammenkommen beispielweise körperlich oder psychischer Befindlichkeiten, situativer Elemente, in der Partnerschaft oder in der Vergangenheit gemachter Erfahrungen und damit verbundener Erwartungen, können im Falle ihrer Kenntnis dazu dienen, zukünftig Gewalt besser zu verhindern. Wege hierzu wären die Darstellung typischer Gewaltkonstellationen in ihrer Prozesshaftigkeit und dem Ineinanderwirken verschiedener Faktoren. Die Ergebnisse wären sowohl im Rahmen von Selbsthilfebüchern zum besseren Verständnis, aber auch im therapeutischen Kontext zu nutzen.

Immer wieder erstaunte im Rahmen der eigenen Studie, wie wenig pflegende und gepflegte Personen, aber auch Ärzte Wissen über Leistungen der Pflegeversicherung, mögliche Hilfsangebote und die Thematik Gewalt in der Pflege aufwiesen. Diesen Eindruck durch Studien zu überprüfen, könnte mit dazu beitragen, zum Ausgleich dieser Defizite Studien- und Ausbildungsrichtlinien anzupassen und zu überarbeiten.

10. Ausblick

Der Ausblick hinsichtlich der Problematik „Gewalt im Rahmen der Pflege eines Partners“ richtet sich vornehmlich auf zwei Schwerpunkte, welche beide zum Ziel haben, eine suffizientere Prävention und Intervention von Gewalt zu gewährleisten.

Einerseits besteht die Notwendigkeit weitergehender Forschung, andererseits der Verbesserung von Hilfsangeboten für die von Gewalt betroffenen oder bedrohten älteren Menschen.

Die eigene Studie ließ erkennen, dass das spezifische Problem von Gewalt im Rahmen der Pflege des Partners tiefer beleuchtet werden muss.

Nicht mehr nur der Versuch, einzelne Risikofaktoren von Gewalt nachzuweisen, sondern das Aufweisen von Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Einflussfaktoren erscheint dabei besonders wichtig. Gerade die Komplexität des Entstehens gewalttätigen Verhaltens und dessen Prozesshaftigkeit bedarf einer genauen Darstellung, um problematische Entwicklungen den Betroffenen selbst und deren Angehörigen und Helfern besser nachvollziehbar zu machen und Interventionen gegen Gewalt besser zu ermöglichen.

Das Herausarbeiten der Individualität von Gewaltentwicklungen, aber auch das Erkennen bestimmter Gefährdungskonstellationen, welche möglicherweise bestimmte Gesetzmäßigkeiten erkennen lassen, stellen sowohl inhaltlich als auch methodische Herausforderungen für die Zukunft dar.

Inhaltlich betrachtet gilt es neben Verlaufsbeobachtungen insbesondere genaue Analysen auftretenden gewalttätigen Verhaltens aus der Sicht beider Betroffener zu erheben, um aus den unterschiedlichen Perspektiven heraus weiterführende gewaltfördernde Einflüsse darstellen zu können.

Neben der Darstellung der Komplexität des Entstehungsprozesses von Gewalt sollten bestimmte im Rahmen der Pflege eines Partners auftretende Problembereiche intensiver bearbeitet und mögliche Einflüsse auf die Gewaltentstehung dargestellt werden. Nach den Ergebnissen der eigenen Studie stellen sich dabei mehrere Problembereiche dar. Neben Partnerschaftsproblemen (Anpassung an veränderte Abhängigkeitsverhältnisse und Rollenbilder, Umgang mit Scham und Ekel aufgrund der Krankheitsfolgen, sexuelle Probleme) gilt es insbesondere vorhandene Coping-Fähigkeiten und kommunikative Fähigkeiten der Beteiligten und deren Einfluss auf die Gewaltentstehung zu erfassen. In diesen Bereich fällt auch die genauere Beschäftigung mit Problemen im Rahmen der Krankheitsverarbeitung.

Zudem sollte die Fähigkeit, den anderen zu verstehen, sich in diesen hineinversetzen sowie eigene Anteile an der Gewaltentstehung oder Fehlinterpretationen des Verhaltens und Befindens des Partners erkennen zu können, hinsichtlich Auswirkungen auf die Gewaltentstehung überprüft werden.

In methodischer Hinsicht gilt es, Erhebungsinstrumente zu entwickeln, welche die Mitarbeit der Betroffenen erhöhen und der Komplexität des Geschehens gerecht werden können. Neben quantitativen stellen vor allem qualitative Verfahren, z.B. Darstellung von Einzelfällen durch unstrukturierte, themenzentrierte Gespräche ebenso wie der psychotherapeutischen Verhaltenstherapie entlehnte Verhaltensanalysen Zugangswege dar.

Das Untersuchungsergebnis der eigenen Studie, dass die Häufigkeit des Nutzens fremder Hilfen, besonders von Sozialstationen, sowie des Besuchs von Selbsthilfe- oder Angehörigengruppen keinen wesentlichen gewaltmindernden Effekt erkennen ließ, weist für die Zukunft darauf hin, dass im Bereich von Hilfsangeboten Verbesserungen erzielt werden müssen.

Diesbezüglich erscheint es primär wichtig, die politisch angestrebte Förderung der Familie nicht nur dem Ziele zu widmen, Beruf und Kindererziehung besser miteinander vereinbaren zu können, sondern das Hauptaugenmerk auch darauf zu richten, häusliche Pflege in der Familie zu ermöglichen und entsprechende Hilfsangebote bereitzustellen.

Gewalt verhütende oder mindernde Maßnahmen sollten dabei auf mehreren Ebenen angestrebt werden.

Neben einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit, Steigerung der Qualifikation und der Motivation von Fachkräften, vermehrter Integration älterer Personen in bestehende Hilfsstrukturen und Therapieangebote, gilt es neue Beratungsformen und Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln und eine bessere finanzielle Förderung und Unterstützung geeigneter Maßnahmen zu erzielen.

Die im Rahmen der eigenen Studie gemachte Erfahrung, dass professionelle Helfer sich zum Grossteil äußerst skeptisch bezüglich der Notwendigkeit und Durchführbarkeit von Studien zum Thema Gewalt im Rahmen der Pflege des Partners äußerten, stimmte sehr bedenklich.

Weitere Maßnahmen zur Enttabuisierung des Themas durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Integration der Thematik in Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen erscheinen zukünftig notwendig.

Da in die Pflege oder die Behandlung des Erkrankten eingebundene Personen den nächsten Kontakt zu den Betroffenen aufweisen und am ehesten die notwendige Vertrauensbasis aufbauen können, um bezüglich auftretender Gewalt zu Rate gezogen zu werden oder selbst

zur Bewältigung beitragen zu können, erscheint deren suffiziente Schulung dringend erforderlich. Gerade das Wissen um psychologische Sachverhalte, den Umgang mit Aggression, Ablehnung, Eifersucht von Seiten der Betroffenen und das Erkennen und professionelle Umgehen mit Übertragungsphänomenen sollte besser geschult werden. Dies mit dem Ziel, die Motivation und das Engagement der in den Pflegeprozess involvierten Personen zu erhalten und eine dauerhaft vertrauensvolle Beziehung zu den Personen des Pflegeduals zu schaffen. Neben Supervisionen und Balintgruppen und einer stärkeren Verzahnung hilfeleistender Personengruppen gilt es auch Kontrollinstanzen und qualitätssichernde Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz geleisteter Hilfen zu etablieren.

Ansonsten sollte es das Ziel sein, den älteren Menschen zur Verhütung und Bewältigung vorhandener Gewalt verstärkt in bestehende Beratungsstrukturen, Hilfsangebote und Therapieangebote zu integrieren.

Die verstärkte Integration in die Familienberatung, das Nutzen sozialpädagogischer Familienhilfen sowie im psychotherapeutischen Bereich von Paartherapien und ambulanten psychotherapeutischen Verfahren erscheint zukünftig wichtig.

Zudem gilt es Beratungs- und Hilfsangebote zu initiieren, welche die Wahrscheinlichkeit der Nutzung durch die Betroffenen erhöhen. Die eigenen Erfahrungen hierzu weisen in die Richtung, Angebote so darzustellen, dass die Betroffenen nicht primär mit den Wörtern „Gewalt“ oder „Aggressionen“ oder der Hauptproblematik „Gewalt in der Pflege“ konfrontiert werden. Die Integration der Gewaltproblematik in Hilfsangebote, welche sich allgemeinen Problemen des Alters sowie der Pflege wie sozialer Isolation, Depression, Beziehungsproblemen, Umgang mit körperlicher und psychischer Erkrankung widmen, scheint diesbezüglich sinnvoller. Das Schaffen eines psychosozialen Angebotes, welches der Heterogenität des älteren Menschen und der im Rahmen der Pflege auftretenden Probleme gerecht wird, ist anzustreben.

Psychosoziale, multiprofessionelle Beratungszentren mit mobilen Einsatzkräften, welche im Sinne eines Case managements Hilfsmöglichkeiten abstimmen und institutionelle Hilfen koordinieren können, aber auch die verstärkte Verzahnung der mit den Personen des Pflegeduals in Verbindung stehenden Personen (Angehörige, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Ärzte, Psychologen, Durchführende von Selbsthilfe- oder Angehörigengruppen) erscheinen zudem notwendig, um das gemeinsame Ziel, einen besseren Einblick in bestehende Problemstrukturen zu gewinnen und damit besser Gewalt in der Pflege begegnen zu können, zu erreichen.

11. Exkurs: Sexuelle Probleme im Rahmen der Pflegesituation – Belastungsfaktor und möglicher Risikofaktor entstehender Gewalt

Probleme im sexuellen Bereich wurden von den Betroffenen in nur geringem Umfang als direkt gewaltauslösend (n = 5) oder indirekt als gewaltfördernd (n = 13) genannt. In 18 Beziehungen wurden sie jedoch als über längere Zeiträume hinweg als psychisch belastend beschrieben.

Das häufigste Problem männlicher gepflegter Personen stellte das Vorliegen sexueller Funktionsstörungen (Erektionsstörungen) dar (n = 8). Hierunter litten primär die Betroffenen selbst, was in der Folge häufiger dysphorisch-gereizte Stimmungszustände, depressive Symptome, Selbstwertprobleme, Verlassensängste und Eifersucht nach sich zog und auch zu teils ausgeprägten psychischen Belastungen der Partnerin führte.

