

Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen

Projektbericht für das ZQP

Durchführung

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Autorinnen

PD Dr. Dagmar Dräger (Projektleitung)

Thi Huyen Trang Le (Projektmitarbeit)

April 2019

Zitation: Dräger, D., Le, T. H. T. (2019). Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen. Projektbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung.....	6
1.1 Ausgangslage	7
1.2 Ziel- und Fragestellung	9
2 Vorgehensweisen und Methoden.....	10
2.1 Studiendesign	10
2.1.1 Erhebungsmethode: Episodisches Interview	11
2.1.2 Post- und Präskriptum.....	13
2.1.3 Auswertungsmethode: Dokumentarische Methode	14
2.2 Zeitlicher und organisatorischer Ablauf	16
2.3 Rekrutierung und Feldzugang.....	18
2.4 Reflexion, Forschungsethik, Methodenkritik	21
3 Ergebnisse	22
3.1 Herausforderungen und Grenzsituationen älterer Pflegebedürftiger mit Schmerzen.....	22
3.1.1 Biographische Grenzsituationen	22
3.1.2 Relevanz der Schmerzen	25
3.1.3 Ressourcen und Grenzen im Umgang mit Alltagsherausforderungen	30
3.1.4 Ambivalenz zwischen Ruhe und Bewegung.....	35
3.2 Interaktion zwischen Umwelt und Individuum beim Umgang mit Herausforderungen und Grenzsituationen	39
3.2.1 Normative Vorstellungen	39
3.2.2 Interaktion mit der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Umwelt.....	43
3.2.3 Soziale Netzwerke	53
3.3 Entwicklung von Handlungsstrategien	58

3.4	Bewertungsprozesse.....	61
4	Diskussion.....	62
5	Fazit und Empfehlungen.....	73
	Literaturverzeichnis.....	78
	Anhang	

Zusammenfassung

Laut dem Statistischen Bundesamt (2018) waren im Jahre 2017 3,41 Millionen Menschen von Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) betroffen. 76 Prozent der aktuell Pflegebedürftigen werden in ihrer Häuslichkeit versorgt (Statistisches Bundesamt, 2018) und 60 Prozent der älteren Pflegebedürftigen sind laut Onder et al. (2005) von Schmerzen betroffen.

Pflegebedürftigkeit – insbesondere in Verbindung mit chronischen Schmerzen – stellt für ältere Menschen eine Belastung dar, welche mit besonderen Anforderungen verbunden ist. Betroffene Personen sind durch eine ausgeprägte Vulnerabilität gekennzeichnet, die jedoch im Rahmen dieser Studie nicht allein im Mittelpunkt stehen soll. Gleichermäßen fokussiert die Untersuchung auf Ressourcen und Entwicklungspotenziale, die auch in Grenzsituationen vorhanden sind. Die Integration dieser beiden Perspektiven umfasst das Konstrukt der Resilienz (Bengel & Lyssenko, 2012; Kruse, 2017; Leipold, 2015; Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016), welches in der Literatur häufig als psychische Widerstandsfähigkeit im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals beschrieben wird. Eine solche Konzeptualisierung leistet der Annahme Vorschub, dass resiliente Kompetenzen bei einigen Individuen vorhanden sind, bei anderen wiederum nicht (Bengel & Lyssenko, 2012). Inzwischen greifen auch andere Disziplinen das Konzept der Resilienz auf (Gawlytta & Rosendahl, 2015) und beschreiben Resilienz als Prozess, der sich im Kontext von Umwelt – Individuum – Interaktion entwickelt (Bengel & Lyssenko, 2012; Kruse, 2017; Wadenpohl, 2016; Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016). Eine solche Betrachtung fand bisher insbesondere vor dem Hintergrund von Pflegebedürftigkeit und chronischen Schmerzen in der pflegewissenschaftlichen und gerontologischen Forschung nicht statt, obwohl dies für die Entwicklung von Interventions- und Präventionsansätzen eine hohe Relevanz hat (Bengel & Lyssenko, 2012; Wadenpohl, 2016).

Ziel der qualitativen Studie ist es, für die Gruppe der von Schmerzen betroffenen Pflegebedürftigen den Prozess der Resilienz zu beschreiben und zu erklären. Im Fokus stehen dabei die von den Pflegebedürftigen wahrgenommenen Herausforderungen und Grenzsituationen sowie die personalen und umweltbezogenen Merkmale der Resilienz und deren gegenseitige Beeinflussungen. Daraus ableitend sollen Interventions- und Präventionsansätze entwickelt werden. Für die Studie wurden mit 21, in der eigenen Häuslichkeit lebenden, Pflegebedürftigen episodische Interviews (in Anlehnung an Flick, 2011) durchgeführt. Die anschließende Analyse der transkribierten Daten erfolgte mittels der Dokumentarischen Methode (Bohnsack, Nentwig-Gesemann, & Nohl, 2013).

Schmerzen nehmen aktuell für die befragten Pflegebedürftigen eine hohe Bedeutung ein, da diese in unterschiedlicher Intensität allgegenwärtig wahrgenommen werden und die Bewältigung der Alltagsanforderungen einschränkt. Ältere Pflegebedürftige berichten von chronischen Schmerzen, welche sie seit vielen Jahren begleiten und an Intensität und Bedeutung zunehmen. Den Symptomen wird von Seiten der Gesundheitsfachkräfte selten ausreichend Beachtung geschenkt. Die Betroffenen thematisieren neben den Herausforderungen durch Schmerzen auch andere Grenzsituationen, wie Verluste von Nahestehenden, Kriegs- und Nachkriegserlebnisse sowie belastende Klinikaufenthalte.

Pflegebedürftigkeit und Schmerzen konfrontieren ältere Menschen in ihrer Wohnung und ihrem Wohnumfeld täglich mit kaum zu bewältigenden Anforderungen, die früher selbstverständlich erfüllt wurden. Die Mobilität nimmt im Kontext der Schmerz- und Alltagsbewältigung eine zentrale Bedeutung ein. Vielfach wird jedoch eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Ruhe einerseits und Bewegung andererseits deutlich. Materielle und soziale Hilfe stehen nur im begrenzten Maße zur Verfügung. Alternative Handlungsstrategien werden mit oder ohne Einsatz personaler Ressourcen trotz erschwerender struktureller Rahmenbedingungen entwickelt.

Interaktion zwischen Individuum und Umwelt stellt bei der Bewältigung von Herausforderungen und Grenzsituationen einen bedeutenden Einflussfaktor dar. Beispielhaft sind hier normative Vorstellungen wie Altersbilder zu nennen, die mit körperlichen Beeinträchtigungen und Passivität assoziiert werden. Andererseits wirken negative Altersbilder entlastend, wenn Bewältigungsstrategien ausgeschöpft wurden. Neben normativen Vorstellungen nehmen

auch die Akteure des Gesundheitssektors Einfluss auf die von Schmerzen betroffenen Menschen. Trotz des Wunsches nach Selbstbestimmtheit, befinden sich ältere Pflegebedürftige in vielen Bereichen in einem Abhängigkeitsverhältnis. In der Dynamik zwischen Gesundheitsfachkräften und Individuum kommen einerseits gelungene Interaktionen im Sinne einer erfolgreichen Schmerzbewältigung zustande, andererseits treffen Professionelle Entscheidungen gegen die Ansichten der Pflegebedürftigen, wie z. B. das Beenden einer Behandlung, was eine gewisse Resignation hervorrufen kann.

Gesundheitsfachkräfte sowie das soziale Netzwerk tragen zu einem erheblichen Anteil zur Bewältigung von Alltagsherausforderungen bei. Aufgrund dessen versuchen von Schmerzen betroffene ältere Pflegebedürftige aktiv ihre sozialen Beziehungen zu stabilisieren. Der Kontakt mit anderen Menschen ermöglicht die Aufrechterhaltung von Tagesstrukturen sowie die Nutzung von Freizeitaktivitäten, die für die Bewältigung der Schmerzen eine wichtige Rolle spielen.

Im Umgang mit Alltagsherausforderungen entwickeln ältere Pflegebedürftige Handlungsstrategien, bei denen eine aktive oder passive Auseinandersetzung erfolgt. Letztere ist dadurch gekennzeichnet, dass von Schmerzen betroffene ältere Menschen Impulse durch andere Personen benötigen. Handlungsstrategien im Umgang mit Herausforderungen und Grenzsituationen zielen auf den Erhalt von Selbständigkeit und Zufriedenheit. Ein aus Sicht des Pflegebedürftigen zufriedenstellender Umgang mit Herausforderungen resultiert aus einem Bewertungsprozess, der durch eine optimistische Sichtweise gekennzeichnet ist.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse, dass die Bewältigung von Herausforderungen und Grenzsituationen durch Pflegebedürftigkeit und Schmerzen von unterschiedlichen Faktoren, wie eigene personale Merkmale, Versorgungssituation, soziale Unterstützungssysteme, materielle Ressourcen, etc. abhängt, kann von einer situationsspezifischen Resilienz gesprochen werden. Bei den befragten Pflegebedürftigen zeigen sich resiliente Eigenschaften, die durch die Interaktion mit persönlichen und gesundheitsbezogenen Akteuren beeinflusst werden und sich an sozialen Normen und Beziehungen orientieren.

1 Einleitung

Dem Statistisches Bundesamt (2018) zufolge waren im Jahr 2017 3,41 Millionen Menschen von Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) betroffen, unter ihnen sind 81 Prozent 65 Jahre und älter und 35 Prozent ≥ 85 Jahre. Insgesamt werden 76 Prozent in ihrer Häuslichkeit versorgt (Statistisches Bundesamt, 2018). Die kontinuierlich wachsende Gruppe der älteren Pflegebedürftigen steht zunehmend auch in Deutschland im Fokus der pflegewissenschaftlichen Forschung.

Wenige Studien beschäftigen sich bisher aus einer gerontologischen Perspektive mit spezifischen Gesundheitsproblemen, wie Schmerzen und Schmerzfolgen (Dräger et al., 2017). Insbesondere zur Situation in der ambulanten Versorgung liegen national kaum Kenntnisse vor. Eine europäische Studie (AdHOC) zeigt, dass ca. 60 Prozent bzw. 50 Prozent der älteren Pflegebedürftigen in Europa bzw. Deutschland von Schmerzen betroffen sind (Onder et al., 2005). Besonders chronische Schmerzen nehmen aufgrund altersbedingter degenerativer Erkrankungen (z. B. Arthritis) mit steigendem Alter kontinuierlich zu (Jones & MacFarlane, 2005). Die Schmerzthematik ist von hoher Relevanz, da Schmerzen signifikant negative Auswirkungen auf die individuelle Lebensqualität haben (O'Brien & Breivik, 2012) und bei den Betroffenen zu körperlichen, geistigen und sozialen Beeinträchtigungen führen (Reiter-Theil et al., 2008). Die negativen Auswirkungen von Schmerzen auf die normale Funktionsfähigkeit und Aktivität (Covinsky, Lindquist, Dunlop, & Yelin, 2009) können Pflegeabhängigkeit fördern und eine Steigerung der Intensität von Pflegebedarf hervorrufen (Resnick, 2000).

Pflegebedürftigkeit und chronische Schmerzen tragen zur Vulnerabilität der älteren Betroffenen bei und werden als Herausforderung und Grenzsituation wahrgenommen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass selbst in Grenzsituationen Ressourcen und Entwicklungspotenziale vorhanden sind und möglicherweise neue Reifungsschritte ausgelöst werden können. Die Integration der beiden Aspekte Verletzlichkeit und Potenziale umfasst das Konstrukt der Resilienz (Kruse, 2017), welches als Untersuchungsgegenstand im Mittelpunkt der Studie steht, um Interventions- und Präventionsansätze ableiten zu können.

Der Bericht gliedert sich in fünf Hauptkapitel. Neben der Relevanz des Themas und der Problemstellung werden in diesem Einleitungskapitel zunächst die Ausgangslage (1.1) näher beleuchtet und anschließend daraus die Zielsetzung sowie die Forschungsfragen (1.2) abgeleitet.

Kapitel 2 beschreibt ausführlich die Vorgehensweise bei der Durchführung der Studie und die verwendete Methode. Konkret werden dabei das Studiendesign (2.1), der zeitliche und organisatorische Ablauf (2.2) sowie die Rekrutierung und der Feldzugang (2.3) erläutert. Der Methodenteil schließt mit einer kritischen Reflexion zur Forschungsethik und zur verwendeten Methode (2.4) ab.

Das Ergebniskapitel (3) wurde in vier Bereiche gegliedert. Einführend erfolgt eine deskriptive Beschreibung der Herausforderungen und Grenzsituationen von Schmerz betroffener älterer Pflegebedürftiger (3.1). Anschließend wird die Interaktion zwischen Umweltfaktoren (z. B. Gesundheitsfachkräfte, soziales Netzwerk) und dem Individuum im Umgang mit diesen Herausforderungen und Grenzsituationen (3.2) näher erläutert. Wie ältere Pflegebedürftige Handlungsstrategien im Umgang mit Belastungen entwickeln legt das Kapitel 3.3 dar. Abschließend werden typische Bewertungsprozesse (3.4) beschrieben, bei der Pflegebedürftige häufig eine positive Grundhaltung trotz Herausforderungen und Grenzsituationen einnehmen. Eine Interpretation und Diskussion der wichtigsten Ergebnisse erfolgen in Kapitel 4 unter Einbezug aktueller Literatur. Den Abschluss des Berichtes bildet im Kapitel 5 das aus der empirischen Studie abgeleitete Fazit.

1.1 Ausgangslage

Der Begriff der Resilienz leitet sich laut (Fichte, 2017) von dem lateinischen Wort „resilere“ ab und steht für „abprallen“ oder „zurückspringen“. Wustmann (2009) verweist auf seinen Ursprung im englischen Sprachraum, „resilience/resiliency“ im Sinne von Strapazierfähigkeit, Flexibilität, Elastizität und Spannkraft. Vor diesem sprachlichem Hintergrund wird das Konstrukt Resilienz als Widerstandsfähigkeit eines Systems oder einer Person bezeichnet, die durch erfolgreichen Umgang mit Herausforderungen, die sich aus schwierigen Lebensumständen oder Stress entwickeln, gekennzeichnet ist (Kruse, 2017; Siegrist, 2010). Dementsprechend richtet sich der Blick auf Bewältigungs- sowie Kompetenzressourcen, anstatt auf Schwächen und Defizite eines Menschen (Wustmann, 2009).

Der protektive Charakter und positive Einfluss von Resilienz wurden in mehreren psychologischen Studien dargelegt. Leppert, Gunzelmann, Schumacher, Strauß, and Brahler (2005) untersuchten in einer Stichprobe von 60-Jährigen und Älteren der Allgemeinbevölkerung das Ausmaß von Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal für körperliches Wohlbefinden

im Alter mittels der deutschen Version der Resilienzskala von Wagnild und Young. Sie konnten zeigen, dass bei einem höheren Ausmaß von Resilienz subjektiv weniger Körperbeschwerden wahrgenommen werden (Leppert et al., 2005). Zudem überprüften Leppert und Strauß (2011) in einer Querschnittanalyse den protektiven Charakter von Resilienz in unterschiedlichen Altersgruppen. Dabei konnten sie an einer Stichprobe im Alter von 30 bis 80 Jahren zeigen, dass Resilienz als zuverlässiges Schutzschild gegen Depressivität wirkt, jedoch im hohen Alter (>70 Jahre) seinen protektiven Effekt einbüßt. Zudem war Resilienz bei gravierenden Lebenslaufzäsuren im hohen Alter, z. B. dem Übergang in die Pflegebedürftigkeit, nicht mehr als Copingmechanismus funktionell (Leppert & Strauß, 2011). Eine aktuelle Studie belegt den positiven Einfluss von Resilienz und Weisheit auf die Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen zwischen dem 50. und 80. Lebensjahr (Hayat, Khan, & Sadia, 2016). Nach Takahashi et al. (2016) partizipieren Personen aktiv an der Gesellschaft, wenn sie den Wunsch äußern, mit anderen Menschen zu interagieren und über Selbstbewusstsein hinsichtlich der Bewältigung ihrer Grenzsituation verfügen. Diese psychologischen Merkmale sind bedeutsame resiliente Eigenschaften für den Umgang mit Erkrankung und für soziale Teilhabe (Takahashi et al., 2016). Hinsichtlich des Umgangs mit Schmerzen belegen Studien, dass soziale Unterstützungen, Optimismus, positives Denken, Schmerzakzeptanz, aktives Engagement, werteorientiertes Verhalten und Kontrollüberzeugungen resiliente Merkmale darstellen (Rolbiecki et al., 2017; Sheedy, McLean, Jacobs, & Sanderson, 2017). Bei der Betrachtung des Konzeptes Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit besteht das Risiko, Menschen als resilient oder nicht resilient zu klassifizieren (Bengel & Lyssenko, 2012).

Im Erwachsenenalter wird Resilienz häufig nicht nur als psychische Widerstandsfähigkeit beschrieben, sondern auch als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal (Bengel & Lyssenko, 2012). Hierzu entwickelten Block und Block (2014) das Konzept, der Ego-Kontrolle und der Ego-Resilienz. Die Ego-Kontrolle bezieht sich auf den Ausdruck von emotionalen Impulsen und unterscheidet dabei zwei Typen: unterkontrollierte (reagieren eher spontan und impulsiv) und überkontrollierte Menschen (halten ihre Emotionen eher zurück) (Leipold, 2015; Letzring, Block, & Funder, 2005). Bei der Ego-Resilienz handelt es sich um die Fähigkeit zur temporären Anpassung der Kontrollebene an die Umwelt (Letzring et al., 2005). Sie ermöglicht in gegebenen Situationen den Grad der Ego-Kontrolle zu verändern (Leipold, 2015). Aus dieser Perspektive werden resiliente Personen als Menschen mit einem hohen Anspruchsniveau und weitreichenden Interessen beschrieben. Sie sind gut gelaunt, durchsetzungsfähig,

sozialkompetent und nicht selbstzerstörerisch (Letzring et al., 2005). Nach Cha und Lee (2017) ist Ego-Resilienz wichtig für die Überwindung von suizidalen Krisen. In der Weiterentwicklung des Konzeptes der Resilienz und dessen Verbreitung in anderen Disziplinen wurde die Vorsilbe „ego“ entfernt (Gawlytta & Rosendahl, 2015). Die ursprünglich in der Entwicklungspsychologie der Kinder- und Jugendforschung und der Psychologie des Erwachsenenalters angesiedelte Resilienzforschung, fand inzwischen auch Eingang in die gerontopsychologische Forschung (Wadenpohl, 2016).

Insbesondere aus der gerontologischen Perspektive wird Resilienz zunehmend als prozesshaftes Konstrukt beschrieben, welches von der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt beeinflusst wird (Bender & Lösel, 2005; Kruse, 2017; Wadenpohl, 2016), auch wenn sich die Studienlage hierzu weniger umfangreich darstellt. Bezugnehmend auf die Beschreibung der Resilienz als Toleranz eines Systems gegenüber Störungen, lässt sich der Pflegebedürftige mit chronischem Schmerz als System in seiner Person-Umwelt-Konstellation betrachten.

Nach Kruse (2017) wird die Resilienz von externalen (soziale Netzwerke, Ausmaß und Qualität sozialer Unterstützung, etc.) und internalen Merkmalen (Impulskontrolle, Wahrnehmung der eigenen Verarbeitungs- und Bewältigungsressourcen, etc.) bestimmt. Angesichts der Grenzsituationen „Pflegebedürftigkeit“ und „chronische Schmerzen“, stellt sich die Frage, wie sich Resilienz als Prozess externaler und internaler Merkmale bei älteren Menschen darstellen lässt. Welche Merkmale spielen in einem solchen Prozess eine Rolle und wann kann angesichts von Pflegebedürftigkeit und chronischen Schmerzen von einem Resilienzprozess gesprochen werden. Eine solche Betrachtung der Resilienz fand bisher nicht statt. Diese ist jedoch notwendig, um Interventions- und Präventionsansätze zur Stärkung dieser vulnerablen Gruppen zu entwickeln (Bengel & Lyssenko, 2012).

1.2 Ziel- und Fragestellung

Ziel der Studie ist es, mittels eines qualitativen Studiendesigns den Prozess der Resilienz mit seinen spezifischen Merkmalen zu beschreiben und deren Zusammenwirken zu erklären, um darauf aufbauend ein Modell zu entwickeln, welches für die vulnerable Gruppe der Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen Ansätze zur Intervention und Prävention bietet. Folgende Fragen werden beantwortet:

1. Wie stellt sich der Prozess der Resilienz in der Zielgruppe pflegebedürftiger älterer Menschen mit chronischen Schmerzen dar?
2. Welche Bedeutung hat der Schmerz für die Pflegebedürftigen?
3. Welchen Einfluss hat die Umwelt auf die Situation der Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen?
4. Welche Dynamiken zwischen Merkmalen der Person und der Umwelt können im Sinne von Resilienz beschrieben werden?
5. Welches Spektrum an personalen und Umwelt-Ressourcen wird beschrieben?
6. Welche Interventions- und Präventions-Ansätze lassen sich vor dem Hintergrund der Resilienz für die Zielgruppe Pflegebedürftiger mit chronischen Schmerzen ableiten?

2 Vorgehensweisen und Methoden

2.1 Studiendesign

Aufgrund des explorativen Charakters wurde für dieses Forschungsprojekt ein qualitatives Studiendesign gewählt. Mittels diesem Verfahren soll die Lebenswelt von älteren pflegebedürftigen Menschen mit chronischen Schmerzen detaillierter erfasst werden. Im Fokus steht die prozesshafte Darstellung der Resilienz mit seinen spezifischen Merkmalen.

Im Rahmen der Studie wurden episodische Interviews (n=21) in Anlehnung an Flick (2011) mit von chronischen Schmerzen betroffenen älteren Frauen und Männern (> 65 Jahren) geführt, mittels Tonaufnahmegeräten aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Geeignete Probanden wurden aus der Gruppe ambulant versorgter Pflegebedürftiger nach SGB XI im Raum Berlin rekrutiert. Die Datenanalyse erfolgte mittels der Dokumentarischen Methode, angelehnt an Bohnsack.

Das Votum der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin liegt vor (Auftragsnummer: EA1/106/18). Zudem wurden die detaillierten Auflagen des Datenschutzes hinsichtlich der Aufklärungspflicht über Studieninformationen umgesetzt.

2.1.1 Erhebungsmethode: Episodisches Interview

Bei dem von Flick (2011) entwickelten Episodischen Interview handelt es sich um eine Verbindung von zwei methodischen Zugängen. Flick (2011) spricht diesbezüglich von einer methodeninternen Triangulation. Die von ihm vorgenommene Unterscheidung zwischen episodischem und semantischem Wissen dient als Ausgangspunkt dieses Verfahrens. Das semantische Wissen schließt Begrifflichkeiten sowie dessen Zusammenhänge ein, welche bestenfalls über direkte Fragen erhoben werden. Währenddessen baut sich das episodische Wissen aus situativen Erinnerungen auf, zu deren Erkundung erzählgenerierende Fragen verwendet werden. Demzufolge werden in episodischen Interviews Fragen einbezogen, die auf Erzählungen von situativen, biographisch-erlebten Ereignissen sowie auf klar abgegrenzte Antworten abzielen. Insbesondere das Erzählen von Situationen steht bei dieser Interviewform im Vordergrund (Flick, 2011).

Vorteil des episodischen Interviews ist, dass die Verbindung zwischen Befragungen und Narrationen weitestgehend der Alltagskommunikation entspricht. Auf diese Weise geben der/die Interviewer/-in der befragten Person einen Erzählraum und zusätzlich können mittels eines Leitfadens zielgerichtete Fragen gestellt werden (Lamnek & Krell, 2016):

Das Episodische Interview wurde im Rahmen dieser Studie in vier Themenbereiche strukturiert: Resilienzprozess, Resilienzprozess bei chronischen Schmerzen, Alltagsbewältigung und schließlich Wünsche der Pflegebedürftigen. Der erste Bereich „Resilienzprozess“ dient der Stimulation der Erzählbereitschaft. Um die prozesshafte Entwicklung von Resilienz näher erklären zu können, war es wichtig herauszufinden, wie die Pflegebedürftigen im Allgemeinen mit Belastungssituationen umgehen. Der Themenbereich II bezieht sich hingegen speziell auf die Entstehung von Resilienz im Hinblick auf chronische Schmerzen. Folglich wurde erfragt, wie die Pflegebedürftigen ihre Schmerzen wahrnehmen und welche, daraus resultierenden, Schwierigkeiten aufgetreten sind. Die Befragten wurden im nächsten Schritt aufgefordert, ihren typischen Tagesablauf sowie ihnen nahestehende Personen zu beschreiben (Bereich III), um einen Einblick in den Alltag der Pflegebedürftigen zu erhalten. Abschließend hatten sie die Möglichkeit im vierten und letzten Themenbereich ihre Wünsche für die nächste Zeit zu benennen.

Die Interviewerinnen waren dazu angehalten, zu jeder der Leitfragen zirkulierende Nachfragen zu stellen. Diese beinhalten die Aufforderung, eine konkrete herausfordernde Situation zu beschreiben und über dessen Bewältigung zu berichten (siehe Anhang 3). Nach Flick (2011) bildet sich teilweise semantisches Wissen aus Erfahrungen, die im episodischen Wissen beinhaltet sind. Aufgrund dessen wurden die Interviewerinnen geschult, die semantischen Fragen aus dem Gespräch herauszubilden.

In einer Pretestphase erfolgte die Testung des Leitfadens mit fünf Probanden. Diese fünf Interviews konnten in den Analyseprozess einbezogen werden, da lediglich kleine Änderungen zur Modifizierung des Leitfadens notwendig waren.

Insgesamt wurden 21 Interviews erhoben, die im Wohnumfeld der Teilnehmer/-innen erfolgten. Die Gesprächszeiten erstrecken sich von mindestens 45 bis ca. 165 Minuten. Um die Pflegebedürftigen nicht zu überfordern, war zunächst eine Maximaldauer von 120 Minuten angesetzt, die teilweise überschritten wurde, da die Teilnehmer/-innen aus freier Entscheidung das Interview fortführen wollten. Die befragten Personen hatten jederzeit die Möglichkeit, eine Pause einzulegen. Aufgrund von unvermeidbaren Störungen kam es bei einigen Interviews zu kurzen Unterbrechungen der Gespräche und der Tonbandaufzeichnungen.

Für die Gesprächsführung wurden drei Interviewerinnen (Study Nurses) mit Erfahrungen in der Durchführung von qualitativen Interviews eingesetzt. Aufgrund ihrer Expertise konnten sie bei der Entwicklung des Leitfadens involviert werden. Die hohe Vulnerabilität der Zielgruppe und die Notwendigkeit, teilweise sensible Fragen zu stellen, erforderte trotzdem vor der Datenerhebung eine spezielle Schulung der Interviewerinnen. Um den Umgang mit Erzählaufforderungen sowie mit Nachfragen zu trainieren, absolvierten alle Beteiligten jeweils ein Probeinterview und erhielten anschließend ein individuelles Feedback bezüglich der Durchführung.

Die wörtliche Transkription erfolgte nach Überprüfung des Audiomaterials überwiegend über einen spezialisierten Dienstleister. Die Interviews wurden nach dem Transkriptionsformat „Talk in Qualitative Research“ in Anlehnung von Bohnsack vorgenommen. Dementsprechend wurden zusätzlich die Pausendauer, parasprachliche Äußerungen, Wortabbrüche, Betonungen von Wörtern, usw. verschriftlicht. Kommas, Punkte, Fragezeichen und Semikolons sind

jeweils Hinweise für sinkende oder steigende Intonation. Lediglich Hauptwörter wurden großgeschrieben (siehe Anhang 6).

Anschließend konnten die Transkripte entsprechend der datenschutzrechtlichen Verordnung pseudonymisiert werden, sodass ein direkter Personenbezug nicht möglich ist.

2.1.2 Post- und Präskriptum

Ein neben jedem episodischen Interview erstelltes Postskriptum diente der Dokumentation von Auffälligkeiten, Befindlichkeiten und Eindrücken, die von den Interviewerinnen im Gespräch selbst sowie vor, nach und während des Interviews wahrgenommen wurden (Mey & Mruck, 2007). Im Rahmen dieser Studie wurde eine standardisierte Vorlage eines Postskriptums entwickelt, welche die Analyse dieser wesentlichen Aspekte beinhaltet. Die Interviewerinnen füllten die Postskripte direkt nach der Gesprächssituation aus.

Zum besseren Verständnis der Gesamtsituation waren Beschreibungen der Wohnungen und des Wohnumfeldes, in dem sich der Alltag der Pflegebedürftigen vollzieht, erforderlich und wurden daher von den Interviewerinnen beobachtet und detailliert im Postskriptum aufgenommen. Zusätzlich dokumentierten sie die Mobilität der Pflegebedürftigen, Wohnformen sowie Barrieren im Haus. Für ein umfassendes Verständnis des Gespräches notwendige Informationen, die vor Beginn des Interviews, während der Pausen und nach dem Ausschalten des Tonaufnahmegerätes geäußert wurden, konnten ebenfalls im Postskriptum dargestellt werden. Die Auflistung wichtigster Schwerpunkte des Gespräches diente dem inhaltlichen Überblick über die Interviews. Zudem wurde die Wahrnehmung der Interviewerinnen hinsichtlich Erscheinungsbild, Mimik und Verhalten der Pflegebedürftigen erhoben, um auf diese Weise ein optisches Bild während der Analyse zu ermöglichen (siehe Anhang 4).

Neben dem Postskriptum nutzten die Interviewerinnen ein für das Projekt erstelltes Präskriptum. Präskripte dienen der Formulierung von eigenen Befindlichkeiten und Erwartungen an das bevorstehende Gespräch (Mey & Mruck, 2007). Auf diese Weise konnten sich die Interviewerinnen mental auf das Gespräch vorbereiten. Der Bogen ermöglicht, eigene Erwartungen an das Gespräch bewusst zu machen und folglich diese dann zu reduzieren. Auf diese Weise wurde die Offenheit gegenüber den befragten Personen gewährt und der Umgang mit unerwarteten Momenten wurde vereinfacht. Zusätzlich ermöglicht das Instrument den Inter-

viewerinnen nach dem Gespräch ihr eigenes Verhalten über Selbstreflexionsfragen zu bewerten. Dementsprechend wurden Fragen gestellt, wie: „In welchen Passagen hätte ich intensiver nachfragen sollen?“ oder „Wie war mein Verhalten während des Gespräches?“ Diese Fragen zielten auf die Kompetenzerweiterung der Interviewerinnen hinsichtlich der Durchführung von Befragungen ab.

Fragen des Präskriptums dienten zudem der Modifizierung des Leitfadens. Die Interviewerinnen reflektieren, bei welchem offenen Erzählstimulus eine Überforderung der Pflegebedürftigen stattfand und welche Fragen intensiver beantwortet wurden. Während der Pretestphase war das Ausfüllen des Präskriptums verpflichtend. Danach wurde den Interviewerinnen die Nutzung freigestellt, da das Instrument lediglich der Vorbereitung der Durchführung sowie der Kompetenzentwicklung diene und nicht Analyse Zwecken (siehe Anhang 5).

2.1.3 Auswertungsmethode: Dokumentarische Methode

Die Dokumentarische Methode ist eine wissenssoziologische Konzeption, ursprünglich von Karl Mannheim entwickelt. In der Folge wurde diese im Fachbereich Ethnomethodologie aufgegriffen und letztendlich von Ralf Bohnsack modifiziert (Vogd, 2009). Im Sinne von Karl Mannheim ist Akteuren nicht ihr gesamtes Wissen bewusst. Demzufolge verfügen sie über ein implizites Wissen, dessen Zugang ohne Reflexion nicht möglich ist (Bohnsack et al., 2013). Somit steht für die empirische Auswertung nicht das, was explizit und wörtlich im Gespräch mitgeteilt wurde im Vordergrund, sondern der zu rekonstruierende Sinngehalt, der implizit in diesen Äußerungen verborgen ist (Nohl, 2005). Bei der dokumentarischen Interpretation findet ein Wechsel zwischen der Frage statt, was die gesellschaftliche Wirklichkeit aus der Sichtweise der Betroffenen ist und der Frage wie diese Realität in der Praxis projiziert wird. Methodologisch wird zwischen immanentem und dokumentarischem Sinngehalt unterschieden. Beim immanenten, wörtlichen oder kommunikativ-generalisierenden Sinngehalt wird die Was-Ebene untersucht, während der dokumentarische Sinngehalt auf der Wie-Ebene analysiert wird. Für die Untersuchung beider Phänomene gibt es zwei explizite Arbeitsschritte: die formulierende und die reflektierende Interpretation. Im ersten Schritt steht im Mittelpunkt, was wörtlich und folglich thematisch gesagt wird, während im zweiten Schritt der Focus sich darauf richtet, wie und in welchem Rahmen das Thema verarbeitet wird. Abschließend erfolgt im dritten Arbeitsschritt die komparative Analyse. Diese ermöglicht die Verallgemeinerung von Orientierungsmustern der Fälle (Bohnsack et al., 2013).

Das Vorgehen im Rahmen dieses Forschungsprojektes stellt sich wie folgt dar: Die aufgezeichneten Interviews wurden zunächst einzeln angehört und in Stichpunkten inhaltlich zusammengefasst, um einen ersten Eindruck vom Material zu erhalten. Gleichzeitig ist in Vorbereitung auf die Feinanalyse von Bedeutung, den Sprachduktus der jeweiligen Befragten zu erfassen. Diese ersten Dokumente fanden für die formulierende Interpretation Verwendung. Die Themen der jeweiligen Interviews wurden abgeleitet und in eine Rangfolge (in Ober- und Unterthemen) gebracht. Jedes Thema erhielt eine stichpunktartige Zusammenfassung. Als Erstes wurden alle Interviews formulierend interpretiert und danach alle Themen mittels MAXQDA codiert und geclustert, um einen Themenüberblick zu erhalten. Anschließend erfolgte die reflektierende Interpretation. Aufgrund der Menge an Daten wurde eine sequenzielle Analyse vorgenommen, bei der lediglich die wichtigsten Themen zur Beantwortung der Hauptfragestellungen zur Analyse hinzugezogen werden.