Die verzweifelten Versuche der betroffenen Männer, eine Erektion herzustellen oder den bei der Ehefrau vermuteten sexuellen Wünschen gerecht zu werden, wirkten sich für beide Partner Stress induzierend aus.

In drei Fällen kam es in diesem Zusammenhang von Seiten der gepflegten Männer zu häufigen Wünschen nach sexueller Aktivität. Neben dem Einsatz sexueller Hilfsmittel, um eigene Defizite ausgleichen zu können, musste in einem Fall von der pflegenden Ehefrau eine zeitliche Begrenzung sexueller Aktivitäten auf eine Stunde pro Tag vereinbart werden, um weitergehende Dissonanzen zu vermeiden.

Von Seiten der pflegenden Partnerinnen wurde in allen drei Fällen geäußert, dass eigentlich keine sexuellen Bedürfnisse bestünden. Es wurde jedoch der Wunsch nach einem vermehrten Austausch kleiner Zärtlichkeiten geäußert.

In einem Fall bestand bei einem gepflegten Mann ein krankheitsbedingter, teils medikamentös induzierter massiv verstärkter und mit Enthemmung verbundener Sexualtrieb, welcher von der betroffenen Ehefrau als große Belastung und hinsichtlich ihres Ehemannes als sehr trennend erlebt wurde. Trotzdem wurde der behandelnde Arzt, welcher dann die notwendige medikamentöse Umstellung vornahm, erst nach einigen Monaten konsultiert.

Gepflegte Frauen berichteten in zwei Fällen darüber, dass sie darunter leiden würden, dass von Seiten des Partners keine sexuellen Initiativen mehr ausgingen. In einem Fall ging der Partner davon aus, dass sexuelle Kontakte mit zu starken Schmerzen für die Partnerin einhergehen würden. In einem Fall sprach der pflegende Partner davon, dass die Schlaganfallerkrankung der Ehefrau nun eben das „Zölibat“ bedeute, wobei fraglich war, ob die Ehefrau überhaupt noch als sexuell von Interesse wahrgenommen wurde.

Der Faktor Schmerz als Hinderungsgrund sexueller Aktivität wurde ebenfalls von einem pflegenden Ehemann geäußert. Dieser litt darunter, dass es durch die Erkrankung der Ehefrau und damit einhergehender Schmerzzustände zu deutlichen Einschränkungen sexueller Aktivitäten kam. In diesem Fall wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit es vertretbar sei, eine außereheliche sexuelle Beziehung oder eine Lebensgemeinschaft mit zwei Frauen in einem Hause zu führen und gleichzeitig die Ehefrau weiterhin aufgrund vorhandener Zuneigung zu pflegen.

Von Seite pflegender Partnerinnen wurde am häufigsten als größtes sexuelles Problem genannt, dass eine Abneigung gegenüber dem erkrankten Partner bestehe, welche eigentlich keine sexuellen Kontakte mehr zulasse. Man müsse dem Drängen des Partners jedoch gelegentlich nachgeben, was sehr belastend sei. Als Gründe der Abneigung wurden genannt: Ekel (n = 5), „kein richtiger Mann mehr“ (n = 1) und „Mann sei wie ein Kind“ (n = 1).

Als weiteres Problem wurde ein zu häufiger Wunsch des gepflegten Partners nach sexueller Aktivität genannt, welchem in zwei Fällen Kompensationsversuche von Erektionsstörungen, in jeweils einem Fall krankheits- und eifersuchtsbedingte Ursachen zugrunde lagen.

Nur in zwei Fällen wurde geäußert, dass man sich sexuell unbefriedigt fühle, in einem Fall war es bereits zum Eingehen eines außerehelichen Verhältnisses gekommen.

Zusammengefasst ließen sich mehrere auffällige Ergebnisse dokumentieren und Faktoren erkennen, welche direkt oder indirekt die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gewalt erhöhen können.

Gepflegte Männer litten fast ausschließlich unter vorhandenen sexuellen Funktionsstörungen, zu geringer Häufigkeit sexueller Kontakte und forderten diese dann teils vehement gegenüber ihren Partnerinnen ein.

Gepflegte Frauen gaben seltener an, unter reduzierten oder völlig eingestellten sexuellen Kontakten zu leiden. Sie äußerten ihre Bedürfnisse aus Scham heraus nicht, zeigten sich jedoch in zwei Fällen dadurch getroffen, dass die Partner Argumente vorschoben, um sexuellen Kontakten aus dem Weg gehen zu können.

Weibliche Pflegepersonen gaben am häufigsten an, vor allem in sexueller Hinsicht unter einer großen Abneigung gegenüber dem Partner zu leiden. Veränderte Rollenbilder, verminderte sexuelle Ausstrahlung und Ekel bezüglich Krankheitsfolgen (z.B. Speichelfluss, Lähmungen oder Inkontinenz) wurden als Gründe genannt. Nicht die verminderten sexuellen Kontakte, sondern das Einfordern dieser durch die nicht mehr als attraktiv angesehenen Partner stellten die größte psychische Belastung dar.

Von Seiten pflegender Ehemänner wurde in wenigen Fällen als Problem geäußert, dass sexuelle Kontakte seltener zustande kämen. Der Faktor „Abneigung“ wurde überhaupt nicht geäußert, was daran lag, dass pflegende Männer von ihren Partnerinnen nicht zum Sex gedrängt wurden, diesem somit aus dem Wege gehen konnten.

Sexuelle Probleme können direkt innerhalb einer Situation, aber auch indirekt durch dadurch wesentlich mitbestimmte Partnerschaftskonflikte und damit einhergehenden psychischen Stress dazu führen, das Gewaltrisiko zu erhöhen.

Als Grundlage entstehender Probleme ließen sich Fehleinschätzungen der sexuellen Bedürfnisse des Anderen, Kommunikationsprobleme bei der Thematisierung sexueller Probleme und das häufig zu späte Nutzen von Hilfen (z.B. Aufsuchen des Arztes zur medikamentösen Umstellung, Beratung hinsichtlich Problemlösungsstrategien und moralischer Bedenken, z.B. das Eingehen anderweitiger sexueller Beziehungen) erkennen.

Diese Defizite abzubauen und eine suffiziente Therapie sexueller Funktionsstörungen, welche zumeist auch einen größeren psychogenen Anteil aufweisen, zu gewährleisten, sollten Ziele darstellen, welche sich auch im Sinne der Gewaltprävention positiv auswirken dürften.

Es gilt besonders männlichen, gepflegten Personen Alternativen darzustellen, nicht nur im sexuellen Bereich Mittel zur Selbstwertbildung und zur Schaffung der Gewissheit, dass die Partnerin zu einem gehöre, zu sehen, um so auch der Angst vor dem Verlassenwerden auf andere Weise entgegenwirken zu können.

Die Förderung der Krankheitsverarbeitung, der Selbstwertbildung, das Schaffen von Nähe in veränderter Art und Weise sowie das Umgehen mit Eifersucht sollte früher therapeutisch angestrebt werden. Das Besprechen moralischer Bedenken und alternativer Beziehungs- und Lebensformen erscheint ebenso sinnvoll.

Zusammengefasst gilt es, durch besseres und zeitlich früheres Ineinandergreifen psychologischer, ärztlicher, seelsorgerischer und pflegerischer Funktionen eine bessere Bewältigung vorhandener sexueller und partnerschaftlicher Probleme zu erzielen. Dies würde zur Verringerung daraus resultierenden psychischen Stresses und möglicherweise dadurch ausgelöster Gewalt führen.

12. Literaturverzeichnis

- Arendt, H. (1990). Macht und Gewalt. Piper, München (7. Aufl.)
- Beck, B. (1997). Fallstudien über erwerbstätige Hilfe-/ Pflegeleistende in der Bundesrepublik Deutschland. In B. Beck, G. Naegele, M. Reichert & U. Dallinger. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege (S. 159-237). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 106.1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Benton, D. & Marshall, C. (1991). Elder abuse. *Vlinics in Geriatric Medicine*, 7 (4), S. 831-845.
- Berkowitz, L. (1962). *Roots of aggression*. New York: Mc Graw-Hill.
- Berlyne, D.E. (1974). *Konflikt, Erregung, Neugier*. Stuttgart: Klett.
- Bickel, H. (1997). Epidemiologie psychischer Krankheiten im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie* (S. 1-15). Stuttgart: Enke.
- Bickel, H. (2001). Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, S. 108-115.
- Blinkert, B. & Klie, T. (1999). *Pflege im sozialen Wandel: Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung*. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2000). Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. *Sozialer Fortschritt*, 10, S. 237-245.
- Bracker, M., Dallinger, U., Karden, G. & Tegthoff, U. (1998). *Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen. Voraussetzungen, Belastungen und sozialpolitische Schlussfolgerungen. Die Bevollmächtigte der hessischen Landesregierung für Familienangelegenheiten (Hrsg.)*. Wiesbaden: Eigenverlag.
- Bracker, M. (1990). Pflegezwang für Frauen. In: *Dr. med. Mabuse* 15, S. 38-41.
- Braun, H. & Articus, S. (1984). *Die häusliche Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen – eine empirische Untersuchung der Erscheinungsformen, Probleme und Unterstützungsmöglichkeiten. (= Forschungsbericht Nr. 40 der Konrad-Adenauer-Stiftung)*. Melle: Knoth.
- Brendebach, C. (1998). *Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. Ergebnisse einer Studie der „Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter“*. Diplomarbeit im Aufbaustudiengang Psychogerontologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, März 1998.
- Brendebach, C. & Hirsch, R.D. (1999). *Gewalt gegen alte Menschen in der Familie*. In R.D. Hirsch, E.U. Kranzhoff & G. Schiffhorst (Hrsg.). *Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen (Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Bd.2, S. 83-117)*. Bonn: Eigenverlag.