Im Hinblick auf die Hauptzielstellung wurden die Thematiken „Alltagsschwierigkeiten“, „Mobilität“ und „Schmerzen“ näher interpretiert. Diese Themen geben darüber Auskunft, ob und in welcher Weise die befragten Personen aktuell ihre Schmerzen und Pflegebedürftigkeit als Belastung empfinden und wie sie mit herausfordernden Situationen umgehen. Andere Themen, wie zum Beispiel die Beschreibung von herausfordernden Situationen, Verlust von nahestehenden Personen, soziale Beziehungen usw. wurden einer Interpretation unterzogen, wenn sie einen Einfluss auf die aktuelle Bewältigung der Grenzsituation haben.

Die reflektierte Interpretation umfasste die Betrachtung und Niederschrift der Themen im Einzelnen. Hier lag der Analysefokus in der Rekonstruktion der Art und Weise des Umgangs mit Grenzsituationen und den normativen Erwartungen sowie handlungsleitenden Orientierungen, die das Handeln beeinflussen. Abschließend erfolgte die komparative Analyse. Hierfür wurden pro Fall Handlungsorientierungen und normative Vorstellungen der reflektierenden Interpretation entnommen und anschließend zusammengefasst. Auf diese Weise konnten gemeinsame sowie unterschiedliche Orientierungsmuster extrahiert werden.

Zur Validierung der Interpretationen wurden parallel zum Auswertungsprozess intersubjektive Analysen im Rahmen eines Interpretationszirkels vorgenommen. Auf diese Weise konnten Fehlinterpretationen behoben und weitere Perspektiven ergänzt werden.

Einzelne Schritte wurden während des Forschungsprozesses kontinuierlich in einem Forschungstagebuch kurz erläutert und dabei wichtige Gedankengänge zum Material reflektiert.

2.2 Zeitlicher und organisatorischer Ablauf

Die Studie wurde im Zeitraum vom 01.02.2018 bis zum 31.03.2019 durchgeführt. Das Instrument wurde im Februar entwickelt und bis Mitte April nach der Pretestphase modifiziert. Die Datenerhebung umfasste eine Zeitspanne von fünf Monaten. Im Dezember 2018 endete der Analyseprozess einschließlich Transkription und Auswertung. Da die Transkription einen längeren Zeitraum beanspruchte als zunächst geplant, musste der Analyseprozess sowie die Berichtslegung außerplanmäßig um drei Monate verschoben werden. Der konkrete zeitliche Ablauf kann der Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Ablaufplan

	Durchführungszeitraum 01.02.2018 bis 30.04.2019															
Maßnahme	Monat 1 Jan 18	Monat 2 Feb 18	Monat 3 Mär 18	Monat 4 Apr 18	Monat 5 Mai 18	Monat 6 Jun 18	Monat 7 Jul 18	Monat 8 Aug 18	Monat 9 Sep 18	Monat 10 Okt 18	Monat 11 Nov 18	Monat 12 Dez 18	Monat 13 Jan 19	Monat 14 Feb 19	Monat 15 März 19	Monat 16 April 19
Literaturrecherche																
Leitfadenerstellung																
Pretest; Durchführung Interviews																
Transkription																
Auswertung																
Berichtslegung																
Publikation																

2.3 Rekrutierung und Feldzugang

Für das Projekt „Resilienz“ wurden ältere pflegebedürftige Menschen im Raum Berlin rekrutiert, die in der eigenen Häuslichkeit leben. Die Rekrutierung gestaltete sich durch eine parallel laufende Datenerhebung im Rahmen einer quantitativen Studie in der gleichen Zielgruppe ohne Probleme. Das während der quantitativen Befragung aufgebaute Vertrauensverhältnis konnte dafür genutzt werden, die älteren Personen um die Teilnahme an der qualitativen Befragung im Rahmen der Resilienz-Studie zu bitten.

Bei einer Zusage wurde die Teilnehmerinformation entweder unmittelbar nach dem standardisierten Interview überreicht oder mindestens zwei Wochen vor dem qualitativen Gespräch postalisch zugesendet, sodass ausreichend Zeit für das Durchlesen des Informationsschreibens vorhanden war. Direkt vor dem Interview, erhielten die älteren Personen nochmals Informationen zur Studie und zu ihren Rechten, um anschließend die Einwilligungserklärungen zu unterschreiben. Zwischen Interviewerinnen und Pflegebedürftigen bestand bereits ein Vertrauensverhältnis, da diese sich aus dem quantitativen Interview kannten.

Insgesamt konnten 21 ältere pflegebedürftige Menschen mit Schmerzen rekrutiert werden. Einschlusskriterium für die im Raum Berlin lebenden Menschen war die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, auskunftsfähig, das Vorhandensein chronischer Schmerzen (mind. 6 Monate) und ein Alter über 65 Jahre. Zur Feststellung der Auskunftsfähigkeit der Pflegebedürftigen wurde der aus der quantitativen Erhebung vorliegende MMST-Wert genutzt.

Um Personen aus konträren Lebenswelten einzuschließen, wurden im Rekrutierungsprozess weitere Kriterien eingeführt (Selektives Sampling). Berücksichtigung fand dabei das Geschlecht, Alter, der Pflegegrad, die Wohnsituation und der Resilienzwert.

Von Bedeutung war es, eine verhältnismäßige Verteilung bezüglich des Geschlechts herzustellen. Nach dem Statistisches Bundesamt waren im Jahre 2017 60,5 Prozent der ambulant versorgten pflegebedürftigen Frauen. Erreicht wurde eine gleichmäßige Verteilung von Männern und Frauen, Ziel war eine ein Drittel- zwei Drittelverteilung.

Des Weiteren fand das Alter beim selektiven Sampling Berücksichtigung. Das Aufwachsen in unterschiedlichen Systemen bzw. Zeiten führt zu verschiedenen Lebenserfahrungen und womöglich zu unterschiedlichen Resilienzausprägungen. Die meisten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Altersgruppe zwischen 76 bis 85 Jahren.

Eine gleichmäßige Verteilung der Pflegegrade spielte ebenfalls eine bedeutende Rolle, da die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit und die damit verbundenen Leistungen Einfluss auf die Alltagsbewältigung sowie auf die Lebensqualität nehmen können. In diesem Forschungsprojekt nahmen überwiegend Personen mit Pflegegrad II teil.

Im Rahmen des selektiven Samplings erschien wichtig, Personen in unterschiedlichen Wohnsituationen (allein, bei den Kindern, im betreuten Wohnen lebend, usw.) zu rekrutieren. Auf diese Weise sollte untersucht werden, inwiefern sich unmittelbare, soziale Unterstützungspotenziale auf die Resilienz der älteren Pflegebedürftigen auswirken. Die Mehrzahl der Probandinnen und Probanden lebt allein. Lediglich sechs Personen wohnen bei ihren Kindern, oder gemeinsam mit ihrem Ehepartner oder ihrer Ehepartnerin bzw. erhalten Unterstützung im Rahmen des betreuten Wohnens oder durch eine Assistenz.

Wagnild und Young haben einen Resilienztest auf der Grundlage der Annahme entwickelt, dass Resilienz ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist (Leppert, Koch, Brähler, & Strauß, 2008). Im Rahmen der quantitativen Studie kam dieser Test zum Einsatz. Währenddessen gehen wir in dem hier dargestellten Projekt davon aus, dass sich Resilienz prozesshaft entwickelt und von Umweltfaktoren beeinflusst wird. Um mögliche Inkongruenzen aufzuzeigen, war es wichtig, Personen mit hoher und niedriger Resilienz vergleichen zu können.

Nach 12 Interviews wurde die Verteilung der Merkmale der rekrutierten Pflegebedürftigen näher beleuchtet. Anschließend erhielten die Interviewerinnen die Anweisung, Personen mit Pflegegrad III, einem niedrigeren Resilienzwert < 54 , die nicht allein wohnen und älter als 85 Jahre oder jünger als 75 Jahre waren, in den Fokus zu nehmen.

Die detaillierte Verteilung der Merkmale in der Gesamtstichprobe lässt sich aus der Tabelle 2 entnehmen.

Tabelle 2: Rekrutierung

	Pseudonym	Geschlecht		Alter			Pflegergrad				Wohn- und Betreuungssituation					MMST (max.30 Punkte)	Resilienz- test (max. 77 Punkte)
		männ- lich	weib- lich	< 7 5	76 – 85	> 85	I	II	III	I V	Alleine	Bei den Kindern/ Familie	Mit Ehe- mann/ Ehefrau	Im be- treuten Wohnen	acht Stunden Assistent		
1	Vanessa Zeiger (Zw)		x		x			x			x					25	69
2	Walther Schneider (Sm)	x		x				x			x					29	62
3	Elisabeth Gräfe (Gw)		x		x				x				x			/	/
4	Babett Müller (Mw)		x		x		x				x					25	54
5	Ines Schulze (Sw)		x			x		x			x					26	/
6	Karl Rothenberg (Rm)	x				x		x			x					20	/
7	Gabriel Bremer (Bm)	x			x			x			x					28	60
8	Elenora Gießener (Gßw)		x		x			x			x					16	55
9	Erna Lautenbach (Lw)		x		x		x						x			29	62
10	Rosalinde Meier (MIw)		x		x			x			x					29	52
11	Gabi Bäcker (Bw)		x		x			x			x					27	61
12	Dirk Weinert (Wm)	x		x				x			x					24	60
13	Gustav Schmidt (SCHm)	x				x		x			x					22	47
14	Katharina Meißner (Mßw)		x			x			x				x			23	60
15	Beatrice Drescher (Dw)	x		x					x		(x)			x		27	62
16	Jens Goebel (Gm)	x			x				x		x					26	75
17	Antje Fischer (Fw)		x		x			x				x				26	61
18	Hannes Heckel (Hm)	x				x	x						x			27	70
19	Diana Engelbart (Ew)		x	x				x			x					28	73
20	Gerda Schmitz (SMw)		x		x		x				x					27	56
21	Hermann Buchholz (BHm)	x		x				x			x					30	33

/ = kein Wert vorhanden

2.4 Reflexion, Forschungsethik, Methodenkritik

Methodenkritisch ist anzumerken, dass das Selektive Sampling aufgrund der begrenzten Projektzeit nicht bis zur vollständigen Sättigung durchgeführt werden konnte. Der Versuch, die Merkmale der Befragten zu kontrastieren, erzielte, insbesondere im Hinblick auf das Merkmal niedriger Resilienzwert, nicht den gewünschten Erfolg.

Bei insgesamt 3 interviewten Pflegebedürftigen fehlte der Resilienz- bzw. MMST-Test im Datensatz der quantitativen Erhebung. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten die Tests nicht nachträglich erhoben werden. Die Interviews wurden trotzdem in die Auswertung einbezogen, da sie inhaltlich für den Analyseprozess relevant waren.

Für einige Pflegebedürftigen erwies es sich als schwierig, eine konkrete Situation zu benennen. Teilweise wurden Situationen lediglich angeschnitten, grob beleuchtet oder es wurden Erlebnisse, die nicht auf sich selbst bezogen waren, genannt.

Der Interviewleitfaden umfasst sensible Themenbereiche, die teilweise mit hoher Emotionalität verbunden waren. Herausfordernde Situationen sollten geschildert werden, wodurch beispielsweise noch heute belastende biographische Ereignisse des Krieges oder der Verlust von nahestehenden Personen thematisiert wurden. Trotz der Vorbereitung der Interviewerinnen auf derartige Situationen, musste ein Interview aufgrund der hohen Betroffenheit der befragten Person abgebrochen werden. Auch dieses Interview wurde für die Analyse genutzt, da die meisten Leitfragen gestellt wurden.

In einem Fall wurden Gedanken zu Depression und Suizid geäußert. Da sich diese Person bereits in psychiatrischer Behandlung befindet, wurden bei der Nachbereitung keine weiteren Schritte eingeleitet. Für derartige Fälle hatten die Interviewerinnen klare Vorgaben, welche Maßnahmen ergriffen werden können.

Die Emotionalität der Interviews, die schwierigen Lebenssituationen der Pflegebedürftigen und die Konfrontation mit psychischen Erkrankungen erwiesen sich für die Interviewerinnen sowohl in den Interviews als auch im Nachgang teilweise als sehr belastend. Zur Unterstützung des Bewältigungsprozesses wurde eine Gesprächsrunde (Selbsthilfe) zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch eingeführt.

Aus forschungsethischer Perspektive muss für folgende Forschungsprojekte das Angebot der Supervision bereitgestellt werden, um den Interviewerinnen die Auseinandersetzung mit belastenden Interviews und mit psychisch erkrankten Personen zu erleichtern

3 Ergebnisse

3.1 Herausforderungen und Grenzsituationen älterer Pflegebedürftiger mit Schmerzen

3.1.1 Biographische Grenzsituationen

Am Anfang der Interviews hatten die Pflegebedürftigen die freie Wahl, über eine besondere Situation aus ihrem Leben zu berichten. Dementsprechend war die Eingangsfrage des Leitfadens wie folgt formuliert: „Im Folgenden werde ich Sie immer wieder bitten, mir Situationen zu erzählen, über ihr Leben im Allgemeinen und die mit Ihrer jetzigen Situation zu tun haben. Als Erstes würde ich Sie gerne als Person näher kennen lernen. Deswegen würde ich Sie bitten, mir über ein Erlebnis aus Ihrem Leben, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist, zu erzählen. (Nehmen Sie sich dafür ruhig Zeit.)“ (siehe Anhang 3).

Die hier befragten älteren Personen tendieren nach dieser Aufforderung dazu, über biographisch belastende Erfahrungen zu sprechen. Diesbezüglich gibt es vier Themenkomplexe, die besonders prägend sind: Kriegs- und Nachkriegszeit, Verlust von Nahestehenden, Kindheits-erfahrungen im Elternhaus/Kinderheim sowie Klinikaufenthalte. Die Befragten setzen sich aktuell immer noch mit diesen Erlebnissen der Vergangenheit auseinander, während Schmerz und Pflegebedürftigkeit nicht zwingend als erstes thematisiert wurde. Ob sich daraus eine untergeordnete Relevanz der aktuellen Herausforderungen durch Schmerz und Pflegebedürftigkeit ableiten lässt, wäre zu hinterfragen (Hm/ 16 – 182, Gw/ 15 – 70, Bm/ 14 – 62, Gßw/ 14 – 116, Lw/ 19 – 129, Fw/15 – 52, Sm/ 13 – 60, Bw/ 13 – 23, Sw/ 25 – 105, BHm/ 18 – 74, Mw/ 14 – 36, Dw/ 24 – 47, MIw/ 14 – 79, Rm/ 16 – 139, Ew/ 22 – 303, SCHm/ 14 – 749, Mßw/ 12 – 34), Zw/ 18 – 206, Wm/ 17 – 31).

Insbesondere die Erlebnisse zur Kriegs- oder Nachkriegszeit sind bei der Mehrheit der befragten Älteren von zentraler Bedeutung (Gw/ 15 – 70, Bm/ 14 – 62, Hm/ 16 – 182, Lw/ 19 – 129, Gßw/ 14 – 116, Fw/15 – 52, SCHm/ 14 – 749).

„Gw: naja, das war Krieg, und ich war ja immer in (Stadt 1), und wir hatten Angst; vor dem Geschützfeuer, was vom (Platz) aus nach (Stadtteil) ging, in die und haben im Keller gelebt; drei oder vier Wochen oder Tag. Das ist mir besonders in Erinnerung“ (15 – 18)

„Lw: einschneidende, Erinnerung, möchte ich sagen, wir sind also ich bin in (Stadt im Osten) groß geworden? und bin 1955 nach (Stadt im Westen) gekommen mit meiner Familie. war ja noch Jugendliche, und dieses Flüchtlingslager; und das anschließende in (Stadt im Westen); das ist eine Erinnerung die mir immer wieder durch den Kopf geht. [...] und wenn ich heute die Flüchtlinge sehe. dann kommt mir diese Erinnerung hoch.“ (19 – 52)

Diese Passagen dokumentieren, dass Kindheitserlebnisse, die mit Angst konnotiert sind, sowie Fluchterfahrungen bei älteren Personen auch noch nach vielen Jahrzehnten eine bedeutende Rolle spielen und insbesondere in der Konfrontation mit aktuellen politischen Themen eine erneute Auseinandersetzung auslösen.

Ein weiterer zentraler Themenaspekt ist der Verlust von nahestehenden Personen, wie zum Beispiel ihrer Lebenspartner/-in.