- Brendebach, C. & Piontkowski, U. (1997). Alte Patientinnen in der Hausarztpraxis: ein Beitrag zur gerontologischen Einstellungsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30, S. 368-374.
- Brink, L. (2002). Was belastet pflegende Angehörige von Apoplexbetroffenen? In W. Schnepf (Hrsg.): *Angehörige pflegen*, S. 219-239. Verlag Hans Huber.
- Brody, E.M. (1985?). Parents care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, S. 19-29.
- Büscher, A. (2002). Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf familiäre Pflegesituationen. In W. Schnepf (Hrsg.): *Angehörige pflegen*, S. 264-281. Verlag Hans Huber.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2000). *Bevölkerung: Fakten-Trends-Ursachen-Erwartungen (BiB-Broschüre)*. www.bib-demographie.de.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1994). *Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1995). *Kriminalität im Leben älterer Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer (S. 112)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1997). *Gewalt gegen Ältere zu Hause*. Fachtagung 11./12. März. Bonn Eigendruck.
- Carell, A. (1999). Gewalt gegen ältere Menschen – ein Überblick über den derzeitigen Diskussionsstand. In T. Brunner (Hrsg.), *Formen und Ursachen lebenslagespezifischer Gewaltpotentiale* (S.15-37). Graftschaft.
- Cash, T. & Valentine, D. (1987). A decade of adult protective services: Case characteristics. *Journal of Gerontological Social Work*, 10 (3-4), S. 47-60.
- Choi, N.G. & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33 (2), S. 5-25.
- Clark, P.C, King, K.B. (2003). Comparison of family caregivers. Stroke survivors vs. Person with Alzheimer's disease. *Journal of gerontological nursing*, 29 (2), S. 45-53.
- Comjjs, H.C. (1999). *Elder mistreatment. Prevalence, risk indicators and consequences*. Enschede: Print Parters Ipscamp.
- Comijs, H.C., Jonker, C., van Tilburg, W. & Smit, J.H. (1999). Hostility and coping capacity as risk factors of elder mistreatment. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34 (1), S. 48-52.
- Compton, S.A., Flanagan, P. & Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (6), S. 632-635.

- Cooney, C. & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia – a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41 (4), 276-283.
- Coyne, A.C., Reichman, W.E. & Berbig, L.J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 643-646.
- Creedon, M. (1999). Finanzielle Unterstützungsleistungen für ältere Angehörige in den USA unter besonderer Berücksichtigung erwerbstätiger Pflegepersonen. In M. Reichert & G. Naegele (Hrsg.), *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven II*. (Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, 8). Hannover: Vincentz.
- Dallinger, U. (1997). Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Sekundäranalyse der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung“. In B. Beck, G. Naegele, M. Reichert & U. Dallinger. *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege* (S. 111-157). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 106.1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Decalmer, P. & Glendenning, F. (eds..) (1997). *The Mistreatment of Elderly People*. London: Sage.
- Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode (1997). Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Unterrichtung durch die Bundesregierung, BT- Drucksache 13/9528 vom 19.12.1977, S. 7/8.
- Deutscher Bundestag (2002a). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Drucksache 14/8822. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH. S. 210
- Deutscher Bundestag (2002). Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“- Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Drucksache 14/8800. Berlin: Eigenverlag.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung DIW (2001). Wochenbericht des DIW, 68. Jg. H5, S. 65-77.
- Dieck, M. (1987). Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext – Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, S. 305-313.
- Dieck, M.(1993). Gewaltanwendung gegen alte Menschen: Ist die Bedeutung des Tabus wichtiger als Aufklärung, Prävention, Hilfe? In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 73 (11), S. 393-400.
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. & Sears, R.S. (1970). Frustration und Aggression. Weinheim: Beltz.
- Douglass, R.L. (1983). Domestic neglect and abuse of the elderly: implications for research and service. *Journal of applied family and child studies*, 32, 395-402.

- Draper, B.M, Poulos, C.J, Cole, A.M., Ehrlich, F. (1992). A comparison of caregivers for elderly stroke and demenzia victims. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40 (9), S. 896-901.
- Dyer, C.B., Pavlik, V.N., Murphy, K.P. & Hyman, D.J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (2), S. 205-208.
- Eastman, Mervyn (1985). *Gewalt gegen alte Menschen*. Freiburg: Lambertus.
- Eckert, R., Kaase, M. & Neudhardt, F. (1990). Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt aus soziologischer Sicht. Gutachten der Unterkommission III. In Schwindt, H.-D., Baumann, J. u.a. (Hrsg.): *Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt, Band II, Erstgutachten der Kommissionen* (S. 293-414). Berlin: Duncker & Humblot.
- Ehrhardt, T. (1999). *Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer*. Göttingen: Hogrefe.
- Erlemeier, N. (1995). Soziale Unterstützung bei der Auseinandersetzung älterer Menschen mit Belastungen. In: A. Kruse u. R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter*, S. 253-261.
- Evers, A., Leichsenring, K., Prückner, B. (1993). *Pflegegeld in Europa, Schriftenreihe „Soziales Europa“* herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wien.
- Faßmann, H. (1996). Burnout bei pflegenden Angehörigen: Isoliert, erschöpft und ausgebrannt. Modellprojekt belegt das Ausmaß der psychischen Überlastung. *Forum Sozialstation*, 79, S. 43-45.
- Fernandez, H.H., Tabamo, R.E., David, R.R., Friedman J.H. (2001). Predictors of depressive symptoms among spouse caregivers in Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 16 (6), S. 1123-1125.
- Forschner, M. (1985). Gewalt und politische Gesellschaft. In Schöpf, A. (Hrsg.). *Aggression und Gewalt*. Königshausen + Neumann, Würzburg, S. 13-36.
- Fuchs, A. (1993). Gewaltbegriff und Funktion der Gewalt. In Kempf, W., Frindte, W., Sommer, G. & Spreiter, M. (Hrsg.): *Gewaltfreie Konfliktlösungen*. Asanger, Heidelberg, S. 35-52.
- Fulmer, T. & O' Malley, T. (1990). *Inadequate Care of the Elderly*. New York. Springer Verlag.
- Fulmer, T. (1991). Elder mistreatment: Progress in community detection and intervention. *Family and Community Health*, 14 (2), S. 26-34.
- Galtung, J. (1975). *Strukturelle Gewalt*. Rohwolt: Reinnbek.
- Galtung, J. (1993). Kulturelle Gewalt. In Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.): *Aggression und Gewalt*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Gatz, M., Bengtson, V.L. & Blum, M.J. (1990). Caregiving families. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Hrsg.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 3. Ed., S. 404-426. New York: Academic Press.
- George, L.K. (1986). Caregiving burden: conflict between norms of reciprocity and solidarity. In: Pillemer, K. & Wolf, R. (eds.). *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, Massachusetts: Auburn House Publishing Company.
- Gilberg, R. (2000). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Studien und Berichte Bd. 68. Berlin.
- Godenzi, A. (1996). *Gewalt im sozialen Nahraum*. Basel: Helbring und Lichtenhahn.
- Godkin, M.A., Wolf, R.S. & Pillemer, K.A. (1989). A case-comparison analysis of elder abuse and neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28, S. 207-225.
- Görgen, T. Kreuzer, A., Nägele, B. & Krause, B. (2002). Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojektes. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Schriftenreihe Band 217*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Goffman, E. (1971). *Interaktionsrituale*. Frankfurt: Suhrkamp
- Gottlieb, B.H., Kelloway, E.K. & Fraboni, M. (1994). Aspects of eldercare that place employees at risk. *The Gerontologist*, 34, S. 815-821.
- Grafström M., Nordberg, A. & Winblad, B. (1993). Abuse in the eye of the beholder. Report by family members about abuse of demented persons in home care. A total population-based study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, S. 247-255.
- Gräbel, E. (1996). Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger. In *Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), danken und dienen 1996. Thema: Pflege im Alter – Pflegende Angehörige (S. 12-18)*. Stuttgart.
- Gräbel, E. (1998). Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. *Habilitationsschrift der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg*. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen.
- Gräbel, E. (1998a). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I. Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, S. 52-56.
- Gräbel, E. (1998b). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I. Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, S. 52-56.
- Gräbel, E. (2001). Angehörigenberatung bei Demenz: Bedarf, Ausgestaltung, Auswirkungen. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 6, S. 215-220.

- Griffin, L.W. & Williams, O.J. (1992). Abuse among African-American elderly. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (1/2), S. 19-35.
- Grond, E. (1998). *Pflege Demenzkranker*. Hagen: Brigitte Kunz.
- Halsig, N. (1995). Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, S. 247-272.
- Halsig, N. (1998). Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger. Möglichkeiten der Intervention. In Kruse, A. (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie Bd. 2: Intervention* (S. 211-231). Göttingen: Hogrefe.
- Hamel, M., Gold, D.P., Andres, D., Reis, M., Dastoor, D., Grauer, H. & Bergman, H. (1990). Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *Gerontologist*, 30, S. 206-211.
- Han, B., Haley, W.E. (1999). Family caregiving for patients with stroke. Review and analysis. *Stroke, a journal of cerebral circulation*, 30 (7), S. 1478-1485.
- Happe, S., Berger, K. (2002). The association between caregiver burden and sleep disturbances in partners of patients with Parkinson's disease. *Age and aging*, 31 (5), S. 349-354.
- Hesselbach, M., Raderschatt, S. (1999). Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. In: Hirsch, R.D., Kranzhoff, E.U., Schiffhorst, G. (Hrsg.): *Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen*. Bonn: Handeln statt Misshandeln 1999, S. 119-151.
- Hirsch, R.D. (1994). Recht und Zukunft der Pflege. Gefährdete Freiheit in der Gerontopsychiatrie. In: Braun, H., u.a. (Hrsg.), *Zukunft der Pflege*. Melsungen.
- Hirsch, R.D. (1997). Lohnt sich die Behandlung von Depressionen im Alter? In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe & C. Wächtler (Hrsg.). *Depressionen im Alter* (S. 76-78). Darmstadt: Steinkopff.
- Hirsch, R.D., Vollhardt, B. & Erkens, F. (1997). *Gewalt im Alter*. Vorlesungsskript der gleichnamigen Veranstaltung an der Universität Erlangen-Nürnberg im Wintersemester 1997/98. Eigendruck.
- Hirsch, R.D. & Brendebach, C. (1999). Gewalt gegen ältere Menschen in der Familie. In Hirsch, R.D., Kranzhoff, E.U. & Schiffhorst, G. (Hrsg.), *Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen*. Bonn: Handeln statt Mißhandeln, S. 83-117.
- Hirsch, R.D. (2000). Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem. *Psychiatrie & Altenhilfe News* (3), S. 3-13.
- Hobsbawn, E. (1997). *Das Zeitalter der Extreme*. Hanser, München (5. Verb. Aufl.).