„BHm: ja. dann ist es natürlich das der Tod meines Lebenspartners. mit dem ich 42 Jahre lang zusammengelebt habe. und wir auch waren auch verheiratet. [...] und darunter leide ich ganz besonders, weil halt keine körperliche Nähe mehr vorhanden ist, keine körperliche Zärtlichkeit und alles was so zum Zusammenleben zweier Menschen gehörte, [...]“ (8 – 35)

„Zw: [...] weil, weil er, Schlaganfall gekriegt [...] und dann war er an Maschinen ange- packt. Und dann nach n-ne Woche wurde ich dann angerufen hier, ich soll abend- abends um zehn 22 Uhr, ich soll kommen, sie wollen die Geräte abschließen. so:: dann bin ich hin (Klinik),[...] und dann äh habe ich mein okay zu gegeben, obwohl wir das vorher schon alles besprochen hatten, aber ich musste trotzdem noch hin. ja? das ist äh. Und ich kam mir vor, als hätte ich mein Mann jetzt selber umgebracht. Weil ich gesagt hab, ja die Maschine ab. das ist, das, das ((tiefes einatmen) [...] [weinend: das, das kann ich immernoch nicht ver-verknoten.] “ (137 – 149)

Anhand dieser Sequenzen wird deutlich, wie sich die befragten älteren Personen mit dem Verlust und dessen Folgen auseinandersetzen. Es mangelt ihnen an sozialen Ressourcen, die ihre emotionalen Bedürfnisse abdecken. Die quälenden Gedanken von Frau Zeiger, eventuell an dem Tod ihres Mannes beteiligt zu sein, erschweren zusätzlich die Bewältigung des Verlustes.

Aufgrund des höheren Alters der Befragten oder aufgrund spezifischer Schicksale wird vom Verlust ihrer Kinder oder Enkelkinder berichtet, die kein hohes Alter erreichten. Der frühzeitige Tod ihrer Kinder und zu erleben, wie diese sich mit schweren Erkrankungen auseinandersetzen mussten, stellt eine große Herausforderung dar.

„Bw: tja. gibt es doch einige Sache; einige schöne Sachen und auch einige Sachen was nicht so schön ist. was mich sehr berührt hat, dass meine Enkeltochter mit sechs Jahren gestorben ist; und vor fünf Jahren jetzt mein Sohn verstorben ist; mit 60. das sind alles so nicht so sehr schöne Sachen; nicht? weil sie alle noch nicht ihr normales Lebensalter erreicht haben.“ (13 – 17)

„Sw: wie mein Sohn gestürzt ist und der hat eben einen Tumor gehabt im Kopf. ja? nicht? und der war erst sieben Jahre alt. nicht? und der ist nachher bösartig geworden ja? nicht? ja nicht? nicht? und nun jetzt ist er mit 66 ist er jetzt gestorben.“ (31 – 33)

Belastende Erlebnisse stehen bei älteren Personen häufig im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit, insbesondere mit bedrohlichen Krankenhausaufenthalten, verbunden mit der Ungewissheit über die eigene körperliche Verfassung und/oder der Sorge um das Wohlbefinden von Personen, für die sie sich verantwortlich fühlen.

„Dw: also die besonderen Erinnerungen sind meistens die die schlimmen Dinge die ich erlebt habe. es gibt ganz viele gute nebenbei, aber aber die schlimmen Dinge, hängen mit meiner Gesundheit zusammen, damals mit dem wie ich nach einer OP aufgewacht bin, die schlimmste Zeit war danach Sprecher als mein Kind Zuhause war, und ich nicht bei ihm sein konnte, und ich teilweise nicht wusste wie es meinem Kind geht, das war das aller Schlimmste, und dann hatte ich aber auch in dem Schlimmen ganz seltsam gute Erinnerungen; ich lag im Krankenhaus.“ (24 – 30)

„Mlw: in dem langen Leben sind ja viele Sachen passiert. @@ ja was fällt mir denn dazu ein? also wenn ich jetzt in die kurze Vergangenheit gehe. dann war es schon diese Krankenhauszeit, die ich hinter mir habe die ja doch recht lange war und recht intensiv und wo ich überhaupt nicht wusste was mit mir geschieht. und dass ich da teilweise auch, na verzweifelt ist nicht das richtige Wort, aber; ja also eine gewisse, wie sagt man denn dazu lethargisch, also ich bin so ein bisschen lethargisch geworden [...]“ (14 – 19)

Ein weiterer zentraler Themenbereich sind Kindheitserlebnisse im Elternhaus aber auch im Kinderheim, welche sehr unterschiedlich beschrieben werden. Die Befragten gehen explizit darauf ein, wie ihre Eltern auf eigene Bedürfnisse als Kind eingehen und welche Ressourcen zur Verfügung gestellt wurden (Rm/16 – 139, Wm/ 17 – 31, Mßw/ 12 – 22, Ew/ 22 – 303).

„Wm: also ich habe gar keine na gut Vater Alkoholiker, Mutter hat (musste) arbeiten. halt bei sieben Kinder ist natürlich klar, es geht natürlich nicht, dass mein Vater hat keine Lust gehabt wirklich zu arbeiten [...] und er meinte immer zu mir wer arbeitet muss auch Fleisch essen. wir Kinder durften ja kein Fleisch essen. (also gut Elternheim) als Elternhaus war ein bisschen nicht so schön.“ (17 – 24)

„Mßw: also das das, sagen wir mal das stärkste Erlebnis, war, dass das ganze Zuhause polnisch wurde. und meine Eltern hatten ein Haus gebaut, und meine Eltern hatten ein Geschäft, in (Stadt 2)? (Stadt 1) war der Ort. und mein Vater ging zusätzlich noch auf der Feldmühle als Buchhalter arbeiten, weil die vier Kinder Zuhause auch Ansprüche hatten, rein von Natur aus. die Eltern waren auch bemüht uns alle auf höhere Schulen zu schicken, dass wir ein Abitur machen, und studieren können [...]“ (12 – 17)

3.1.2 Relevanz der Schmerzen

Die Mehrheit der Befragten verspüren seit mehreren Jahren, einige wenige bereits seit ihrer Kindheit, Schmerzen. Anfänglich wurde diesen körperlichen Beschwerden sowohl von den Betroffenen als auch vom medizinischen Fachpersonal kaum Beachtung geschenkt. Durch belastende Arbeitsbedingungen und fehlende gesundheitsförderliche Bedingungen haben sich z. B. bei Frau Meier die Schmerzen intensiviert. Schmerzen im Zusammenhang mit einer stehenden Arbeitstätigkeit, über die andere im beruflichen Umfeld ebenfalls klagen, werden als unveränderliche „typische“ Auswirkung der gegebenen Arbeitsbedingungen betrachtet. Zudem war die Intensität der Schmerzen zur Anfangszeit geringfügig. Die körperlichen Beschwerden wurden vorerst hingenommen und nicht als starke Belastung gesehen.

„I: wie alt waren Sie denn wissen Sie das noch wie alt genau Sie waren als Sie das den Schmerz zum ersten Mal so wahrgenommen haben?

MIw: na ja das war schon als junges Mädchen. das habe ich schon als junges Mädchen gemerkt, wenn ich lange Zeit gestanden habe. oder so. und ich war nicht sportlich, ich konnte mich in bestimmte Sachen nicht gut bewegen. das war zwar jetzt nicht so auffällig, nach außen, aber ich habe gemerkt, dass das Bewegungen waren die haben mir nicht gefallen und nicht gut getan. ich war ich fühlte mich immer ein bisschen steif und unbeweglich. aber das ist jetzt nach außen überhaupt nicht aufgefallen. das war nur so mein mein Körpergefühl.“ (96 – 104)

„I: wie haben Sie das erlebt? diesen Schmerz als junge Frau?

MIw: als da habe ich das nicht als dramatisch erlebt. habe ich gedacht das muss so sein. nicht. durch die Anstrengung, und da haben viele haben gejammert, dass sie Rückenschmerzen haben in dem Beruf, und ich war auch muss ich sagen für den Beruf ich war sehr groß. ich war ja 1,74? und die meisten Friseure sind kleinere Leute. [...] und dadurch musste ich dann auch oft in sehr unschöner Körperhaltung arbeiten, und das hat natürlich dann die Schmerzen auch ausgelöst. aber das wusste ich früher nicht.“ (115 – 123)

„I: Frau (Lautenbach) wie hat sich denn der Schmerz bei Ihnen entwickelt? können Sie mir was dazu sagen?

Lw: ja. also jetzt sagen wir mal von den Beinen her, ich habe ja immer einen stehenden Beruf gehabt, und eigentlich immer speziell im Sommer immer geschwollene Beine gehabt, wurde im Laufe der Jahre immer mehr und ein Arzt hat ja gesagt müssen wir mal ein kaltes Wasserbad machen; und so. also es ist nicht nie behandelt worden; oder nachgeforscht worden wo es herkam.“ (472 – 479)

„I: und die Hüfte nur damit ich es besser verstehe Frau (Lautenbach) die wurde gemacht warum?

Lw: die Arthrose wurde dann immer schlimmer, und ich habe wirklich ich habe ja die letzten Jahre im Geschäft auch Schmerzen gehabt; und dann na ja dann nimmt man eine Tablette oder ich hätte ja gar keine Zeit gehabt, für solche Geschichten.“ (458 – 490)

Die Befragten berichten darüber, dass sich ihre körperlichen Beschwerden im zunehmenden Alter verschlechterten, unabhängig davon, ob diese anfänglich behandelt wurden oder nicht.

Demzufolge nehmen Schmerzen derzeit im Vergleich zu früher eine höhere Relevanz ein. Zusätzlich müssen sie sich mit den aktuellen Konsequenzen, wie zum Beispiel eine eingeschränkte Mobilität, auseinandersetzen. (Nähere Ausführungen hierzu finden Sie im Kapitel 3.1.4).

„I: wann haben Sie denn diesen Schmerz, zum ersten Mal wahrgenommen?

MIw: schon in jungen Jahren. durch die Skoliose, weil man ja immer in einer gewissen Fehlhaltung ist, durch die Skoliose, und ich war auch immer das aber man hat das früher nicht behandelt [...] dann hat sich das ein bisschen geändert und gut war. aber je älter ich wurde umso mehr ist das zum Tragen gekommen nicht? und umso mehr hat sich auch die Wirbelsäule nach der Seite gebogen. zumal ich auch immer viel körperlich gearbeitet habe und viel zu schwer gehoben und getragen habe, mit also mit größeren Gewichten, und dadurch ja. sind ja immer so Sachen wenn man verkehrte Sachen macht mit dem Körper muss man das irgendwann büßen ne?“ (81 – 93)

„I: wann hat das denn angefangen mit den Schmerzen?

Fw: na das hat schon mit Mitte 40 oder so schon angefangen. Operationen habe ich auch, ich habe auch mit 48, ja? 48 Totaloperation gehabt?

I: Sie haben eben gesagt mit Mitte 40 hat der Schmerz begonnen. können Sie mir erzählen wie Sie das zum ersten Mal erlebt haben?

Fw: ja das hat sich gesteigert, dann von kleinem Wehwehchen bis (eben) ach Gott heute tun dir aber wieder die Knie weh und so“ (713 – 722)

„BHm: [...] ich meine die Schmerzen beeinträchtigen natürlich auch meine Mobilität und insofern ist die Mobilität auch eingeschränkt.“ (200 – 202)

„BHm: [...] und was natürlich dann auch zu einer laufenden langsam zwar aber laufenden Versteifung, der Wirbelsäule führte was dann wiederum auch Schmerzen verursacht, weil man sich dann eben nicht mehr so bewegen kann wie ein normaler Mensch, und was das letzte Jahr anging mit der Querschnittslähmung war das natürlich das absolute Highlight. [...]. und unter deren Folgen ich heute noch leide. also sowohl in der Mobilität als auch was das Schmerzempfinden angeht. [...] aufgrund der Operation werden die Beeinträchtigungen die damals vorhanden waren und sich in der Halswirbelsäule äußerten sollten diese Schmerzen also beseitigt sein und stattdessen wachte ich auf und das war schlimmer als vorher. das war schon eine ziemlich heftige Beeinträchtigung. so was möchte ich auch nicht wieder erleben. das kann einem dann schon das Leben verleiden.“ (158 – 175)

Im letzten Beispiel wird deutlich, wie die Hoffnung auf Besserung der zunehmenden Versteifung der Wirbelsäule und der damit verbundenen immer wiederkehrenden Schmerzen mittels einer Operation nicht erfüllt wird. Stattdessen entstanden stärkere körperliche Einschränkungen, wodurch die Lebensqualität negativ beeinträchtigt wurde. Aufgrund dessen setzt sich Herr Buchholz verstärkt mit seiner Pflegebedürftigkeit und seinen Schmerzen auseinander und berichtet von Schwierigkeiten im Umgang mit seiner Situation [„und unter deren Folgen ich heute noch leide.“ (BHm/ 163)].

Andererseits kann eine frühzeitige erfolgreiche nicht-medikamentöse Behandlung oder eine angemessene medikamentöse Behandlung zu reduzierten Wahrnehmungen von Schmerzen führen. Auf diese Weise nehmen unangenehme körperliche Reize keinen hohen Einfluss auf das physische Wohlbefinden ein, wodurch Schmerzen nicht als belastend empfunden werden.

„I: [...] seit wann haben sie Schmerzen?

Bw: oh. eigentlich schon mindestens 20, 30 Jahre. bloß natürlich nicht so doll und auch nicht ständig. das hat sich, weil ich Arthrose habe und auch schon früher, ich hatte schon mal eine fast steife Schulter aber das ist mindestens 40 Jahre her. [...] aber Schmerzen habe ich schon; etliche zig Jahre. bloß nicht so doll wie im Moment, man konnte sie früher mit Behandlung und Therapie ein bisschen eindämpfen“ (74 – 81)

„Mßw: also ich kriege morgens sieben Pillen, mittags sieben Pillen abends sieben Pillen. und ich habe schon immer zu mir gesagt, und sage es auch laut, ich kann das nicht mehr beurteilen. [...] ich kann nicht nicht ein einziges Mal sagen, oh aber heute tun mir ja wieder die Knochen weh. oder so, weil die Tabletten helfen [...] also muss ich immer sagen, die Schmerzen sind so gedämpft dass ich nicht unter ihnen leide. also ich kann gut schlafen. ich kann laufen. und die ganze Zeit hier sitzen ist ja sonst auch anstrengend.“ (1013 – 1024)

Herr Bäcker berichtet von einer relativ geringen Schmerz Wahrnehmung, trotz hoher körperliche Belastung und ausgeprägtem Schmerzreiz, aufgrund seiner erhöhten Schmerzschwelle. In folgenden Aussagen wird die Individualität der Schmerz Wahrnehmung erkennbar. Gleichzeitig werden aber auch Gefahren deutlich, die aus einer mangelnden Schmerz Wahrnehmung oder dem Ignorieren von Schmerz anzeichen resultieren.

„I: genau. Sie haben ja eben gesagt Sie können das nicht mehr so und haben den Arm hochgehoben, und mir gezeigt, dass Sie nicht mehr den, den nicht mehr nicht mehr in den 90-Grad-Winkel bekommen, verursacht das dann auch Schmerzen?

Bm: na ja und für mich ist das das das ob das jetzt tut ein bisschen weh, aber; man hat mir gesagt andere würden da schon schreien.“ (724 – 729)

„Bm: [...] die Hand war da schon (richtig dicke). das ist, ich habe dieses Gefühl nicht. das (das war) und deswegen hat der auch, hier der Orthopäde auch (irgendwas) die Kapsel da (im Sommer) (rausgeholt). naja. das tut nicht ja, das tut gar nicht weh. aber bloß dann kann konnte ich gar nicht (schlafen / laufen). da saß er immer und () und der hat mir gesagt das ist Schmerz ist eigentlich ein Zeichen, dass da was nicht (gelaufen), wie Fieber, dass der der Körper zeigt das (war was falsch ist). ich bin immer schon zu spät hingegangen; sagte er“ (744 – 750)

Viele der befragten älteren Pflegebedürftigen spüren kontinuierliche Schmerzen, trotz des Versuches, diese mittels pharmazeutischer Mitteln zu reduzieren. Die Medikamente helfen zumindest, die unangenehmen körperlichen Empfindungen besser zu ertragen. Auffällig ist das Auftreten des Schmerzes an mehreren Körperstellen.

„I: können Sie mir mal erzählen, wie sich Ihr Schmerz bis heute entwickelt hat?

Ew: na (weil ich ja) diese Fentanyl-Pflaster habe, habe ich ja ein bestimmtes Level, wo ich aber ich habe bin nie ganz schmerzfrei. also ich habe immer noch sagen wir mal, bis fünf manchmal sechs, Schmerzen. so die ...

I: auf einer Skala von null bis zehn.“ (366 – 372)

„Bw: [...] aber die Schmerzen sind natürlich; ich weiß es nicht mal genau. auch die Ärztin nicht ganz genau. ich habe manchmal da das Gefühl, dass es nicht nur die Hüfte ist. vielleicht auch Ischias. denn es zieht von der Taille hier über den Po bis in die Beine bis zum Knie, Oberschenkel und das ist ständig. also das ist; ein bisschen dämpft es, weil ich ja Schmerztabletten nehme, aber weg ist es nie und es hat sich wie gesagt in letzter Zeit verstärkt.“ (67 – 72)

„Fw: [...] jetzt bin ich ja nun krank, jetzt habe ich Arthrose überall,[...]“ (53)

„I: können Sie mir dazu mehr erzählen zu Ihren Bewegungsproblemen?

Fw: ja. mir tut alles weh. die Füße die Knie der Rücken, hier und die Schultern.“ (38 – 340)

In der Art, wie die Betroffenen den Schmerz beschreiben, wird erneut die Individualität des Schmerzempfindens deutlich. Schmerzen treten dauerhaft oder in Intervallen auf. In einigen Fällen wird der prozesshafte Charakter mit sich langsam steigender Intensität beschrieben. Der Schmerzreiz wird krampfartig oder stechend wahrgenommen. Mit der Verwendung von metaphorischen Begriffen, wie zum Beispiel „Messerstiche“ versuchen die älteren Pflegebedürftigen bildlich ihr Schmerzempfinden zu beschreiben. Die Schmerzintensität wird hingegen gerne unter Nutzung einer numerischen Einordnung auf der Skala zwischen 1 bis 10 angegeben.

„I: und in dem Moment, wenn Sie die Schmerzen spüren? können Sie mir das genauer beschreiben wie sich das für Sie anfühlt?

Gm: nein. kann ich nicht beschreiben. das tut doll weh. also kein stechender Schmerz, sondern ja Krämpfe ja krampfartig. mehr kann ich dazu nicht sagen.“ (453 – 457)

„Gm: [...] ja aber es ist immer immer Schmerz da. Berührungsschmerz und leichter Krampf“ (489 – 490)

„Zw: Die sind immer noch so da? Ich sag meine Ameisen an den Füßen; und die Igel; und die Kakteen und dann die Messer die dann hinterherkommen; die sind immer noch da“ (571 – 572)

Wm: na ja. also ich habe in den Armen Schmerzen, als ob hier einer mit einem Messer rein stechen tut, musst du dir vorstellen. also hast in den Füßen dolle Schmerzen, in den Füßen, als ob da einer mit dem Messer rein stechen tut. also das ist schon richtig () richtig doll. also Sie können sich gar nicht vorstellen also solche Schmerzen (dass ich kein)() also du hast solche Schmerzen also wenn ich eine Nummer wählen würde, dann würde ich schon sagen zehn. also schon das Höchste was es gibt. [...]“ (1229 – 1234)

Schmerzen verändern sich im Laufe des Tages und sind vom Ausmaß der Intensität der Bewegung und/oder der Art der Bewegungen abhängig. Dies kann dazu führen, dass bestimmte Alltagshandlungen nicht mehr durchgeführt werden.

„I: [...] wir haben ja auch in dem letzten Interview über Schmerzen gesprochen. und da würde ich sie gerne noch mal fragen, wie sich ihr Schmerz bis heute entwickelt hat. können sie mir das erzählen?

Schm: ja. dazu kann ich ihnen was sagen. mein Schmerz, ist, was ich denke; momentan, habe ich eine (Novalin zu nehmen,) die nehme ich immer mittags aber ich merke das nach einer Weile, merke ich fängt das fangen die Schübe an. das sind immer, das sind immer so Schübe, ob ich mich bewege, wenn ich mich viel bewege, dann drückt das richtig durch. dann brauche ich auch Tilidin. aber momentan, mache ich nicht viel, aber es fängt so langsam an. [...]“ (752 – 761)

„Sm: [...] also manchmal, wenn ich jetzt hier Kartoffel schälen würde und mir würde die Schulter weiter abfallen, dann würde ich keine Kartoffeln mehr schälen mhm?“ (701 – 703)

„Lw: [...] im Moment jetzt sitze ich hier. bin relativ schmerzfrei. wenn ich jetzt aufstehe, weiß ich genau, dass mir meine Knie weh oder mein Knie weh tut sehr weh tut.“ (1237 – 1239)

Nicht nur die Art von Bewegungen, sondern auch das dauerhafte Verharren in bestimmten Positionen kann unangenehme körperliche Empfindungen hervorrufen. So nimmt Herr Goebel mit seiner Querschnittslähmung das Sitzen als eine angenehme Haltung wahr, da diese Art der Beugung des Körpers für ihn eine gewohnte Position darstellt. Lediglich der Wechsel von der Liege- in die Sitzposition im Rollstuhl führt zu kurzen starken Schmerzreizen. Währenddessen führt das Strecken der Beine zu kontinuierlichen Schmerzen, da die Sehnen verkürzt sind. Die Koppelung des Schmerzes an bestimmte Positionen und Bewegungen führt in diesem Fall dazu, dass die unangenehmen körperlichen Empfindungen zu unterschiedlichen Tageszeiten wahrgenommen werden.

„Gm: [...] das ist vielleicht noch viel besser zu erklären, im Rollstuhl, wenn ich jetzt ins Bett gehen würde, müsste, dann spannt die mich ein dann ist alles so zickzack gefaltet, und dann ins Bett rein. und dann wird der Körper gestreckt. der Länge nach und das und das mögen die Sehnen nicht. [...] und dann bin ich ja mehr oder weniger ausgestreckt im Bett, da habe ich zwar die ganze Nacht und dauernd Druckschmerzen, also insgesamt vom Liegen (auch) Druck, es ist also nie nie (gestreckt). und dann werde ich auf den Bettrand gesetzt, wie gesagt und dann werde ich rübergefahren und dann sitze ich ja wieder in meiner gefalteten Stellung hier drauf, tut noch genau so weh, aber so nach einer viertel halben Stunde entspannt sich das etwa, weil ja wieder der Körper sagt sich aha jetzt bin ich ja wieder gefaltet. und das empfinde ich so.“ (437 – 450)

„Gm: [...] und die gesamte Oberschenkelmuskulatur, die Sehnen die da sind und das ist sicher sicher war, dass die sich verkürzt haben mit der Zeit ne. na ja sagt die Physiotherapeutin na ja dann muss man das ja extra strecken. [...]“ (1265 – 1268)

„Hm: [...] ich stehe früh mit Schmerzen auf und gehe abends mit Schmerzen ins Bett, die einzige Zeit ist nachts wo ich keine Schmerzen habe. na ja. das muss ich eben sehen wie ich fertig werde.“ (460 – 461)

Eine gewisse Wetterfähigkeit, mit Auswirkungen auf die Schmerzen, wird ebenfalls von einigen Betroffenen beschrieben.

„Schm: wenn der Wetterumschwung kommt. also dann ist mit mir gar nichts anzufangen“ (780)

I: ja? Frau (Schulze) welche Schwierigkeiten sind denn im Laufe dieser ganzen Schmerzen die Sie haben und hatten ... ?

Sw: jetzt habe ich ja das mit den Beinen. mit den Knien. @@

I: ja? die Knie das haben Sie noch nicht erwähnt. die Knie sind auch? was ist mit den Knien passiert?

Sw: wie heißt das? Perose oder wie heißt das? @@

I: Osteoporose. ach Gott.

Sw: @@ [...] aber ich kann Ihnen auch gleich sagen, wenn es schlechtes Wetter kommt. @@“ (1065 – 1083)

Die folgenden Passagen dokumentieren, dass der Schmerz durchaus als Teil des Lebens betrachtet werden kann, vor allem wenn keine effizienten Behandlungsmethoden erwartet werden. Zugleich wird in einigen Aussagen eine gewisse Resignation deutlich, insbesondere zu dem Zeitpunkt, wenn der Schmerz eine Wahrnehmungsgrenze überschreitet und zugleich als „Problem“ betrachtet wird.

„Hm: [...] ich habe mich dran gewöhnt. es ist zur Gewohnheit geworden. im bestimmten Grad. wenn es alles zu schlimm wird, dann ja dann ist vorbei.

I: wie äußert sich das dann? wenn es zu viel wird?

Hm: Ihnen werden die Schmerzen mehr bewusst als sonst. was sonst selbstverständlich war, wurde jetzt zum Problem. in vielen Dingen. [...]“ (599 – 606)

3.1.3 Ressourcen und Grenzen im Umgang mit Alltagsherausforderungen

Das Leben der von Schmerzen betroffenen Pflegebedürftigen ist in allen Lebensbereichen durch Herausforderungen gekennzeichnet, die sie häufig trotz des Einsatzes von Ressourcen an ihre persönlichen Grenzen bringen. Der wichtigste Lebensbereich der befragten Pflegebedürftigen befindet sich innerhalb ihrer eigenen Wohnung. Für die Gruppe der Pflegebedürftigen, die ihre Wohnung noch verlassen können, sind jedoch auch die Herausforderungen im Wohnumfeld bedeutsam.

Alltagsherausforderungen innerhalb der Wohnung

Täglich werden ältere von Schmerzen betroffene pflegebedürftige Menschen mit Herausforderungen konfrontiert, die sie einst als selbstverständliche Tätigkeiten betrachteten. Dazu gehören Basisaktivitäten, wie beispielsweise das Ankleiden, Waschen, Hinknien, Festhalten von Gegenständen und einfache Haushaltstätigkeiten, wie Müll entsorgen oder Staubsaugen, die aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit und Feinmotorik nicht mehr ausgeführt werden können (Zw/ 576 – 579, BHm/ 296 – 307, SMw/ 760 – 777, Lw/ 527 – 533, Hm/ 464 – 465).

„I: Sie haben ja gesagt, dass Sie besonders mit der Mobilität Probleme haben oder mit der Mobilität. können Sie mir dafür noch andere Alltagsbeispiele geben, wie sich das bemerkbar macht?

BHm: na ich kann nicht richtig laufen. das linke Bein ist kürzer als das rechte, nach der, seit der Operation, die Hüfte ist vier Mal operiert worden, das hat auch einen bleibenden Einfluss gehabt schon von Anfang an, [gähnt] und die Versteifung des Rückgrates, des Rückgrates. die Versteifung der Wirbelsäule. führt natürlich dazu, dass so die der Beugungsmechanismus um zum Beispiel Strümpfe anzuziehen; auch gestört ist und da muss ich mich jeden Morgen dazu zwingen und bis an den Rand bis an den Rand der Erträglichkeit gehen. [...]“ (226 – 236)

Für die Bewältigung vieler Alltagsherausforderungen nutzen ältere Pflegebedürftige Hilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen, Zangen, Sitzkissen, usw. (Wm/880 – 885, SMw/ 1231 – 1233, Fw/ 344, Ew/ 731 – 732, Wm/ 339 – 341, Mßw/201, BHm/ 270 – 277, Sm/213 – 214, Dw/393 – 394, Bw/ 107 – 108, Gw/ 434 – 442). Dennoch kommen sie bei einigen Alltagsaufgaben an ihre Grenzen und benötigen darüber hinaus soziale Unterstützung oder weitere Hilfsmittel, die nicht immer gewährt werden (SMw/ 717 – 723, Ew/ 574 – 593, Sm/ 717 – 730), Gw/ 283 – 288, Gm/ 208 – 213). Frau Engelbart wünscht sich z. B. zur Bewältigung ihrer Schwierigkeiten beim Wäscheaufhängen einen Rollator, der für die Wohnung tauglich ist. Dieser wurde letztendlich von der Pflegekasse verwehrt („(weil wir hier Dielen habe, kriege ich so was nicht“) (Ew/ 579). Zur Kompensation der mangelnden sozialen Ressourcen bieten zwar Pflegedienste Dienstleistungen an, welche jedoch aufgrund der hohen Kosten nicht in Anspruch genommen werden (Gm/ 208 – 213, SMw/ 717 – 720). Infolgedessen entwickeln ältere Pflegebedürftige häufig eigene Handlungsstrategien.

„SMw: [...] aber Sie hatten ja eine Frage, was mit dem nicht rausgehen können. ich kann also unser Müll (raus) ist ein paar Meter hin. vielleicht 20 auf alle Fälle. fast an der Straße dieses Vergitterte. bis dahin komme ich auch nicht. [...] neben dem Fahrstuhl, ist ja der Müllschlucker, [...] und da habe ich einfach. jetzt mache ich den meistens bloß halb voll meinen Mülleimer, der ist zwar schon ein bisschen kleinerer, und stelle den dann in meinen Rollator und fahre mit dem Rollator dahin. also das habe ich auch gelöst. ja.“ (861 – 874)

Neben der Bewältigung der täglichen Haushaltsaufgaben stellt für einige ältere Pflegebedürftige bereits das Sitzen und Liegen aufgrund ihrer intensiven Schmerzen eine Herausforderung dar. Für den Umgang mit dieser Situation haben die Befragten ebenfalls kurz wirksame Lösungsstrategien entwickelt (BHm/ 217 – 220, MIw/ 134 – 137, Gm/ 469 – 484).

„BHm: na ja. so wie jetzt auch. ich liege hier jetzt Ihnen gegenüber, (2) auf einem relativen harten Sofa, auf einem relativ Sofa Ledersofa, und dann drückt deswegen habe ich mir auch die Kissen noch unter die Lendenwirbelsäule gemacht unter die Wirbelsäule und da drückt irgendwas gegen die Lendenwirbelsäule. [...]“ (217 – 220)

Aus den Anstrengungen zur Bewältigung normaler Alltagsanforderungen resultiert häufig ein erhöhter Ruhebedarf, z. B. der Wunsch von Herr Goebel, einen Mittagsschlaf zu halten. Dies ist jedoch lediglich durch die Unterstützung vom pflegerischen Fachpersonal möglich und kann aufgrund der hohen Kosten für diese Leistung nicht erfüllt werden.

„Gm: [...] und dann ist es schon Mittag. und würde ich immer gerne eine Stunde schlafen, weil ich ja schon morgens müde bin. aber ich kann ja nicht ins Bett rein. ohne Hilfe. ich überlege schon ob ich das nicht mal vereinbare wenigstens ein paar Mal in der Woche, dass der Pflegedienst kommt. wird dann die müssen dann ja zwei Mal kommen. also einmal ins Bett rein und dann Bett raus. kostet alles alles Geld dann.“ (208 – 213)

Alltägliche Herausforderungen potenzieren sich vor dem Hintergrund eigener normativer Erwartungen und Ansprüche. Dies wird in der folgenden Passage deutlich.

„I: und können Sie mir konkret beschreiben, bei welchen Vorgängen Sie bei der Vorbereitung Schwierigkeiten haben? bei welchen Tätigkeiten?“

Fw: na ja. das alles das Geschirr aus dem Schrank zu holen. da ist man ja vielleicht mit anderen Geschirr ist wie man hier alle Tage so ist. das muss ich dann hier rausholen. und ich habe ja oft () in die Küche () zu gehen. empfinde ich heute als weite Wege. [...] und dann müssen wir Getränke haben. dann muss man wieder Gläser haben, und so. so ist es doch. das macht schon Arbeit. und die Bewegung macht mir eben zu schaffen. da tun mir die Beine weh und der Rücken auch. denke ich immer Mensch du möchtest dich jetzt hinlegen. @(.)@ ja. aber es geht nicht. [...] die helfen mir dann auch manchmal was reintragen, und so oder wieder raustragen. helfen sie mir meine Gäste auch.“ (686 – 701)

Der Besuch von anderen Personen wird als Herausforderung betrachtet, da die Erfüllung eigener Erwartung an die Rolle der Gastgeberin mit den körperlichen mobilen Einschränkungen sowie mit der Intensivierung des Schmerzes kumulieren. Der Wunsch nach zwischenzeitlicher Ruhe und Entspannung kann nicht erfüllt werden, obwohl dies für den Umgang mit den Schmerzen bedeutsam wäre.

Alltagsherausforderungen außerhalb der Wohnung

Herausforderungen bei Aktivitäten außerhalb der Wohnung beginnen für viele Befragte aufgrund von Barrieren im Wohngebäude bereits direkt nach der Türschwelle. So entstehen z. B. Schwierigkeiten beim Treppengehen, weil Fahrstühle fehlen (Wm/ 589 – 608, Fw/ 1053 – 1054, Ew/ 434, Sw/ 1020 – 1021).

„Wm: [...] dann die Treppen runter. also schon (gefährlich) hoch (kann ich noch) stehen das haben sie ja nun gelernt aber runter (schon gefährlich) wenn es so steil runtergeht und runter guckst hast du ja Angst zu stürzen. [...]“ (590 – 592)

Das Öffnen von massiven Haustüren mit automatischer Schließung stellt ebenfalls eine unüberwindbare Hürde da, wenn keine soziale Unterstützung vorhanden ist (Fw/ 963 – 978, Gm/ 1101 – 1108).

„Fw: [...] aber draußen vor der Haustüre sind auch wieder zwei Stufen. und mit dem Rollator, ist das sehr schwer da rein zu (kommen). und dann habe ich drei Türen bevor ich oben bin, die Haustüre ist schwer die fällt in den Rücken ja? die ist schwer die Türe. dann habe ich eine Zwischentür unten. die ist genauso. die fällt mir auch in den Rücken, weil sie nicht aufbleiben, sondern wieder zurückgehen. schwere Türen sind das auch die erst mal auf zu machen, wenn ich alleine bin. und hier oben habe ich auch noch mal so eine Tür. durch drei schwere Türen muss ich gehen. [...] manchmal kommt auch jemand, die helfen mir dann auch. halten auch die Türe auf. also es wird mir oft geholfen, muss ich von fremden Leuten [...]“ (963 – 978)

Eine der bedeutsamsten Herausforderungen außerhalb der eigenen Wohnung ist für ältere von Schmerzen betroffene Pflegebedürftige die Bewältigung der „Einkäufe“ im Rahmen der wiederkehrenden Haushaltsführung. Obwohl die befragten Personen diesbezüglich vom sozialen Netzwerk teilweise Unterstützung erhalten, stellt diese Aufgabe aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen eine hohe Anforderung dar. Die Herausforderungen beziehen sich dabei auf die zurückzulegende Gesamtstrecke, mögliche Barrieren und das Tragen der Einkäufe (Fw/ 389 – 399), Gm/ 675 – 690).