- Höhn, C. (2001). Demographische Probleme des 21. Jahrhunderts aus deutscher Sicht. Statistische Nachrichten – Vierteljahresheft 1. Quartal 2001, S. 1-17 (Amt für Statistik Nürnberg - www.statistik.nuernberg.de).
- Hörl, J. (1986). Betreuungserfahrungen und Sozialbeziehungen älterer Menschen. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.). Das Alter. Einführung in die Gerontologie. Stuttgart, S. 75-108.
- Hörl, J. & Spannring R. (2001). Gewalt gegen alte Menschen, In Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), Gewalt in der Familie - Gewaltbericht (S. 305-344). Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Höwler, E. (2000). Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege Hagen: Brigitte Kunz Verlag.
- Hoffman, M.L. (1987). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, S. 126-136.
- Holz, P. (2000). Pflegende Angehörige. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 353-358). Stuttgart: Kohlhammer.
- Homer, A.C. & Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359-1362.
- Hudson, M. & Johnson, T. (1986). Elder neglect and abuse: a review of the literature. In: *Annual review of Gerontology and Geriatrics*, 6, 81-134.
- Hufschmidt, A. & Lücking, C.H. (1997). *Neurologie compact*. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Hughes, M. (1997). „That triggers me right off“: Factors influencing abuse and violence in older people's care-giving relationships. *Australian Journal on Aging*, 16 (2), S. 53-60.
- Hwalek, M.A., Neale, A.V., Goodrich, C.S. & Quinn, K. (1996). The association of elder abuse and substance abuse in the Illinois Elder Abuse System. *Gerontologist*, 36 (5), S.694-700.
- Jones, J.S., Holstege, C. & Holstege, H. (1997). Elder abuse and neglect: Understanding the cases and potential risk factors. *American Journal of Emergency Medicine*, 15, (6), S. 579-583.
- Jungbauer, J., v. Cramon, D.Y., Wilz, G. (2003). Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Der Nervenarzt*, 74 (12), S. 1110-1117.
- Käsler-Heide, H. (1998). *Wenn die Eltern älter werden: ein Ratgeber für erwachsene Kinder*. Frankfurt/Main: Campus.

- Kanowski, S. (2002). Interventionen- Strukturen und Strategien (Einleitung). In Deutscher Bundestag (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (Drucksache 14/8822), S. 193. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Kitze, K., von Cramon, D.Y., Wilz, G. (2002). Psychische Belastungen bei Angehörigen von Schaganfallpatienten. *Die Rehabilitation*, 41 (6), S. 401-406.
- Kivelä, S-L. (1994). Elder abuse in Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6 (3/4), 31-44.
- Kivelä, S.L. (1995). Elder abuse in Finland. In J.I. Kosberg & J.L. Garcia (Hrsg.). *Elder abuse: International and cross-cultural perspectives* (S. 31-44). New York, NY: Haworth Press.
- Klaus, P. (2000). *Crimes against persons age 65 and older, 1992-97*. Washington, D.C.: Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice.
- Klie, T. (1997). Normative Optionen: Die Stellung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen im SGB XI, in: Brau, U., Schmidt, R. (Hrsg.): *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. Transfer-Verlag, Regensburg, S. 9-22.
- Kosberg, J.I. (1988). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*, 28, S. 43-50.
- Kranich, M. (1998). Aggressions- und Gewaltphänomene in der Altenarbeit. Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 1. Chudeck, Brühl.
- Krey, V. (1986). Zum Gewaltbegriff im Strafrecht. In Bundeskriminalamt, (Hrsg.): *Was ist Gewalt? Band 1. Strafrechtliche und sozialwissenschaftliche Darlegungen*. Wiesbaden, S. 11-106.
- Kruse, A. (1996). Darstellung des Dunkelfeldes anhand einer empirischen Untersuchung zur Lebenssituation pflegender Angehöriger. In Weisser Ring (Hrsg.), *Gewalt gegen Pflegebedürftige*. Vortragsveranstaltung mit Podiumsdiskussion, 12. Dezember 1995. Dokumentation. Mainzer Schriften zur Situation von Kriminalitätsoptionen, Band 16, S. 16-25.
- Kruse, A. (1999). Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie vom 3.-5.06.1999 in Bonn.
- Kurrle, S.E., Sadler, P.M. & Cameron, I.D. (1991). Elder abuse: An Australia case series. *Medical Journal of Australia*, 155 (3), S. 150-153.
- Lachs, M.S. & Pillemer, K.A. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332, S. 437-443.
- Lachs, M.S., Berkman, L., Fulmer, T. & Horwitz, R. (1994). A prospective community-based pilot study of risk factors for the investigation of elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42 (2), S.169-173.

- Lachs, M.S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L. & Horwitz, R. (1996). Older adults. An 11-year longitudinal study of adult protective service use. *Archives of Internal Medicine*, 156 (4), S. 449-453.
- Lachs, M.S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L. & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist*, 37 (4), S. 469-474.
- Lambrecht, P. & Bracker, M. (1992). Die Pflegebereitschaft von Männern 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben. Kassel: Gesamthochschule Kassel (ASG).
- Lösel, F., Selg, H., Schneider, U. & Müller-Luckmann, E. (1990). Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt aus psychologischer Sicht. Gutachten der Unterkommission I. In Schwindt, H.-D., Baumann, J. u.a. (Hrsg.): Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt, Band II, Erstgutachten der Kommissionen (S. 1-156). Berlin: Duncker & Humblot.
- Lowenstein, A. (1995). Elder abuse in a forming society: Israel. In: Kosberg, J.I., Garcia, J.L. (eds.): Elder abuse. New York, London: Haworth Pr., S. 81-100.
- Lux-Henseler, B. (2001). Langfristige Bevölkerungsprognose für Nürnberg bis zum Jahre 2050. Statistische Nachrichten – Vierteljahresheft 1. Quartal 2001 (Amt für Statistik Nürnberg – www.statistik.nuernberg.de)
- Mager, H.-C. (1999). Pflegebedürftigkeit: Dimensionen und Determinanten. In R. Eisen & H.-C. Mager (Hrsg.). Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern (S. 335-52). Opladen: Leske + Budrich.
- Marschner, A. (Hrsg.) (2002). Kommentar zum Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). kontinuierlich ergänzt (Stand: März 2002). Neuwied: Luchterhand.
- Matter, C. & Späth, C. (1998). Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 11 (2), S. 51-59.
- Mendonca, J.D., Velamoor, V.R. & Sauve, D. (1996). Key features of maltreatment of the infirm elderly in home settings. *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie*, 41 (2), 107-113.
- Moon, A. & Evans-Campbell, T. (1999). Awareness of formal and informal sources of help for victims of elder abuse among Korean American and Caucasian elders in Los Angeles. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11 (3), 1-23.
- Morris, R.G., Morris, L.W. & Britton, P.G. (1988). Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry*, 153, S. 147-156.
- Müller, H.A. (1990). Aggression und Gewalt gegen alte Menschen. In: Howe, H. et al. (Hrsg.). *Lehrbuch der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Alternswissenschaften*, Band 2, 66-78. Heidelberg: Ansanger.

- Nadien, M.B. (1995). Elder violence (maltreatment) in domestic settings: some theory and research. In: Adler, L. & Denmark, F. (eds.). *Violence and the prevention of violence*. 177-190. Westport, CT: Praeger.
- Naegele, G. & Reichert, M. (1997). Krankheit, Alter und Pflege als Problem in der Familie. In L.A. Vaskovics & H. Lipinski (Hrsg.), *Familiale Lebenswelten und Bildungsarbeit* (2), S. 139-182). Opladen: Leske + Budrich.
- Naegele, G. & Reichert, M. (1999). Zur Lebenslage älter werdender und älterer Singles – ein Literaturüberblick. *Zeitschrift für Sozialreform*, 5, S. 394-418.
- National Center of Elder Abuse (1998). *The national elder abuse incidence study: Final report*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Niederfranke, A. & Geve, W. (1996). Bedrohung durch Gewalt im Alter. Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (3), 169-175.
- Nolan, M. (1997). Sustaining meaning: A key concept in understanding elder abuse. In P. Decalmer & F. Glendenning (Hrsg.). *The mistreatment of elderly people* (2nd ed., S. 199-209). London: Sage.
- Ogg, J. & Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 305, 998-999.
- O' Reilly, F., Finnan, F., Allwright, S., Smith, G.D., Ben-Shlomo, Y. (1996). The effects of caring for a spouse with Parkinson's disease on social, psychological and physical well-being. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 46 (410), S. 507-512.
- Paveza, G.J., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ahford, J.W., Gorelick, P., Hirschmann, R., Luchins, D. & Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *Gerontologist*, 32, S. 493-497.
- Pedrick-Cornell, C. & Gelles, R.J. (1982). Elder abuse. The status of current knowledge. In: *Family Relations*, 32, 447-465.
- Philips, L.R. (1996). Theoretical explanations of elder abuse : competing hypotheses and unresolved issues. In: Pillemer, K. & Wolf, R. (eds.). *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, Massachusetts: Auburn House Publishing Company.
- Pierce, R.L. & Trotta, R. (1986). Abused parents: A hidden family problem. *Journal of Family Violence*, 1 (1), S. 99-110.
- Pillemer, K.A. (1985). The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly. *Social Problems*, 33, S. 146-158.
- Pillemer, K.A. & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elderly abuse: a random sample survey. *Gerontologist*, 28 (1), S. 51-57.
- Pillemer, K.A. & Finkelhor, D. (1989). Causes of elder abuse: Caregiver stress versus problem relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, S. 179-187.

- Pillemer, K.A. & Suitor, J.J. (1992). Violence and violent feelings : What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47, 165-172.
- Pillemer, K.A. (1997). Erfahrungsbericht aus dem Ausland – USA. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). *Gewalt gegen Ältere zu Hause: Fachtagung 11. und 12. März 1996 in Bonn* (S. 102-1066). Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Podnieks, E. & Pillemer, K.A. (1989). *Survey on abuse of the elderly in Canada*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute.
- Podnieks, E. (1992a). Emerging themes from a follow-up study of Canadian victims of elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (1/2), S. 59-111.
- Podnieks, E. (1992b). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (1/2), S. 5-58.
- Pot, A.M., van Dyck, R., Jonker, C. & Deeg, D.J.H. (1996). Verbal and physical aggressions against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31, S. 156-162.
- Pritchard, J. (2000). *The needs of elder woman. Services for victims of elder abuse and other abuse*. Bristol: Policy Pr.
- Rauchfleisch, U. (1992). *Allgegenwart von Gewalt*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Reichert, M. (1998). *Häusliche Pflege in Nordrhein-Westfalen. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik Bd. 17*. Münster: LIT.
- Reichert, M. (2000). *Häusliche Pflege demenzkranker alter Menschen - eine kritische Analyse existierender Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige*. Expertise erstellt im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Dortmund.
- Reichert, M. (2003). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege - ein Überblick zum neuesten Forschungsstand. In M. Reichert, N. Maly-Lukas & C. Schönknecht (Hrsg.), *Älter werdende und ältere Frauen heute. Zur Vielfalt ihrer Lebenssituationen*. Wiesbaden: Westdeutscher.
- Reister, M. (2000). Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1994 bis 1997. In M. Arnold, M. Litsch, F.W. Schwartz (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 99*, S. 307-322. Stuttgart: Schattauer.
- Remschmidt, H., Hacker, F., Müller-Luckmann, E., Schmidt, M.H. & Strunk, P. (1990). Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt aus psychiatrischer Sicht. Gutachten der Unterkommission II. In Schwindt, H.-D., Baumann, J. u.a. (Hrsg.): *Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt, Band II, Erstgutachten der Kommissionen* (S. 157-292). Berlin: Duncker & Humblot.
- Ritter, J. (1974). *Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band III*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

- Rothgang, H. (2001). Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Rückert, W. (1997). Von Mensch zu Mensch: Hilfe und Pflege im Alter. In Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.), Studieneinheit 18 des Funkkollegs Altern. Studienbrief 7, (S. 2-36). Tübingen: Eigenverlag.
- Ryden, M. (1988). Aggressive behavior in persons with dementia living in the community. *The Alzheimer Disease and Associated Disorder International Journal*, 2, S. 342-355.
- Sadler, P., Kurrle, S. & Cameron, I. (1995). Dementia and elder abuse. *Australian Journal of Ageing*, 14 (1), 36-40.
- Schäfers, B. & Zapf, W. (1998). Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Opladen: Leske + Budrich.
- Scherfenberg, E. (2001). (17./18. November). Ohne Verfallsdatum. Die späten Jahre benötigen eine Image-Korrektur. *Nürnberger Nachrichten (Wochenmagazin)*, S. 1.
- Schiemberg, L.B. & Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50 (4), 329-359.
- Schmidt, M. (2000). Guter Rat zur Pflegeversicherung. 3. Völlig neu bearbeitete Auflage 2000. München: dtv.
- Schneekloth, U. (1996). Entwicklung von Pflegebedürftigkeit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1, S. 11-17.
- Schneekloth, U. & Müller, U. (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 127. Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, U. & Leven, I. (2003). Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002 - Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten“. Infratest Sozialforschung unveröffentlicht.
- Schneider, H.-D. (2000). Empirische Untersuchungen zur Aggression im Alter. In R.D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.). *Aggression im Alter (Gewalt im Alter, Bd.7)*. Bonn: HSM Eigenverlag.
- Schneider, G. (2002, 27./28. Juli). Hilfe für Angehörige – Altersverwirrte Menschen bekommen bessere Leistungen. *Nürnberger Nachrichten (Wochen-Magazin)*, S. 4.
- Scholte, O.P., Reimer, W.J., de Haan, R.J., Rijnders, P.T., Limburg, M., van den Bos, G.A. (1998). The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke, a journal of cerebral circulation*, 29 (8), S. 1605-1611.

- Schröppel, H. (1992). „...von wegen Rabentöchter“: Der Pflegenotstand in Familien mit altersverwirrten Angehörigen (1. Aufl.). Augsburg: waschzettel verlag a. möckl.
- Schulz, C. (2001). „Wege aus dem Labyrinth der Demenz“. Beratung, Unterstützung und vernetzte Hilfen für Angehörige von Demenzzkranken durch die Alzheimer Beratungsstelle Bochum. In P. Tackenberg & A. Abt-Zegelin (Hrsg.), Demenz und Pflege: eine interdisziplinäre Betrachtung (2. Aufl.), S. 230-240. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Schwarz, K. (2001). Bericht über die demographische Lage in Deutschland. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft (Abstrakt aus BiB-Nachrichten, S. 3-5).
- Selg, H. (1982). Aggressionsdefinitionen – und kein Ende ? In Hilke, R. & Kempf, W. (Hrsg.): Aggression. Huber, Bern, S. 351-354.
- Smith, M.C., Ellgring, H., Oertel, W.H. (1997). Sleep disturbances in Parkinson's disease patients and spouses. Journal of the American Geriatrics Society, 45 (2), S. 194-199.
- Sowarka, D., Schwichtenberg-Hilmert, B. & Thürkow, K. (2002). Gewalt gegen ältere Menschen. Ergebnisse aus Literaturerecherchen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Diskussionspapier Nr. 36.
- Stadt Nürnberg (2002). Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2001. Nürnberg: Amt für Stadtforschung und Statistik.
- Stadt Nürnberg: Amt für Stadtforschung und Statistik (Hrsg.) (2002). Nürnberg in Zahlen 2001.
- Statistisches Bundesamt (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 (www.gbe.bund.de).
- Statistisches Bundesamt (2000a). Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland Stuttgart: Metzler, Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2000b). Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2001a). Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2001b). 2. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegebedürftige. Bonn.
- Steinhagen-Thiessen, E., Wrobel, N. & Borchelt, M. (1999). Der Zahn der Zeit. Körperliche Veränderungen im Alter. In A. Niederfranke, G. Naegle & E. Frahm (Hrsg.), Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alters, S. 277-317. Opladen: Westdeutscher.
- Steinmetz, S.K. (1983). Dependency, stress and violence between middle-aged caregivers and their elderly parents. In J.I. Kosberg (ed.). Abuse and mistreatment of the elderly: Causes and interventions (S.134-149). Littleton, Mass.: John Wright.

- Steinmetz, S.K. (1988 a). *Duty bound: Elder abuse and family care.* (Sage library of social research, Vol. 166). Newbury Park, CA: Sage.
- Steinmetz, S.K. (1988 b). Elder abuse by caregivers: Processes and intervention strategies. *Contemporary Family Therapy*, 10, S. 256-271.
- Tatara, T. & Kuzmeskus, L.M. (1997). Summaries of statistical data on elder abuse in domestic settings foer FY 95 and FY 96. Washington, D.C.: National Center on Elder Abuse.
- Tatara, T. & Kuzmeskus, L.M. (1999). Types of elder abuse in domestic settings. Washington, D.C.: National Center of Elder Abuse. Verfügbarkeit als pdf-Dokument unter <http://www.elderabusecenter.org/basic/index.html> (14.05.2001).
- Teel, C.S., Press, A.N. (1999). Fatigue among elders in caregiving and noncaregiving roles. *Western journal of nursing research*, 21 (4), S. 498- 514.
- Tesch-Römer, C. & Kuhlmeiy, A. (2002). Interventionen-Strukturen und Strategien: Familiäre Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger. In Deutscher Bundestag (Hrsg.), *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland* (Drucksache 14/8822), S. 193-207. Bonn Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Tesch-Römer, C., Kanowski, S. & Engstler, H. (2002). Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung. In Deutscher Bundestag (Hrsg.), *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland* (Drucksache 14/8822), S. 45-53. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, S. 145-149.
- Thommessen, B., Aarsland, D., Braekhus, A., Oksengaard, A.R., Engedal, K, Laake, K. (2002). The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 17 (1), S. 78-84.
- Trotha, v. L. (1997). Zur Soziologie der Gewalt. In Trotha, v.L. (Hrsg.): *Soziologie der Gewalt. Sonderheft 37/1997*, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 9-56.
- Urlaub, K.H. (1988). Krise, Konflikte und Überforderungsstrukturen in familiären Pflegebeziehungen, In: *ALTERnativen 4, Beiträge zur Altenhilfe und Altenarbeit.* Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. Wuppertal.
- Vetter, P., Steiner, O., Kraus, S., Kropp, P. & Möller, W.-D. (1997). Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerscher Krankheit. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, S. 175-183.
- Wahl, H. W. (1991). „Das kann ich allein!“. Bern: Huber.

- Werbik, H. (1971). Versuch einer Bewertung der Frustrations-Aggressions-Hypothese. In Schmidt-Mummendy, A. & Schmidt, H.-D. (Hrsg.): Aggressives Verhalten. Neue Ergebnisse der psychologischen Forschung. Juventa, München, S. 87-106.
- Watson, M., Haviland, J.S., Davidson, J., Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, 354 (16), S. 1331-1336.
- Wetterling, T. & Schürmann, A. (1997). Gründe für Heimeinweisungen bei stationär aufgenommenen gerontopsychiatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30 (6), S. 469-473.
- Wetzels, P. & Greve, W., Mecklenburg, E., Bilsky, W. & Pfeiffer, C. (1995). Kriminalität im Leben alter Menschen: Eine altersergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992 - Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 105. Stuttgart: Kohlhammer.
- Witthohn, A., Meenen, N. & Jungbluth, K. (1996). Gewalt gegen Alte aus unfallchirurgischer Sicht. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (3), 206-209.
- Wolf, R.S. (1988). Elder abuse: Ten years later. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, S. 758-762.
- Wolf, R.S. & Pillemer, K.A. (1989). *Helping elderly victims: The reality of elder abuse*. New York: Columbia University Press.
- Wolf, R.S. (1992). Victimization of the elderly: Elder abuse and neglect. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2, S. 269-276.
- Wolf, R.S. & Li, D. (1999). Factors affecting the rate of elder abuse reporting to a state protective services program. *Gerontologist*, 39 (2), 222-228.
- Zillman, D. (1978). Attribution and misattribution of excitatory reaction. In: Harvey, J.H., Ickes, W.J., Kidd, R.F. (Hrsg.). *New directions in attribution research*, volume 2. Hillsdale, N.J.:Erlbaum.
- Zillmann, D. (1979). *Hostility and aggression*. Hillsdale, N.J.:Erlbaum.