„Fw: ja wir haben ja hier ein Einkaufszentrum hier. muss ich hier runter und da rum und dann ist Rewe Aldi DM und noch so ein Textil, mit wo es Textilien gibt. das macht mir schon zu tun- zu schaffen. [...] ich muss hier runter da rum und da wieder ganz hinten bis zum Rewe und dann ist ja Rewe. da muss ich ja auch rumlaufen, wenn ich einkaufen will oder gucken gehen will wo gibt es denn was und so was ich will und so weiter. und dann muss ich ja den ganzen Weg wieder zurück, [...] und ich weiß nicht geh auf die Couch. muss mich erst mal entspannen. [...]“ (389 – 399)

„I: können Sie mir denn noch mal Beispiele oder Situationen nennen? wo Sie Schwierigkeiten haben seitdem die Schmerzen aufgetreten sind?“

GM: [...] zum Beispiel ist es schwierig über Schwellen, die Türrahmen also bei den Geschäften zum Beispiel, die

haben doch die sind aus Eisen und da hängt die Tür dann eben dran und da muss man über so einen kleinen Huckel, und das reicht aus, na Sie müssen ordentlich richtig los- losschieben. sage ich nein dann kippt das Ding mit. ich bin einmal im Hausflur und auf einem auf der Straße damit richtig nach hinten gefallen und so. na ja und irgendwie muss sich der Körper das merken“ (675 – 690)

In diesem Zusammenhang wurde mehrfach der Rollator aufgrund seiner vielfältigen Funktionsweisen als Hilfsmittel positiv bewertet (Fw/723 – 734, Mßw/ 950 – 966, BHm/ 270 – 277).

Trotz Hilfe des Rollators, oder gerade durch die Nutzung dieses Hilfsmittels wird jedoch bei ungeeigneten Straßenverhältnissen die Mobilität und folglich auch das Einkaufen erschwert. Beispielhaft werden in einem Fall Schwierigkeiten beim Gehen auf Kopfsteinpflastern beschrieben.

„Fw: [...] gerade hier in der Gegend wo ich wohne. und das ist ja alles alt. sagen wir mal von Bausubstanz Straßensubstanz und da war ja früher nur Kopfsteinpflaster. und die Straße hier die (Straße 2), die haben sie ja das Kopfsteinpflaster ist da noch da aber die haben das aufgefüllt mit Teer ja? aber die Bürgersteige. hier sind ja alles alte Häuser die hier sind und die haben alle Hinterhäuser, und da ist doch dann so eine Hausdurchfahrt, da ist überall ganz gemeines Kopfsteinpflaster. und da muss ich immer rüber, mit meinem Rollator, und das rüttelt mich richtig zusammen alles. die sind ja nicht gerade. die sind ja dann Widerstände haben die ja. auch wenn sie hoch drüberstehen ja? da merke ich das dann erst wie schön das ist, wenn ich die (Allee) mal hoch gehe. die ist voll asphaltiert. ja da macht es Spaß mit dem Rollator zu gehen. aber hier. hier überall Stufen. da merkt man erst mal wie viele Stufen man hat überwinden muss. [...]“ (1039 – 1051)

Darüber hinaus wird auch die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln als Herausforderung wahrgenommen. In den Interviews beschreiben die befragten Personen Schwierigkeiten beim Einsteigen, durch die Fahrer/-innen vermittelter hoher Zeitdruck und eine zu hohe Anzahl an Fahrgäste. So entwickelt sich bei der Nutzung des Nahverkehrs ein Gefühl von Unbehagen, aufgrund dessen einige ältere Personen Busse und Bahnen vermeiden (Fw/978 – 998, Mßw/ 929 – 941, SMw/ 821 – 838, Wm/ 504 – 506). Nichtsdestotrotz sind einige der Befragten z. B. für die Wahrnehmung von ärztlichen Terminen von den öffentlichen Verkehrsmitteln abhängig. Diesbezüglich können sich außergewöhnliche Vorkommnisse, wie Straßenbaumaßnahmen, zu einem nicht zu bewältigenden Problem entwickeln, wie im folgenden Zitat deutlich wird:

SMw: [...] und das Schlimmste war, ja also nach dem Zahnarzt, da haben sie angefangen mit der Brücke zu bauen hier, [...] und da habe ich den (*Rollator*) nicht mitgenommen, weil ich mir gesagt habe nach Hause, bestellst du dir eine Taxe. also die zwei Mal zehn Euro die müssen einfach dann sein (sie) müssen zum Zahnarzt. und da kam eben dann nach Hause, keine Taxe, und da musste ich auch noch zwei Mal, die Brücke überqueren, am Anfang dann war bis Ende () rein und dann auf die Brücke rauf, und da habe ich erst nach einer ganzen Weile gemerkt, dass dort

der Bus im Moment nicht hält. [...] und da bin ich auch zusammengerutscht, [...] (814 – 826)

3.1.4 Ambivalenz zwischen Ruhe und Bewegung

Die Mobilität nimmt im Kontext der Schmerz- und Alltagsbewältigung eine zentrale Bedeutung für die befragten älteren Pflegebedürftigen ein. Einige Befragte betrachten Bewegung als Handlungsstrategie, um mit ihren Schmerzen umzugehen.

„I: haben Sie denn damals gab es Sachen die Ihnen da geholfen haben gegen die Schmerzen?

MIw: also ich habe nichts genommen. [...] ich bin ja dann auch tanzen gegangen, und so was. das war auch okay. aber da bewegt man sich ja ne? alles was so mit Bewegung zu tun war, hat mir eher gutgetan. aber stehen und also sitzen früher nicht? aber jetzt so als es dann schlimmer wurde sitzen und stehen nicht gut, aber liegen und laufen okay. ja.“ (127 – 137)

In einer Vielzahl der Zitate wird jedoch eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Ruhe einerseits und Bewegung andererseits deutlich.

„I: wenn Sie sich dann auf die Matratze legen? was passiert dann? weil Sie sagen das ist immer noch schmerzhaft.

BHm: na ja. so wie jetzt auch. ich liege hier jetzt Ihnen gegenüber, auf einem relativen harten Sofa, auf einem relativ Sofa Ledersofa, und dann drückt deswegen habe ich mir auch die Kissen noch unter die Lendenwirbelsäule gemacht unter die Wirbelsäule und da drückt irgendwas gegen die Lendenwirbelsäule. was nun da im Einzelnen den Schmerz verursacht das kann ich Ihnen nicht sagen; das weiß ich nicht. aber das ist ja dann nicht nur das strahlt dann auch gleichzeitig aus in die Hüfte, und in die Knie; die sind ja auch [gähnt] Entschuldigung. ersetzt und neu. also am besten ist man bewegt sich gar nicht. aber das halte ich auf die Dauer dann auch wieder nicht aus.“ (214 – 224)

„BHm: [...] jetzt muss ich aufstehen.

I: kann ich irgendwas tun?

BHm: nein danke. das ist, wenn man da eine Weile gesessen oder gelegen hat, muss man die Knochen auch erst mal wieder in Bewegung bringen.“ (307 – 313)

So beschreibt Herr Buchholz, dass er beim Liegen und Sitzen aufgrund der Schmerzen nicht entspannen kann. Seine Schmerzen sind sehr intensiv, weshalb Ruhe aus seiner Sicht einerseits die beste Option wäre. Andererseits beschreibt er Bewegung als eine wichtige Maßnahme für seinen Körper. „Sich-Bewegen“ empfindet er als eine Verpflichtung nach einer langen Ruhephase.

Neben dem Gefühl der Verpflichtung, sich bewegen zu müssen, entsteht gleichermaßen ein Spannungszustand zwischen Bewegung und Ruhe, wenn der Erhalt von Bewegung und Mobilität ein wichtiges Ziel darstellt, aber die positive Bewertung von Bewegung zunehmend

schwerer fällt.

I: was machen sie dann wenn die Schmerzen also so stark wieder sind?

Bw: na ja. ich versuche das ein bisschen wie gesagt ein bisschen mich dann auszuruhen und ein bisschen eine Haltung einzunehmen im Sitzen, dass ich nicht so belastet bin auf diesen Stellen wo es eben. [...] hetzen und so kann ich gar nicht mehr, also schnell geht gar nichts mehr, ich bin eigentlich ein aktiver Mensch gewesen immer ja? aber das habe ich mir ein bisschen abgewöhnt. also muss ich eigentlich. manchmal denke ich ich kann es noch aber, wenn ich dann aufstehe denke ich oh das geht doch nicht. [...] es schränkt mich dann doch ein, wenn ich merke wie der Schmerz dann doller wird. wenn ich aktiv also werde. ein bisschen. ich mache ja noch vieles. vieles ist übertrieben aber einige Sachen schon noch aber alles eben langsam und mit Hilfsmitteln mit abstützen und na ja. [...] aber still sitzen kann ich auch nicht. [...]

I: und wie überwinden sie sich dann aufzustehen in so einer Situation?

Bw: na ja. ich denke einfach ich denke dann wird es vielleicht ein bisschen besser oder Bewegung tut gut oder denke ich eben und es ist ja auch manchmal so ja. im Moment ist ein Schmerz aber hinterher, wenn ich mich dann wieder hinsetze ist es wieder ein bisschen besser irgendwie. denke ich jedenfalls. ich hoffe auf das @ (ich glaube daran)@ dass es dann besser wird und es hilft mir vielleicht auch ein bisschen wenn ich dann glaube ja jetzt hast du dich ein bisschen bewegt jetzt ist es wieder ein bisschen in Gang gekommen und; dann geht es vielleicht wieder ein bisschen besser weiter.

I: also habe ich das richtig verstanden, dass ihnen das dieser Wechsel zwischen Ruhe und dann wieder etwas aktiv zu sein? dass ihnen das hilft auch bei den Schmerzen? also gegen die Schmerzen?

Bw: ja. ja. es hilft schon. also in diesen Momenten habe ich dann ein bisschen mehr Schmerzen aber hinterher habe ich auch das Gefühl ja ich habe mich ein bisschen bewegt als wenn alles ein bisschen wieder mehr in Gang gekommen ist ja? zwar mit Schmerzen aber irgendwie was auch für mich positiv ist und vielleicht auch gut, [...]“ (112 – 158)

Sich-Bewegen verbindet Frau Bäcker mit einer hohen Schmerzintensität, weshalb sie weitestgehend langsam agiert und währenddessen Hilfsmittel benötigt. Sitzen hilft beim Umgang mit Schmerzen, wird jedoch nicht als ideale Strategie wahrgenommen. Sie erkennt die Notwendigkeit des Ausruhens, möchte dennoch weiterhin aktiv bleiben. Ihr Selbstbild als aktiver Mensch und ihr Bewegungsdrang widersprechen dem Wunsch nach Ruhe und Schmerzentlastung. Aus der Perspektive von Frau Bäcker ist Bewegung eine gesundheitsfördernde Maßnahme („Bewegung tut gut.“), und ist daher handlungsleitend, auch wenn sie sich überwinden muss, sich zu bewegen. Erst in der folgenden Ruhephase fühlt sie sich körperlich etwas wohler. Auch ihr Glauben, dass Bewegung gesundheitsfördernd ist, verhilft ihr zu einem positiven Gefühl.

Um den Wunsch nach Aktivität, der in den Gesprächen eine besondere Stellung einnimmt, aufrecht zu erhalten, werden unterschiedliche Anreizsysteme genutzt.

Frau Meier beschreibt mehrere mögliche Aktivitäten, wie Tagesklinikbesuche, Physiotherapie,

Rückenübungen aus Artikeln, TV-Sport und Yoga auf dem Stuhl, die teilweise lediglich Optionen darstellen, die sie beanspruchen könnte, um beweglicher zu werden. Einige der Beispiele, wie wöchentlich den Kurs Yoga auf dem Stuhl und regelmäßig Sportübungen aus einem Fernsehkanal versucht sie in ihren Tagesablauf zu integrieren, was jedoch nicht immer gelingt (MIw/ 575 – 719).

„MIw: [...] ach so und hier mit dem gucken Sie mal können Sie mir die noch mal kurz geben, dann zeige ich Ihnen das mal hier mit meinem bayerischen (Rundfunk). @@ ich mache mir dann ja immer Kreuzchen, was war heute? Tele-Gym. emotional Moves. war das eine. aber heute Morgen war ich noch nicht so weit, dass ich das machen konnte, habe ich nur den Schluss mitgekriegt. das ist so ein bisschen wie, Meditationsübungen. und das hier, das Zweite war nachher, starker Rücken, nein Mittwoch, das ist ja Mittwoch. das ist ja Mittwoch ich habe ja eigentlich wollte ich ja morgen ist starker Rücken. nein heute was war denn das heute? das konnte ich nämlich auch nicht mitmachen, weil sie da gelegen haben wieder. haben sie wieder in der Gegend rumgelegen. (da habe ich gedacht, aha? na gut?) Tele-Gym. Yoga Pilates 50 Plus ist das eine gewesen um 7:20 Uhr und das andere war wild und weiblich. und da konnte ich natürlich auch nicht mitmachen ja. da habe ich nur mal kurz reingeguckt habe gedacht jetzt trinke ich erst mal einen Kaffee. @@“ (707 – 718)

Weitere Anreize zur Bewegungsförderung basieren auf Meinungen und Empfehlungen der Gesundheitsfachkräfte. Herr Heckel berichtet über seine Erfahrung in einer Rehabilitationsklinik. Physiotherapeuten und -therapeutinnen erklärten ihm, in Form von allgemeinen Handlungsanweisungen, wie sich jede Person korrekt bewegen soll. Er hat die Empfehlung des Fachpersonals zur regelmäßigen Förderung der Mobilität bei starken physischen Beeinträchtigungen (wie nach z. B. einer Operation) verinnerlicht und versucht, diese Überzeugungen auch weiter zu vermitteln. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass es Fachkräften durchaus gelingen kann, Einfluss auf (korrekte) Bewegungen und Aktivität zu nehmen.

„Hm: [...] weil die Frage offen ist, wie geht es weiter. nicht? das ist es. Sie sehen ja wie meine Frau, die läuft nicht wie sie soll. sie geht vorne über gebeugt, stützt sich auf beide Krücken. Krücken darf ich ja auch nicht sagen. es sind ja Gehhilfen. ich sage Mensch geh gerade. nimm richtigen Schritt wie immer. ja? sie hat Angst, dass sie umfällt. sie hat Angst. ja ja. ist ja nun noch öfter gewesen bei ihr, als bei mir. ich habe ja erst im Nachhinein damit angefangen. [...] und ich sage Mensch, wenn du ins Krankenhaus, wenn du irgendwo eine Reha; oder irgendwas ist sage ich du wirst erleben, du musst so gehen wie ich dir das sage. uns ist das eingepaukt worden in der Reha; ja und es mit Recht. auch wie man Treppen steigen soll. wo man die Dinger lässt, beim Treppen steigen. alles solche Dinge. ja. haben wir gelernt und das hat sich eingepägt. es ist ja immer so gewesen, früher war ist ja heute noch, Sie wurden operiert und am nächsten Tag, wenn konnten Sie aufstehen. was heißt aufstehen. in dem Sinne nicht, aber auf dem Bettrand sitzen, auch mal aufrichten aber noch nicht Schritte. das kam dann am zweiten Tag so, dass man die ersten Schritte machen sollte. ja. und es ist auch immer gesagt worden, laufen laufen laufen laufen. gerade und und und. @@“ (383 – 397)

Die von Schmerz betroffenen Pflegebedürftigen beschäftigen sich verstärkt damit, wie sie mit

ihren Beeinträchtigungen von der Umwelt wahrgenommen werden.

Frau Gräfe geht davon aus, dass in der Gesellschaft die Fähigkeiten eines Menschen anhand der Mobilität beurteilt werden, weshalb sie anderen Personen nicht von ihren Problemen berichtet. Entsprechend ihrer Vorstellung bewertet niemand aufgrund ihrer noch vorhandenen Mobilität ihre körperlichen Einschränkungen als glaubwürdig („weil ich laufen kann und und und nicht trotzdem nicht alles kann und das keiner so richtig glauben wird“). Mobilität wird in diesem Fall eng mit körperlicher Gesundheit und auch mit der Fähigkeit, Alltagsaufgaben zu bewältigen verknüpft. Hierzu liegen jedoch keine persönlichen Erfahrungen vor, die anhand eines konkreten Beispiels dargelegt werden können (Gw/698 – 714).

Die Vermutung, dass vorhandene Mobilität in der Außenperspektive zu nichtzutreffenden Rückschlüssen führt, bringt eine andere Befragte in Zusammenhang mit dem Leistungsanspruch an die Pflegeversicherung.

„Ew: ja. ich war noch, also ne das war noch alles soweit okay. und seitdem ist das, und dann nimmt das immer mehr bergab dann ne? wenn irgendwas ist.

I: können Sie das mal beschreiben? dieses dann geht es immer mehr bergab?