Anhang

Anhang A: Darstellung der Ergebnisse aus der Gruppe der Pflegenden, welche keinen an einer demenziellen Erkrankung leidenden Partner pflegten (Untergruppe 1)

Anhang B: Ergebnisse des Vergleichs der Aussagen der Personen eines Pflegeduals (n = 32)

Anhang C: Fragebogen zu Gewalt im Rahmen der Pflege eines Partners im höheren Lebensalter

Anhang D: Abbildungen zu Bedingungsfaktoren für die Entstehung von Gewalt gegenüber alten Menschen (nach Kühnert) und hypothetischen Zusammenhängen zwischen Lebensbedingungen im Alter und Aggressionen

Anhang A:

Darstellung der Ergebnisse aus der Gruppe der Pflegenden, welche keinen an einer demenziellen Erkrankung leidenden Partner pflegten (Untergruppe)

Den Gesundheitszustand, die Grunderkrankung und die Krankheitsverarbeitung betreffende Faktoren

Gesundheitszustand des Pflegenden / Gewalt Pflegender

GESUNDHEITSZUSTAND	KEINE GEWALT	WENIG GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
SCHLECHT	0	1	1	2
WENIGER GUT	0	2	3	5
ZUFRIEDENSTELLEND	2	8	12	22
GUT	3	3	7	13
SEHR GUT	0	0	1	1
N =	5	14	24	43

Gesundheitszustand des Gepflegten / Gewalt Gepflegter

GESUNDHEITSZUSTAND	KEINE GEWALT	WENIG GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
WENIGER GUT	7	5	8	20
ZUFRIEDENSTELLEND	9	6	7	22
GUT	1	0	0	1
N =	17	11	15	43

Vorliegen einer psychischen Erkrankung beim Pflegenden / Gewalt Pflegender

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG	0	4	6	10
KEINE PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG	5	10	18	33
N =	5	14	24	43

Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / Gewalt Pflegender

ART DER VERARBEITUNG	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
UNZUFRIEDEN	1	8	9
AKZEPTIERT	4	11	15
N =	5	19	24

Krankheitsverarbeitung des Gepflegten / Gewalt Gepfleger

ART DER VERARBEITUNG	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
UNZUFRIEDEN	2	7	9
AKZEPTIERT	7	8	15
N =	9	15	43

Das Ausmaß und die Arten von Belastungen betreffende Faktoren

Zeit der Pflege /Gewalt von Seiten des Gepflegten und Pflegenden

	MEDIAN
GEWALT	6,5
KEINE GEWALT	5,5

	MEDIAN
GEWALT	6,5
KEINE GEWALT	5,5

Grad körperlicher Belastung / Gewalt von Seiten des Gepflegten

GRAD KÖRPERLICHER BELASTUNG	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
0-3	5	2	1	8
3,5-6,5	8	6	3	17
7-10	4	3	11	18
N =	17	11	15	43

Grad körperlicher Belastung / Gewalt von Seiten des Pflegenden

GRAD KÖRPERLICHER BELASTUNG	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
0-3	1	2	5	8
3,5-6,5	3	5	9	17
7-10	1	7	10	18
N =	5	14	24	43

Grad der durch Lagewechsel entstehenden Belastung / Gewalt Gepfleger

GRAD BELASTUNG DURCH LAGEWECHELSEL	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
KEINE	6	5	2	13
LEICHT	1	0	0	1
MITTEL	3	0	0	3
STARK	7	6	13	26
N =	17	11	15	43

P = 0,04 (Chi-Quadrat)

Grad der psychischen Belastung / Gewalt Pflegender

GRAD PSYCHISCHER BELASTUNG	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
0-3	2	0	3	5
3,5-6,5	2	7	4	13
7-10	1	7	17	25
N =	5	14	24	43

p = 0,034 (Chi-Quadrat)

Grad der Belastung durch Ungeduld des Gepflegten / Gewalt Geflegter

BELASTUNG DURCH LAUNEN DES GEPFLEGTEN	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
KEINE	11	6	3	20
LEICHT	4	1	4	9
MITTEL	1	3	3	7
STARK	1	1	5	7
N =	17	11	15	43

Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Gewalt Geflegter

BELASTUNG DURCH LAUNEN DES GEPFLEGTEN	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
KEINE	13	6	2	21
LEICHT	2	1	7	10
MITTEL	0	3	3	6
STARK	2	1	3	6
N =	17	11	15	43

p = 0,02 (Chi-Quadrat)

Grad der Belastung durch Launen des Gepflegten / Gewalt Pflegender

BELASTUNG DURCH LAUNEN DES GEPFLEGTEN	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
KEINE	4	6	11	21
LEICHT	0	4	6	10
MITTEL	0	2	4	6
STARK	1	2	3	6
N =	5	14	24	43

Zusammenhang zwischen Grund der Übernahme der Pflege / Gewalt Gepflegter

GRÜNDE	KEINE GEWALT	GEWALT	N =
VERANTWORTUNG/ EHEVERSPRECHEN	2	11	13
FINANZIELL	2	1	3
LIEBE, ZUNEIGUNG	13	8	21
N =	17	20	37

p = 0,05 (Chi-Quadrat)

Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Sozialkontakte sowie der genutzten Hilfen und dem Auftreten von Gewalt

Ausmaß der alleinigen Sozialkontakte des Pflegenden / Gewalt Pflegender

HÄUFIGKEIT VON KONTAKTEN	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
NIE	4	3	3	10
SELTEN	1	6	4	12
HÄUFIG	0	5	17	21
N =	5	14	24	43

p = 0,003 (Wilcoxon)

Gemeinsame Sozialkontakte zu Bekannten / Gewalt Gepflegter

HÄUFIGKEIT VON KONTAKTEN	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
NIE	5	3	2	10
SELTEN	7	6	7	20
HÄUFIG	5	2	6	13
N =	17	11	15	43

Gemeinsame Sozialkontakte zu Bekannten / Gewalt Pflegender

HÄUFIGKEIT VON KONTAKTEN	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
NIE	1	3	6	10
SELTEN	0	4	16	20
HÄUFIG	4	7	2	13
N =	5	14	24	43

Ausmaß der angenommenen Hilfen / Gewalt des Gepflegten

	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HILFE IN ANSPRUCH GENOMMEN	12	7	12	31
HILFE NICHT IN ANSPRUCH GENOMMEN	5	4	3	12
N =	17	11	15	43

Ausmaß der angenommenen Hilfen / Gewalt des Pflegenden

	NIE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HILFE IN ANSPRUCH GENOMMEN	4	12	16	32
HILFE NICHT IN ANSPRUCH GENOMMEN	1	2	8	11
N =	5	14	24	43

Alter des Pflegenden / Gewalt von Seiten des Pflegenden

GEWALT	MEDIAN ALTER
VORHANDEN	65 JAHRE
NICHT VORHANDEN	72 JAHRE

GEWALT	MEDIAN ALTER
NICHT VORHANDEN	72 JAHRE
1-3 GEWALTARTEN	66 JAHRE
4-6 GEWALTARTEN	62 JAHRE

$p = 0,03$ (Wilcoxon)

Zusammenhänge zwischen dem schulischen Abschluss, dem Ausbildungsgrad und auftretender Gewalt

Schulabschluss des Pflegenden / Gewalt Gepflegter

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
HAUPTSCHULE	7	4	11	22
REALSCHULE	7	4	4	15
GYMNASIUM	3	3	0	6
N =	17	11	15	43

Ausbildung des Pflegenden / Gewalt Gepflegter

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
UNGELERNT	2	1	6	9
LEHRE	12	8	7	27
STUDIUM	3	2	2	7
N =	17	11	15	43

Ausbildung des Pflegenden / Gewalt Pflegender

	KEINE GEWALT	SELTEN GEWALT	HÄUFIG GEWALT	N =
UNGELERNT	3	3	3	9
LEHRE	2	9	16	27
STUDIUM	0	2	5	7
N =	5	14	24	43

p = 0,06 (Chi-Quadrat)

Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitseigenschaften und auftretender Gewalt

Leistungsorientiertheit des Pflegenden / Gewalt Pflegender

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	-1	0	1	2	3	N =
NIE	1	2	0	1	1	5
SELTEN	1	2	3	6	2	14
HÄUFIG	2	2	7	7	6	24
N =	4	6	10	14	9	43

psychische Erregbarkeit des Pflegenden / Gewalt Pflegender

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	-3	-2	-1	0	1	2	3	N =
NIE	2	2	0	1	0	0	0	5
SELTEN	2	5	2	3	2	0	0	14
HÄUFIG	1	3	5	5	6	4	0	24
N =	5	10	7	9	8	4	0	43

p = 0,032 (Wilcoxon)

psychische Erregbarkeit des Gepflegten / Gewalt Pflegender

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	-3	-2	-1	0	1	2	3	N =
NIE	0	1	1	0	2	1	0	5
SELTEN	2	5	2	1	1	3	0	14
HÄUFIG	7	9	2	0	2	3	1	24
N =	9	15	5	1	5	7	1	43

soziale Verantwortung des Pflegenden / Gewalt Pflegender

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	0	1	2	3	N =
NIE	0	0	2	3	5
SELTEN	2	3	3	6	14
HÄUFIG	3	2	12	7	24
N =	5	5	17	16	43

soziale Verantwortung des Pflegenden / Gewalt Gepflegter

AUFTRETENSHÄUFIG- KEIT GEWALT	0	1	2	3	N =
NIE	1	2	5	9	17
SELTEN	1	3	2	5	11
HÄUFIG	3	0	10	2	15
N =	5	5	17	16	43

Anhang B:

Ergebnisse des Vergleichs der Aussagen der Personen eines Pflegeduals (n = 32)

Gesundheitszustand Gepflegter

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
SCHLECHT	0	9
WENIGER GUT	13	10
ZUFRIEDENSTELLEND	18	11
GUT	1	2
SEHR GUT	0	0
N =	32	32

Gesundheitszustand Gepflegter

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
SCHLECHT	1	2
WENIGER GUT	4	3
ZUFRIEDENSTELLEND	17	9
GUT	9	18
SEHR GUT	1	0
N =	32	32

Im Rahmen der Pflege eingetretene Änderung der Partnerschaftsqualität

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
BESSER	5	10
SCHLECHTER	13	8
GLEICH	14	14

Häufigkeit des Auftretens von Gewalt seitens des Gepflegten

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
TÄGLICH	1	2
MEHRMALS IN DER WOCHE	6	1
EINMAL WÖCHENTLICH	3	1
MEHRMALS IM MONAT	4	4
EINMAL IM MONAT	0	5
WENIGER ALS EINMAL IM MONAT	4	5
NIE	14	14
N =	32	32

Häufigkeit des Auftretens von Gewalt seitens des Pflegenden

	PFLEGENDE	GEPFLEGTE
TÄGLICH	3	3
MEHRMALS IN DER WOCHE	10	9
EINMAL WÖCHENTLICH	5	2
MEHMALS IM MONAT	6	5
EINMAL IM MONAT	5	3
WENIGER ALS EINMAL IM MONAT	1	4
NIE	2	6
N =	32	32

Anhang C:

Fragebogen zu Gewalt im Rahmen der Pflege eines Partners im höheren Lebensalter

Erstellter Fragebogen am Beispiel eines Interviews der pflegenden Person:

Allgemeiner Datenteil

1) Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich weiblich

2) Art der Partnerschaft

- Ehe sonstige Lebensgemeinschaft

3) Wie lange bestand ihre Partnerschaft bereits vor Eintritt der Pflegesituation?

seit: Jahren

4) Wie lange besteht die Pflegesituation bereits?

seit: Jahren

5) Wie viele Kinder haben Sie ?