Ew: na ja. sagen wir, altersbedingt mit dem Laufen jetzt; und so. also das wird immer schlechter, eben mit dem Laufen. aber nur das ist nur körperlich. ne? ich versuche, immer noch, dass ich mobil bleibe, also laufe und so. aber im Prinzip sollte man das nicht machen. @@ dann werden ihnen dann obwohl ich eine Pflegestufe habe, wird gleich gestrichen. so. weil man ja noch mehr wie 50 Meter läuft. obwohl das eigentlich die gucken ja nicht wie man läuft @@ und wie schwer das fällt. ja? [...]“ (415 – 425)

Frau Engelbart geht davon aus, dass Pflegeleistungen und Pflegegelder bei hoher Bewegungsfähigkeit gekürzt werden. Für sie liegt hier ein nicht akzeptabler Widerspruch vor. Sie versucht der an jedes Individuum gerichteten gesellschaftlichen Anforderung „da soll man mobil bleiben“ gerecht zu werden. Nach ihrem Empfinden unterstützt die Pflegekasse sie nicht in ihrem Anliegen. Dieses für Frau Engelbart bedeutsame Thema wird mehrfach im Interview angesprochen (Ew/ 573 – 593; 420 – 474; 551 – 554; 776 – 807).

Fehlende Empathie empfindet auch Herr Schneider, in diesem Fall bezogen auf die Gruppe der „gesunden Menschen“.

„Sm: ich merk jetzt sowas, als kranker Mensch das geht nicht, alles geht mir so schnell, es geht langsam, aber da muss man überlegen was man macht und dann natürlich ein gesunder Mensch, sag ich, (da komme ich hier mal, da mach ich, das mache ich doch) ja da fühlt sich alle derjenigen, der krank ist, zurückgesetzt so empfinde ich es“ (587 – 591)

Für ihn als „kranker Mensch“ ist es bei Bewegung bedeutsam, diese langsam und durchdacht auszuführen, auch wenn „Gesunde“ dafür kein Verständnis haben. Er folge seinen Erfahrungen, „denn zu schnelle Handlungen führten zu weiteren Schmerzen“ (Sm/ 587 – 591, Hm/ 489 – 501).

3.2 Interaktion zwischen Umwelt und Individuum beim Umgang mit Herausforderungen und Grenzsituationen

3.2.1 Normative Vorstellungen

Die Ergebnisse der Befragungen dokumentieren deutlich den Einfluss von normativen Vorstellungen auf den Umgang mit Schmerzen und den Herausforderungen durch die Pflegebedürftigkeit. Umwelt prägt implizit das eigene Handeln und folglich auch die Entwicklung von Bewältigungsstrategie der von Schmerzen Betroffenen. In diesem Sinne spiegeln sich in den Interviews normative Vorstellungen insbesondere in Form von Altersbildern wider.

Im hohen Alter erleben viele Menschen eine zunehmende Abnahme körperlicher Fähigkeiten. Dieses Phänomen betrachten die befragten älteren Pflegebedürftigen als Teil des Alterungsprozesses.

„I: können Sie das mal beschreiben? dieses dann geht es immer mehr bergab?

Ew: na ja. sagen wir, altersbedingt mit dem Laufen jetzt; und so. also das wird immer schlechter, eben mit dem Laufen. aber nur das ist nur körperlich. ne?“ (418 – 421)

Neben der Abnahme der körperlichen Fähigkeiten und der Mobilität werden auch kognitive Einschränkungen im Zusammenhang mit dem Alter gesehen, oder vermehrt auftretende Krankheitsprozesse insgesamt der Alterung zugeschrieben:

„Hm: ja. nützt nichts. aber wissen Sie solange Sie noch geistig, noch ein bisschen auf Draht sind einigermaßen, obwohl ich vieles vergesse vieles. was ich nie nie niemals Telefonnummern und alles, ist alles weg. und es gibt in (wenn) Sie alles abgefragt haben, so ja gibt es viele Dinge Lücken. das ist alles, das ist alles weg. und das ist eben ein Hemmnis damit. da merkt man, dass man alt wird.“ (1009 – 1013)

„Hm: ja die Gesundheit, das hängt damit zusammen mit den ganzen Hüftgelenkoperationen, und alles was eben war. es wird ja besser, ja aber es kommt eine Zeit, da wird das alles schlechter. dazu kommt ja entscheidend ist, das zunehmende Alter. es geht nicht mehr so wie es mal ging. und über diesen Punkt komme ich oftmals schwer drüber hinweg. dass ich mir sage Mensch das hast du doch früher gemacht, das geht heute alles nicht mehr. also das ist ein sehr großes Hemmnis. ja. () verschiedene Sachen hier. [...] das sind alles so Probleme. die habe ich früher aber jetzt geht es eben alles nicht mehr. das ist eben was mir immer; vor allem geht alles viel langsamer. nun kommt

die Lungenkrankheit noch dazu, wo mir der Arzt von Anfang an gesagt hat, erstens mal sie werden immer schlechter Luft bekommen. das ist das eine. sie werden immer müder. und das stimmt auch. ich könnte (dauerhaft) schlafen. und das ist alles so das sind alles Hemmnisse die das Alter so mit sich bringen. [...]“ (329 – 352)

Letzteres Zitat dokumentiert, dass sich der Befragte mit der zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes auseinandersetzt und dessen Ursache mit dem Alterungsprozess begründet. Die Akzeptanz der zunehmenden Reduktion seiner physischen Fähigkeiten stellt sich für ihn als schwer erträgliche Herausforderung dar.

Die eigene Bewertung, dass mit dem Alter Grenzen der Machbarkeit und der Behandlungsmöglichkeiten gesetzt werden, überträgt Herr Heckel auch auf medizinische Entscheidungen der Ärzte. Nach medizinischen Leitlinien müsste eine Revision seiner Hüftprothese erfolgen, welche nicht befürwortet wird. Herr Heckel vermutet, dass er aufgrund seines hohen Alters nicht operiert wird. Unklar bleibt jedoch, ob die Ablehnung dieser Operation medizinisch begründet ist oder auch auf Seiten des medizinischen Fachpersonals normativen Vorstellungen in Form eines negativen Altersbildes handlungsleitend sind.

„I: [...] wie hat das denn sich bei Ihnen mit den Schmerzen entwickelt? Sie hatten vorhin gesagt, das hat mit der Hüfte begonnen? [...]

Hm: 89 war die Erste. da hatte ich mich schon jahrelang rumgequält, mit Schmerzen beim Laufen. [...] na ja von 89, also über zehn Jahre gibt man dem auch so. nicht 12 13, je nachdem 14 das ist unterschiedlich. musste gewechselt werden. und das habe ich auch machen lassen, und ist auch gut gelungen alles. na und dann kam die andere Seite. und davor graue ich mich heute schon. die andere Seite ist jetzt 13 14 na 13 Jahre 12 13 Jahre, jetzt komme ich in die Phase, was nun? einfach. wechseln. [...] dann sagen die Ärzte? wir operieren sie nicht mehr. sie sind zu alt. die sagen es nicht. aber sie denken es. und es ist auch so. [...] aber ich kann gegen die Meinung der Ärzte nichts machen“ (400 – 439)

In der Beschreibung der bewussten Auseinandersetzung mit vorhandenen unangenehmen körperlichen Empfindungen sowie mit Schmerz und seinen Folgen in den Alltagshandlungen werden negative Selbstbilder des Alters implizit deutlich.

„Hm: in dem alles langsamer wird. man also ich persönlich überlege. oftmals vorher, wenn du das so und so machst, was könnte dann passieren? entweder es ist notwendig, dass irgendwas gemacht wird, egal auf welcher Ebene und ich suche einen Ausweg von Anfang an. aber wenn ich den nicht finde, aber es doch gemacht werden muss, dann gehe ich ganz vorsichtig daran. vorsichtig daran. ja? ich kalkulier ein, jetzt, dass ich die Schwindelanfälle dann habe; und auch mit den Schmerzen, dass es nicht noch mehr wird. nicht? ich würde zum Beispiel nie (wie man) früher als Kinder hopsen, oder eine stauchende Bewegung, mache: dass ich Lasten nicht hebeanhebe und so weiter. und dann in der Theorie oder auch in der Praxis, drücken ja die Kräfte auf die Knochen des Menschen, es ist nicht so, dass ich die Puste verliere, weil ich die Last anhebe. nein nein. das hat ja noch mit anderen (). da denkt man wenn man

gesund ist überhaupt nicht dran. aber wenn Sie in diesem Alter und es macht sich ja schmerzhaft bemerkbar, und da müssen Sie dann @@ sich doch die Gedanken machen. ja.“ (489 – 501)

Den Alltag bewältigt der Herr Heckel weitestgehend bewusst, da er eine Intensivierung der Schmerzen vermeiden will. Er neigt dazu, seine Handlungen detailliert zu planen. Diesbezüglich wägt er bei jeder Tätigkeit mehrfach ab, welche Relevanz die nächsten Handlungen haben und wie die Durchführung aussehen kann. Darüber hinaus beschäftigt er sich eingehend mit den Folgen, die aus seinen Tätigkeiten resultieren können.

In der abschließenden Reflexion seiner Handlungsweise verweist er auf die Abgrenzung zwischen gesunden jungen Menschen und alten kranken Menschen sowie auf die Tatsache, dass sich jeder damit auseinandersetzen muss. Die Vorstellung, dass jeder Mensch im Alter Schmerzen hat, zeigt die fehlende Kongruenz des Bildes eines alten Menschen mit dem des gesunden symptomfreien Menschen.

Im Gegensatz dazu wird im Sinne eines positiven Altersbildes auch der Zusammenhang von Alter mit positiven Aspekten, wie z. B. Lebenserfahrung, hergestellt. Negative Erfahrungen, die erfolgreich bewältigt werden, führen zu der Einschätzung, dass es einen Ausweg aus belastenden Lebensphasen gibt und ermöglichen eine optimistische Grundeinstellung.

„Dw: die Schmerzen haben sich verändert, und und man kennt schon so vieles. ja? und und dieses Wissen darum was man alles schon hatte, und man lernt ja dann da aber damals dann habe ich dann das gemacht, und dann ging es mir besser, und es entwickelt sich dann was. und ja ich finde dieses Älterwerden gar nicht schlimm. also mein viele Dinge die ich in jüngeren Jahren nicht so gut verkraftet habe; die können mich heute nicht mehr so erschüttern, also ich weiß das Leben also ich ich stelle mir immer das Leben vor wie wie ein Meer, wie ein wie ein Fluss, also da gibt es das Wellental, und die die Spitze der Welle, und wenn es immer mehr zur Spitze kommt, kommt irgendwann mal wieder ein Tal; und ich weiß das ist alles ein Fluss, irgendwann wird man da mal wieder rauskommen aus dem Tal; so stelle ich mir das vor. ja.

I: wie sind Sie denn dahin gekommen?

Dw: na ja nur über über Schmerzen uns so weiter. leider. also man wird da nicht dümmer wenn man damit lebt. ja.“ (488 – 502)

In den Befragungen wird häufig der Zusammenhang zwischen Altern, Schmerzen und aktuellen körperlichen Einschränkungen hergestellt. Die damit implizit empfundene fehlende Beeinflussbarkeit hilft den Betroffenen, aktuelle Erkrankungen und Schmerzen zu akzeptieren.

So begründet Frau Bäcker ihre Schmerzen mit der aus ihrer Sicht natürlichen altersbedingten Abnutzung des Körpers, die ärztlich nicht behandelt werden kann. Ihr Bild vom Altern führt

zur Akzeptanz der gegebenen Umstände, möglicherweise ist dies aber auch ein Bild der Resignation.

„Bw: [...] immer mit Schmerzen leben ist natürlich nicht schön aber es geht nicht anders. ich sage mir immer ich habe auch Arztbesuche ein bisschen eingeschränkt, weil mir das nichts bringt. wissen sie ich gehe hin zum Arzt und gehe genau so wieder zurück. die Organe oder die Sachen wo ich die Schmerzen habe das ist abgenutzt und in meinem Alter ist das normal sehe ich so und ist es eben so. [...]“ (55 – 59)

Negative Altersbilder, und damit u.a. die Verbindung des Alters mit negativen Eigenschaften, werden von einigen Befragten genutzt, um sich vom Alter zu distanzieren. Alte Personen werden in diesem Sinne als Menschen beschrieben, die sich viel über ihre Schmerzen beklagen und sich viel Zeit in der Durchführung von Tätigkeiten lassen. Frau Zeiger beschreibt sich konträr dazu als bewegungsfreudigen, aktiven Menschen und betont damit, nicht der Gruppe älterer Menschen anzugehören.

„I: Was bedeutet alt sein für Sie? Können Sie das an einer konkreten Situation beschreiben?

Zw: Ich sag, alt bin ich nicht. Alt bin ich nicht. Es gibt nur junge und ganz junge [...]

I: Aber was wäre alt sein für Sie, also was würde das bedeuten alt zu sein?

Zw: Ja, dass man mehr alles mehr in Ruhe machen kann. Aber kann ich nicht.“ (376 – 387)

„Zw: Naja, die Schmerzen ertragen. Ja? Und wenn das schmerzt dann ruhig weiterbewegen und machen und äh zwischendurch mal meckern, aber das ist äh; ich kann mich nicht so, wenn man die alten Leute trifft und und die jammern dann, dass es weh tut und macht dann tut, ja? [...] Und ich kann es nicht haben, wenn man sich selbstmitleidet; das sind die, die sich auch gar nicht, äh so das machen, dass dass sie sich bewegen können oder so, ich kann mich nicht bewegen und nicht und ja? Ich konnte mich auch manchmal nicht bewegen und hab mich, ja? Dazu gezwungen, dass ich muss; ja? Ich wollte nicht nur im Bett liegen und und den lieben Gott den Tag stehlen, das geht nicht. [...] Nee, also ich muss immer was tun, ja?“ (661 – 685)

In zahlreichen Zitaten wird deutlich, dass eine weit verbreitete negative Vorstellung vom Altern sehr unterschiedliche Reaktionen bei den von Schmerz betroffenen Pflegebedürftigen auslösen und teilweise auch in erfolgreichen Bewältigungsstrategien münden. Die mit dem Alter empfundenen Hemmnisse führen bei Herrn Heckel dazu, dass er sich auf zukünftige gesundheitliche Belastungen mental vorbereitet und sich diese bewusstmacht („ja aber es kommt eine Zeit, da wird das alles schlechter“ Hm/ 330 – 331). Die Frage „wie geht es weiter?“ (Hm/ 355; 383; 859) ist aktuell von großer Bedeutung. Trotz des Wunsches, in der eigenen Wohnung zu bleiben, werden präventive Strategien entwickelt, da er den zunehmenden Abbau des Gesundheitszustandes bei sich und seiner Lebenspartnerin beobachtet.

„Hm: [...] und das ist alles so das sind alles Hemmnisse die das Alter so mit sich bringen [...] und überhaupt meine

Sorge ist im Moment, wie geht es weiter. denn ihr Gesundheitszustand geht abwärts. meiner auch, wir haben uns abgesprochen, und sind uns einig geworden auch mit unserem behandelnden Arzt, wir bleiben hier drin solange wir können. aber der Hausarzt (hat uns ans Herz gelegt,) kümmern sie sich um betreutes Wohnen. damals haben wir gesagt ach Quatsch alles. nicht. heute muss ich sagen, er hatte recht [...] ich muss mich jetzt in Verbindung setzen, wieder mal. durch eine Krankenschwester, die hier in (Wohnheim) tätig ist die hat mir schon Fragebogen und alles mitgebracht. kann ich mich auch anmelden. bloß hier in (Stadtbezirk 6), in dem Heim, da ist die ärztliche Betreuung besser. erstens mal, wenn wir hier bleiben können wir unsere bisherigen Ärzte beibehalten, [...]“ (351 – 369)

Normative Vorstellungen vom Alter werden auch über Zuweisung bestimmter Aspekte zu jungen Menschen generiert, „[...] als junger Mensch steckt man vieles noch weg.“ (Gm/ 73 – 74) Herr Goebel empfindet, dass junge Menschen mit Belastungssituationen einfacher als Ältere umgehen können. Demzufolge grenzt er sich von jungen Menschen ab und hebt die Einschränkungen des Alters, z. B. Anpassungsschwierigkeiten an die gegebene Situation, hervor (Gm/ 21 – 78).

„Gm: dass ich nicht so sein konnte wie andere so rumspringen und mein Leben nicht so gestalten, war ja so zu gestalten, wie ich das so gerne gehabt hätte. aber als junger Mensch steckt man vieles noch weg. wie gesagt frühes Jugendalter. ne? denn das Bedrückende ist ja eigentlich mehr heute, nachdem das alles wieder zurückgekommen ist. was (am meisten,) ja. na ja die Einschränkungen die immer da waren. aber die ich im Wesentlichen kompensiert habe, durch anderes. konnte aber richtig laufen schwimmen. [...]“ (72 – 77)

3.2.2 Interaktion mit der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Umwelt

Neben normativen Vorstellungen nehmen auch die Akteure des Gesundheitssektors Einfluss auf die von Schmerzen betroffenen älteren Pflegebedürftigen. In der Interaktion mit Gesundheitsfachkräften bewegen sich die Pflegebedürftigen zwischen dem Wunsch nach Selbstbestimmtheit und der Tatsache, sich in vielen Aspekten in einem Abhängigkeitsverhältnis zu befinden. Dabei zeigen die Interviews Beispiele zu gelungenen Interaktionen mit den Akteuren des Systems, aber auch Darstellungen zu nicht zufriedenstellenden Entscheidungen der Akteure und Hoffnungslosigkeit bei den Pflegebedürftigen.