Anzahl:

6) In welcher Entfernung von ihrem Wohnort leben ihre Kinder?

Darstellung für jedes einzelne Kind

- im selben Haus
 im Umkreis von 10 km
 im Umkreis von 100 km
 weiter als 100 km entfernt

7) Wo liegt ihr Wohnort?

- großstädtisch
 kleinstädtisch / Umland einer Stadt
 ländlich (kleinere Ortschaft ohne naheliegendes Zentrum)
 sonstiges

8) Wo leben Sie (Art der des Wohnens)?

- Eigenes Haus
- Doppelhaushälfte
- Reihenhaus
- Eigentumswohnung
- Mietwohnung
- sonstiges (z.B. betreutes Wohnen)

9) Wie alt sind Sie?

Ich bin ____ Jahre alt.

10) Welchen Schulabschluss haben Sie?

- Sonderschule
- Volks-/Hauptschule
- Realschule
- Gymnasium

11) Welche Berufsausbildung haben sie absolviert?

- keine
- Lehre
- Studium

12) Sind sie noch berufstätig?

- ja
- nein

13) Wie würden Sie Ihre finanziellen Verhältnisse beschreiben?

- schlecht
- eher schlecht
- mittelmäßig
- gut
- sehr gut

14) Wie empfinden Sie Ihre Wohnsituation?

- schlecht
- eher schlecht
- mittelmäßig
- gut
- sehr gut

15) Wurde Ihr Zuhause auf die Bedürfnisse des zu Pflegenden hin umgestaltet ?

- ja
- nein

Art der Veränderung:

16) Zu welchen Personen bzw. Personengruppen haben Sie alleinige Kontakte und wie häufig bestehen diese Kontakte?

- Kinder
- Geschwister
- sonstige Verwandte
- Bekannte/Freunde
- Pfarrer / kirchliche Personen
- Sozialdienste
- Vereine
- Ärzte
- sonstige

Häufigkeiten:

- 1 = täglich
- 2 = mehrmals wöchentlich
- 3 = einmal pro Woche
- 4 = mehrmals im Monat
- 5 = einmal im Monat
- 6 = seltener als einmal im Monat
- 7 = nie

17) Zu welchen Personen bzw. Personengruppen hat Ihr Partner alleinige Kontakte und wie häufig bestehen diese Kontakte ?

- entsprechend Frage 16)

18) Zu welchen Personen bzw. Personengruppen haben Sie zusammen mit ihrem Partner Kontakte und wie häufig bestehen diese Kontakte ?

- entsprechend Frage 16)

19) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

- schlecht
- eher schlecht
- zufriedenstellend
- gut
- sehr gut

20) Unter welchen Erkrankungen leiden Sie?

21) Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

22) Welche Hilfen / Pflegeleistungen leisten Sie hinsichtlich Ihres Partners und wie häufig werden diese erbracht?

- Anziehen
- Körperpflege
- Essen
- Haushalt
- Lagewechsel
- medizinische Hilfen
- persönliche Betreuung
- Begleitung
- sonstiges

Häufigkeiten: 1-7 (siehe vorne)

23) Wie groß ist die durch die Pflege entstehende zeitliche Beanspruchung pro Tag im Durchschnitt ?

zeitliche Beanspruchung von: ____ Stunden

24) Erhalten Sie im Rahmen der Pflege Hilfe durch andere Personen?

- ja
- nein

25) Wer hilft Ihnen und in welchem Maße?

- nahe Familienangehörige
- sonstige Verwandte
- Nachbarn / Freunde
- soziale Hilfsdienste
- sonstige

Häufigkeiten: 1-7 (siehe vorne)

26) Ist die Pflege körperlich anstrengend?

- ja
- nein

27) Wie hoch schätzen Sie auf einer Skala von 0 bis 10 die durch die Pflege entstehende körperliche Belastung ein?

körperlicher Belastungsgrad: _____

28) Welche besonderen Faktoren führen zu dieser Belastung und wie stark sind deren Auswirkungen?

- Partner nachts auf Hilfen angewiesen
- Es fehlt eine Hilfe für den Haushalt
- Anziehen
- Partner oft zu schwer
- sonstiges

Grad der Belastung:

- 0 = keine
- 1 = leichtgradig
- 2 = mittelgradig
- 3 = stark

29) Ist die Pflege psychisch belastend?

- ja
- nein

30) Wie hoch schätzen Sie auf einer Skala von 0 bis 10 die durch die Pflege entstehende psychische Belastung ein?

psychischer Belastungsgrad: _____

31) Welche besonderen Faktoren führen zu dieser Belastung und wie stark sind deren Auswirkungen?

- Schlafstörung durch nächtliche Hilfe
- Üben von Verzicht hinsichtlich eigener Bedürfnisse
- Ungeduld der gepflegten Person
- veränderte Lebensperspektive
- Launen der gepflegten Person
- sonstiges

Grad der Belastung: 0-3 (siehe Frage 28)

Spezieller Teil:

32) Aus welchem Hauptgrund haben Sie die Pflege des Partners übernommen, gab es noch weitere Gründe ?

Hauptgrund: _____

sonstige Gründe: _____

33) Wie beurteilen Sie im nachhinein die damals getroffene Entscheidung, Ihren Partner zu pflegen?

- war richtig
- ich bin mir nicht sicher
- war falsch

34) Begründen Sie bitte die auf Frage 33 gegebene Antwort!

Genannte Begründungen: _____

35) Wie schätzen Sie die Qualität ihrer Partnerschaft vor Eintritt der Pflegesituation ein?

- sehr gut
- gut
- zufriedenstellend
- eher schlecht
- schlecht

36) Hat sich Ihr alltägliches Zusammenleben durch die Pflegesituation verändert?

- ja
- nein

37) In welcher Art hat sich Ihr alltägliches Zusammenleben durch die Pflegesituation in den nachfolgend genannten Bereichen verändert?

- Verteilung der Kompetenzen (Arbeitsaufteilung) und deren Beurteilung
- Art der Einnahme der Mahlzeiten
- Art des Nüchterns (räumlich)
- Freizeitgestaltung
- Sozialkontakte

38) Schämten Sie sich wegen Ihres Partners oder schämte sich dieser selbst aufgrund der bei ihm durch die Erkrankung bestehenden Beeinträchtigungen ?

- gepflegte Person schämte sich
- pflegende Person schämte sich
- beide schämten sich
- niemand schämte sich

39) In welcher Art und Weise hat sich Ihre Beziehung im Großen und Ganzen im Rahmen der Pflege verändert?

- verbessert
- verschlechtert
- gleich geblieben

40) Was hat sich in Ihrer Beziehung eher verbessert?

Genannte Antworten: _____

41) Was hat sich in Ihrer Beziehung eher verschlechtert?

Genannte Antworten: _____

42) Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe dafür, dass sich Ihre Beziehung zum Partner verändert hat?

Genannte Ursachen: _____

43) Wie geht Ihr Partner Ihrer Meinung nach mit seiner Erkrankung um?

- unzufrieden
- jammernd
- akzeptiert
- depressiv
- verunsichert
- aggressiv
- verdrängend
- verzweifelt
- ängstlich

44) Hat die Art der Krankheitsverarbeitung der gepflegten Person Auswirkungen auf die Entwicklung der Partnerschaft?

- ja
- nein

45) Was halten Sie von der Aussage: Im Rahmen einer Pflegesituation innerhalb einer Partnerschaft kommt es zwangsläufig zu Aggressionen und Handlungen, die einem später leid tun!

- trifft zu
- trifft nicht zu

46) Hat sich Ihr Partner Ihnen gegenüber nach Eintritt der Pflegesituation schon einmal so verhalten, dass es Ihnen wehtat, Sie verletzt waren?

- ja
- nein

47) Um welche Verhaltensweisen handelte es sich und wie häufig kam es dazu?

- Drohungen
- Schreien
- Schimpfworte
- Körperliche Übergriffe
- Zerstört Gegenstände
- Sexuelle Übergriffe
- Misstrauen
- Sich vorenthalten, abkapseln
- Kein Dank bei ständigem Fordern
- Sonstiges

Häufigkeiten: 1-7 (siehe vorne)

48) Welche Auslöser führten dazu, dass Ihr Partner die problematischen Verhaltensweisen ausbildete ?

genannte Auslöser: _____

49) Wie verhielt sich Ihr Partner, nachdem er Sie verletzt hatte?

- entschuldigt sich
- geht zur Tagesordnung über
- fährt damit fort
- zeigt Gefühlskälte
- weint

50) Handelte es sich um eine bewusst herbeigeführte Handlung oder um einen nicht gewollten, möglicherweise aufgrund einer Überforderungssituation entstehenden Ausrutscher?

- bewusst herbeigeführt
- war nicht so gewollt

51) Haben Sie Ihrem Partner nach Übernahme der Pflege durch irgendwelche Verhaltensweisen wehgetan?

- ja
- nein

52) Um welche Verhaltensweisen handelte es sich und wie häufig kam es dazu?

- Drohungen
 - Schreien
 - Schimpfworte
 - körperliche Übergriffe
 - Einengung des Bewegungsspielraumes des Partners
 - sich vorenthalten, Partner allein lassen
 - finanzielle Einschränkungen
 - sexuelle Übergriffe
 - sonstiges
- Häufigkeiten: 1-7 (siehe vorne)

53) Aus welchen Situationen oder Befindlichkeiten heraus traten die oben geschilderten Entgleisungen auf ?

genannte Auslöser: _____

54) Wie stark litt Ihr Partner Ihrer Meinung nach unter Ihren problematischen Verhaltensweisen?

- gar nicht
- leichtgradig
- mittelgradig
- stark

55) Verloren Sie einfach die Kontrolle über sich oder führten Sie manche Handlungen bewusst aus, um Ihrem Partner wehzutun?

- Kontrollverlust
- bewusst

56) Haben Sie schon einmal bemerkt, dass Ihr Partner Angst vor Ihnen hat?

- ja
- nein

57) Weshalb glauben Sie, dass Ihr Partner Angst vor Ihnen hatte?

genannte Gründe: _____

58) Wie reagiert Ihr Partner auf die durch Sie hervorgerufenen problematischen Verhaltensweisen?

- ist ihm egal
- weint
- beleidigt
- gereizt
- verunsichert
- schweigt, zieht sich zurück
- beschwichtigt

59) Zu welchem Zeitpunkt im Rahmen der Pflegesituation traten „Entgleisungen“, unabhängig von wem sie ausgegangen waren, auf?

- zu Beginn der Pflegesituation
- in einer Zwischenphase
- in letzter Zeit
- ständig

60) Hatten Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Partner zu verlassen?

- ja
- nein

61) Aus welchem Grunde dachten Sie, eine Trennung sei wohl das Beste?

genannte Gründe: _____

62) Hat Ihr Partner Ihnen gegenüber schon einmal geäußert, er wolle sich von Ihnen trennen?

- ja
- nein

63) Haben Sie als Paar schon einmal Maßnahmen zur Verhinderung von problematischen Verhaltensweisen unternommen?

- ja
- nein

64) Worin bestanden diese Maßnahmen?

genannte Maßnahmen: _____

65) Von wem gingen die getroffenen Maßnahmen in der Regel aus?

- von der pflegenden Person
- von der gepflegten Person
- von beiden

66) Wie sah das Ergebnis der getroffenen Maßnahmen aus?

- positiv
- negativ
- ohne Auswirkung

67) Welche der nachfolgend genannten Faktoren spielen Ihrer Ansicht nach in Ihrer Beziehung eine Rolle bei dem Zustandekommen von „Gewalt“?

- Heimzahlen von Dingen aus der Vergangenheit
- Umkehr von Abhängigkeitsbeziehungen
- während der Kindheit erlebtes Gewaltpotential
- Alkohol / Sucht
- Sexualität
- Hoffnungslosigkeit
- Erkrankung des Partners

68) Wie würden Sie anhand folgender Eigenschaften Ihre Persönlichkeit und die Ihres Partners einordnen ?

- unzufrieden - zufrieden
- selbstbezogen – sozial verantwortlich, mitmenschlich
- wenig leistungsorientiert – leistungsorientiert
- ungezwungen – gehemmt
- ruhig /gelassen – erregbar / unbeherrscht
- gesund fühlend – klagsam, viele Beschwerden schildernd
- introvertiert / ernst – gesellig / impulsiv

Skala am Beispiel: unzufrieden - zufrieden

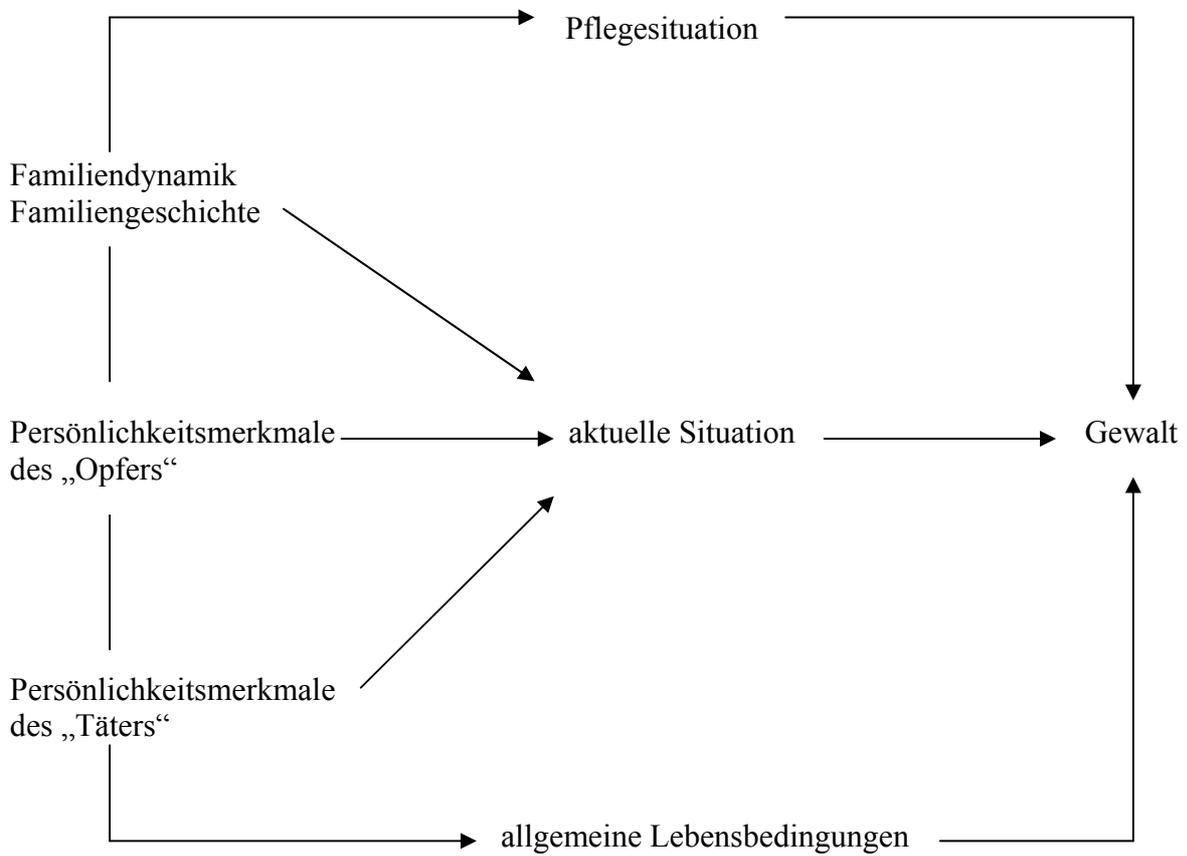
unzufrieden						zufrieden
-3	-2	-1	0	1	2	3

Anhang D:

Abbildungen zu den Themen:

- **Bedingungsfaktoren für die Entstehung von Gewalt gegenüber alten Menschen (nach Kühnert)**
- **Hypothetische Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen im Alter und Aggressionen (nach Schneider)**

**Bedingungsfaktoren für die Entstehung von Gewalt gegenüber alten Menschen
nach Kühnert (aus: BMFUS, 1997, S.65).**



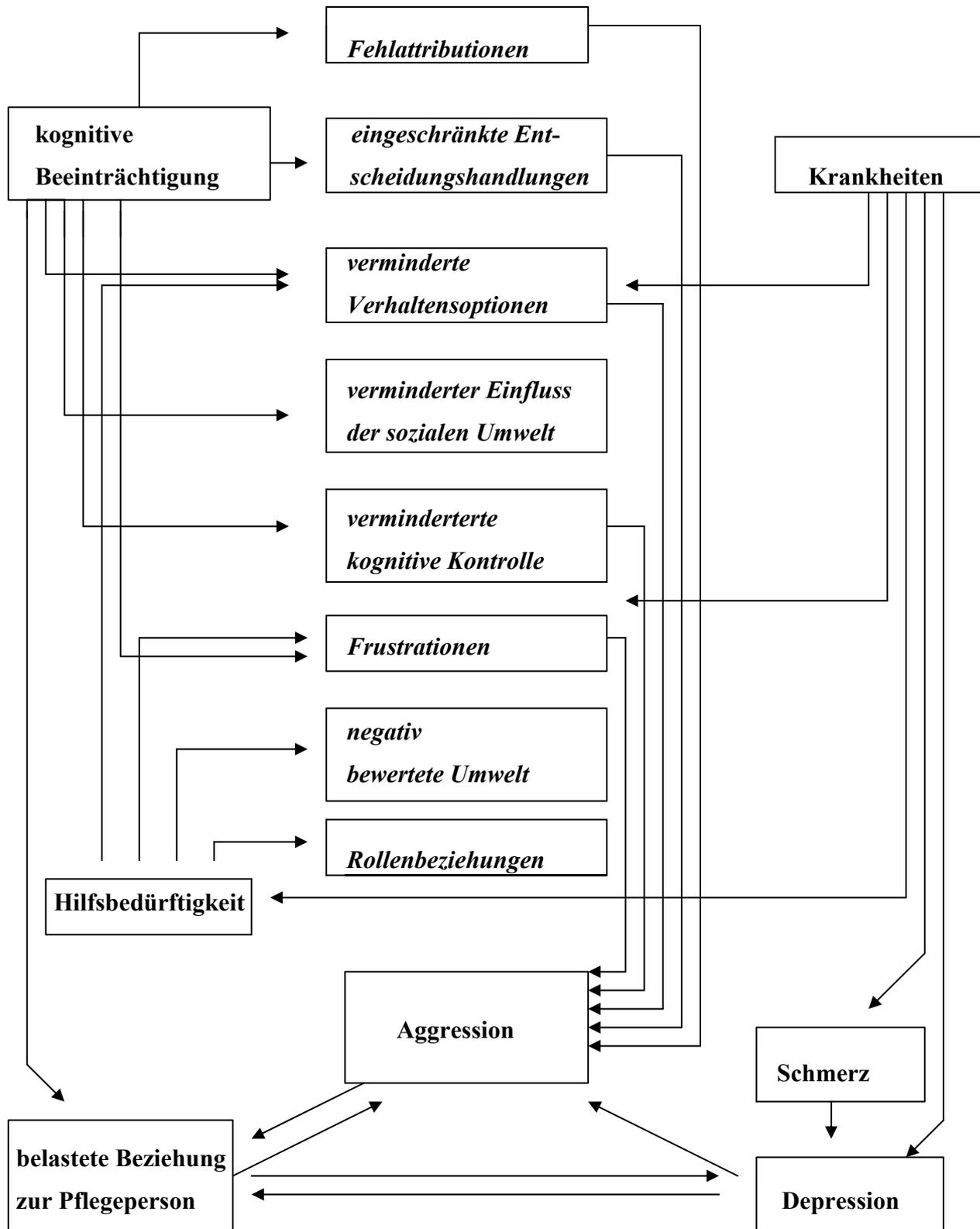
Bedingungsfaktoren für die Entstehung von Gewalt gegenüber alten Menschen
nach Kühnert (aus: BMFUS, 1997, S.65).

Hypothetische Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen im Alter und

Aggressionen

Normalschrift: empirisch nachgewiesene Determinanten

Kursivschrift: aggressionstheoretisch postulierte Determinanten



Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Promotionsarbeit selbständig verfasst habe und dazu keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Landsberg, im September 2005