Selbstbestimmtheit versus Abhängigkeit

Das Ziel der Pflegebedürftigen ist, ggf. auch mit Hilfe und Unterstützung von Gesundheitsfachkräften, selbstbestimmt ihre Schmerzen und körperlichen Einschränkungen zu minimieren. So versucht Herr Goebel mittels therapeutischer Behandlungen, die Selbstregulation seines Körpers zu fördern und organisiert für einen schnellen, effizienten Erfolg selbständig längere Therapiebesuche.

„I: und gibt es denn spezielle Wünsche die Sie für die nächste Zeit haben? in Bezug auf Ihre Schmerzen?

GM: @(.)@ da arbeite ich jeden Tag dran. ja? und habe viele Angeln ausgestreckt. [...] zum Beispiel, gehe ich jetzt zur Physiotherapie und die machen auch noch Lymphdrainage, und da habe (ich) gesagt ja wissen sie eigentlich müssten wir müssten wir ja was mit den (Bändern) machen, dass wir die weil die Sehnen sind ja zu kurz geworden mit der Zeit. denke ich mir so [...] ja sagt sie machen wir. und hinterher war ich hier halb tot ja? ne die wurden dann so stark gereizt, jetzt hat sich das alles wieder beruhigt ne? so was zum Beispiel.

I: das heißt woran? Sie arbeiten daran, dass die Sehnen wieder flexibler werden?

GM: ja nein, dass na dass ich das, dass ich Dinge anrege die da (an) nicht von alleine macht, ne.“ (762 – 781)

„GM: na ja weil es sind nein ich habe das jetzt so organisiert, dass ich nämlich zwei Scheine für die Physiotherapie habe, und deshalb macht die jetzt eine Stunde. ja einen habe ich und einen Schein habe ich dann habe ich 20 Behandlungen was man ja sonst nicht kriegt. und dann habe ich hier von meiner Hausärztin noch mal 20 dazu, und dann kann sie dadurch ein bisschen länger machen alles. [...]“ (1149 – 1153)

Es wird deutlich, dass ältere Pflegebedürftige in der Auseinandersetzung mit Grenzsituationen durchaus selbst die Initiative ergreifen und teilweise in der Lage sind, dafür geeignete Fachkräfte anzufragen (Gw/ 762 – 781; 1149 – 1153). Im Vergleich hierzu benötigen andere für die Entwicklung von Strategien zur Förderung ihrer Gesundheit externe Impulse (Wm/ 780 – 786, Bw/240 – 263). So versucht Herr Weinert seine Mobilität selbst zu fördern, indem er regelmäßig Rehabilitationssport besucht, der von seinem behandelnden Arzt/seiner Ärztin empfohlen wurde (Wm/ 780 – 786).

Ein häufiges Thema in der Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und Gesundheitsfachkräften ist die bei Schmerzen notwendige medikamentöse Therapie. Dabei fließen die Erfahrungen der Pflegebedürftigen zu bestimmten Medikamenten, z. B. Opiaten und zu deren Wirkung und Nebenwirkungen, ein. Selbstbestimmt und aktiv entscheiden die Betroffenen aufgrund nicht zufriedenstellender Effekte und für sie nicht akzeptabler Nebenwirkungen, Therapien vorzeitig abubrechen. In einigen Fällen wird dabei die psychische und kognitive Stabilität einer Schmerzreduktion vorgezogen (Bw/46 – 54, Hm 509 – 530).

Pflegebedürftige treten der medikamentösen Behandlung, insbesondere bei neuen Therapieansätzen, verhalten, skeptisch und mit gewissen Respekt gegenüber.

„SMw: [...] und ich hoffe, dass na ja mit Medikamenten ich habe jetzt auch überlegt, weil Sie ja auch sprechen hier über Cannabis und so. ob mir das vielleicht helfen würde. aber ich muss Ihnen sagen ich habe so einen Respekt vor diesen Sachen, aber na ja müssen wir sehen. [...]“ (1185 – 1188)

Einerseits wünschen die Betroffenen die Berücksichtigung ihrer Präferenzen in der Behandlung, andererseits ist es für sie nicht akzeptabel, wenn ihr Gesundheitszustand vom Gesundheitspersonal verharmlost wird. Von einer guten Arzt-Patient-Beziehung erwarten ältere Pflegebedürftige empathisches Verhalten im Hinblick auf ihre Schmerzen (BHm/ 364 – 370). Zudem wünschen sie sich eine regelmäßige Verfügbarkeit von Medizern und Medizinerinnen sowie den einfachen Zugang zu Arztpraxen (SMw/ 1005 – 1006).

Neben Medizern und Medizinerinnen stellen Pflegefachkräfte für die von Schmerzen betroffenen älteren Menschen eine soziale Ressource dar. Sie unterstützen Pflegebedürftige bei unterschiedlichen Alltagsherausforderungen, wie zum Beispiel beim Einkaufen, Putzen, bei der Körperwäsche, in der Mobilität, usw. (Zw/ 772 – 776, Fw/ 527 – 551, SMw/ 1221 – 1226, Wm/ 532 – 541, Gm/ 488 – 493, Lw/ 527 – 533, Gßw/ 356 – 360). Vor dem Hintergrund, dass ältere Pflegebedürftige nicht nur selbstbestimmt sein wollen, sondern auch so lange wie möglich selbständig handeln sollten, erscheint es problematisch, wenn sie diese Alltagsentlastung trotz fehlendem Bedarf erfahren. Die Durchführung von Tätigkeiten durch die Pflegekräfte, wie z. B. Körperpflege, obwohl Pflegebedürftige dies u. U. noch selbständig durchführen können, fördert die zunehmende Abhängigkeit (Wm/ 532 – 557, Zw/ 775 – 787).

„Wm: [...] schön wenn mir eine Schwester die Stullen machen tut und waschen tut. klingt doch herrlich. klingt gut. also (deswegen sage ich, dass ich) jetzt faul geworden bin in dem Sinne. natürlich für mich ist das angenehmer so hier, wenn hier eine Frau waschen tut. aber man kann sich auch alleine waschen. das ist kein Problem. also ich habe keine Probleme. habe ich ihr auch gesagt also. aber die verlangen, dass die Schwester einen waschen tut, ja. [...] ich sage was mit einer Hand kann man sich auch alleine waschen. geht. ich kann ja die Hand ein bisschen bewegen. [...] nein das sehen wir nicht ein. die Schwestern kriegen das bezahlt, und dann sollen die Schwester eben auch waschen. sage ich na gut [...] aber da kann ich sowieso nichts machen, wenn die verlangen [...] das müsste man wirklich in eine Zeitung bringen, dass man Leute die das selber machen können, warum sollen sie das nicht selber machen?“ (540 – 555)

Obwohl dieses als nicht notwendig erachtete Handeln des Pflegepersonals von Herr Weinert als luxuriös und nicht angemessen wahrgenommen wird, nimmt er dies als gegeben hin.

Gelungene Interaktion mit Akteuren des Systems

In den Interviews wurde über gelungene Interaktionen insbesondere im Zusammenhang mit

Akteuren des ambulanten und des (teil-) stationären Versorgungsbereiches in Tageskliniken und Rehabilitationseinrichtungen gesprochen. Hier sind es häufiger Mediziner und Medizinerinnen, die einen positiven Einfluss auf den Umgang mit Schmerzen und körperlichen Beeinträchtigung haben. (Bw/ 160 – 280, SCHm/ 811 – 875).

„Bw: [...] ich habe zu dem meinen Orthopäden gesagt, ich habe das nicht bloß in meinen Rücken, ich habe es in der Hüfte; ich habe es im Knie; ich habe es in den Gelenken; ich habe es im Ellenbogen; ich habe es in der Schulter, da sagt er na Moment mal Moment mal erstmal eins. dann versucht er ein halbes Jahr mit einer Sache fertig zu werden; im Moment das letzte war jetzt das Hüftgelenk, ja wissen Sie? das bringt mir nichts mehr; ich gehe genau so schlau wieder von dem Arzt nach Hause, und aber bei der Therapie hier jetzt, die geht auf meine einzelnen Sachen (rau-), (sagt sie) wenn da jetzt steht Hüfte, und sie sahen heute tut das Knie mehr weh, dann macht sie mein Knie und das ist für mich gut weil ich da habe ich die im Moment die dollen Schmerzen, und das hilft mir ein bisschen schon dass sie es macht, hilft mir dass sie auf mich eingeht und das versteht was ich meine, hilft mir schon. [...]“ (808 – 817)

Die von Schmerzen betroffenen pflegebedürftigen Personen benötigen Gesundheitsfachkräfte, die auf ihre Bedürfnisse eingehen und die Sinnhaftigkeit einer Behandlung vermitteln. Mediziner und Medizinerinnen können zumindest zunächst als extrinsische Motivatoren fungieren, während es anderen Therapeuten und Therapeutinnen durch die dauerhafte Nähe zum Pflegebedürftigen auch gelingen kann, eine dauerhafte Motivation und Begeisterung hervorzurufen.

„I: und wie sind sie in dem Moment damit umgegangen, dass Sie plötzlich keine Schmerzmittel äh nicht mehr so viel genommen haben, sondern deutlich weniger?

Sm: ich habe mich weniger bewegt, hab mehr im Bett gelegen bis meine Ärztin sagte, so jetzt reicht. raus. je mehr du liegst, desto mehr tut dir ja der Wirbel weh und die Bandscheiben komm und versuche zu laufen naja, das war zum Anfang eine Katastrophe und dann hat man äh, dass es dann schlechter wurde mit dem laufen, dann haben sie dann auch nicht mehr diese äh:::: Gymnastikübung, ange- die man mir angeraten hat, die man natürlich, wenn man alleine ist nicht jeden Tag macht, aber machen sollte, [...] da haben sie mich zur Kur gebracht, da saß ich im Rollstuhl, weil es nicht mehr ging und da hat sich so eine Therapeutin, äh: Physio? die hat mir dann, hat mir, hat mir da nochmal zugeguckt wie ich meine Übung machen kann, [...] und die hat mich aus dem Rollstuhl rausgeholt. ich habe nachher diese Krankengymnastik so gerne gemacht. hatte morgens meine Termine und und Nachmittag hatte ich einen und den habe ich dann, dann waren die Geräte frei, dann konnte man an den Geräten machen, wie wie das Gleichgewicht üben und alles sowas, also hab habe ich dann statt die die die dreiviertel Stunde, die mir da zustand, halt manchmal 1 1/2 Stunde genutzt.“ (618 – 637)

Bei Herrn Schneider wurde durch regelmäßige Übungen und insbesondere durch die Einzelbetreuung ein Erfolgsgefühl hervorgerufen, wodurch auch sein Interesse am Sport geweckt wurde.

Neben individueller Betreuung und regelmäßigem Training spielt auch eine gut geplante Tagesstruktur eine entscheidende Rolle im Umgang mit Schmerzen und körperlichen Einschränkungen. Auf diese Weise werden ältere Personen animiert, sich täglich mit ihren körperlichen Grenzen auseinanderzusetzen und aktiv daran zu arbeiten.

„I: und wie haben Sie das geschafft jeden Tag den Schweinehund neu anzugehen?

BHm: indem ich mich diesen Anforderungen gestellt habe ganz einfach. wobei ich fairerweise auch sagen muss in der Reha-Klinik hat man ja dann auch einen fest gegebenen Terminplan, und Therapieplan, wo von morgens bis zum späten Nachmittag die einzelnen Aktivitäten aufgeführt sind, unter Aufsicht, und tja dann geht man eben dahin und da das durch Gegenzeichnung kontrolliert wird, und kontrollierbar ist, ist auch feststellbar wie oft man an solchen Sitzungen dann teilgenommen hat. und dass man überhaupt daran teilgenommen hat.“ (336 – 344)

„I: wie haben Sie das empfunden? dass Sie einen Terminplan bekommen haben?

BHm: ja das fand ich gut. dadurch wurde ich animiert aktiv zu sein. und durch die insbesondere auch durch die Kontrolle, die Teilnahmekontrolle; wurde man aktiviert; teilzunehmen, und ja und immer wieder den inneren Schweinehund zu überwinden. das war nicht leicht, und es war nicht einfach, aber das ist der einzige Weg bei so einer Sache, dass man überhaupt weiterkommt. [...]“ (347 – 358)

Durch eine feste Tagesstruktur, wie sie insbesondere in Tageskliniken vorgegeben werden, durch den Kontakt zu anderen Menschen und die Unterstützung vom Pflegepersonal machen ältere Pflegebedürftige die positive Erfahrung, dass es gelingen kann, die Schmerzsituation weitestgehend auszublenden. Tageskliniken werden von den Betroffenen, durch die ganztägige „Rundum-Versorgung“ als ein Ort der Entspannung betrachtet.

„I: haben sie noch andere Möglichkeiten gegen die Schmerzen vorzugehen?

Bw: [...] und einmal in der Woche gehe ich zur Tagesklinik, da sage ich immer das ist mein Ruhetag, weil ich da vollkommen bedient werde, da komme ich hin da gibt es Frühstück dann Zwischenmahlzeit. lernen wir zwischen durch Gedächtnistraining oder Sport ein bisschen Bewegung und wird mal was Schönes vorgelesen oder irgendwelche Sachen oder wir machen irgendwelche Spiele oder irgendwie so was und das hilft mir immer ganz gut, man ist beschäftigt und man denkt nicht über sich selbst so viel nach man ist abgelenkt und das hilft mir auch.“ (180 – 186)

In einem Interview wurde explizit darauf hingewiesen, dass Tagesstrukturierung und Tagesziele bedeutsam sind, um sich nicht nur als Person mit Schmerzen zu identifizieren. Entsprechend der Beschreibung von Frau Drescher, werden die kontinuierlich in unterschiedlicher Intensität vorhandenen Schmerzen mittels Ablenkung erträglicher. Ohne ihre Aktivitäten und Erfolgserlebnisse würde sie sich ausschließlich auf ihre Schmerzen fokussieren.

„[...] dann überlege ich mir morgens schon im Bett wie wird der Tag heute aus- was will ich alles schaffen? was will ich machen? was gibt es Schönes? inzwischen ist es so, dass das oftmals nicht reicht ich mir dann abends schon

einen Zettel hinlege was ich am nächsten Tag alles erledigen muss, und erledigen möchte, ich brauche so ein bisschen den roten Faden an dem ich mich so lang hangeln kann. und der schönste Tag ist, wenn ich abends im Bett liege und denke och das habe ich geschafft, das habe ich geschafft, und das habe ich geschafft, und ja. dann bin ich irgendwie zufrieden. so irgendwo nur rumsitzen, das wäre für mich überhaupt nichts; das kann ich irgendwie nicht. das ist bah. mhm. dann werde ich so minimiert, auf auf auf meine Schmerzen die ja mehr oder weniger immer da sind, aber wenn ich Ablenkung habe; kann ich diese Schmerzen irgendwie geht es. da kann man da einen Schalter umlegen. [...]“ (430 – 440)

Ein weiterer Vorteil von Tageskliniken ist der Kontaktaufbau zu anderen Menschen. Hier haben Pflegebedürftige die Möglichkeit, positive Bestätigung und Anerkennung zu erhalten und auf diese Weise das Selbstwertgefühl zu steigern. Professionelle Akteure, wie Psychologen und Psychologinnen sind in der Lage, schwierige Lebenslagen, in der mehrere biografische und aktuelle Belastungssituationen kumulieren, kurzfristig aufzufangen.

„I: also ich habe ich das richtig verstanden, wenn sie dann die Schmerzen haben? und dann zum Beispiel an ihre Frau erinnert werden,..?“

Schm: ja. und dann die Vergangenheit.

I: und die Vergangenheit. also ...

Schm: dann sage ich mir immer warum ich? warum ich?

I: ja. was meinen sie mit warum ich?

Schm: ja. warum ich? warum ich? gerade ich? bin ich dazu ausgesucht? hat man mich irgendwie so sortiert damals oder geimpft oder einen Chip so ein Implantat rein, dass sie mich suchen auf den hacken wir rauf. auf den mit dem nehmen wir Maß und so. ja? so geht das ab.

I: was haben sie, haben sie in der Gruppe gemacht? können sie das beschreiben? sie haben gesagt die Gruppe hat ihnen so geholfen?

Schm: ja. die Gruppe hat mir geholfen. in der Gruppe, ja, da haben wir da wurden Fragen gestellt, und davon die Ableitung? zum Beispiel Wut. das Wort Wut. wie kann man das, wodurch entsteht Wut. Und so was alles ne? ja. [...] das habe ich noch vorgetragen, da haben sie alle geklatscht ((klatscht)) haben sie alle auch der Psychologe hat geklatscht. sagt er, sagte er Mensch sagt er, du kannst ja irgendwo auf die Bühne gehen. ich sage wie? wie soll ich das verstehen? ja hast du prima gemacht.“ (799 – 864)

Herr Schmidt, der sich als Opfer seiner Umwelt betrachtet, muss auf die hilfreiche Interaktion, die während einer klinischen Behandlung zur Verfügung stand, zukünftig verzichten. Nach Beendigung der Therapie fokussiert er erneut stark auf seine Belastungen, da ihm in der eigenen Häuslichkeit die Tagesstruktur und Ablenkung fehlt: „[...] das hat mir auch gutgetan. und alles auch in der Gruppe da. und hier. hier sitze ich allein, und gucke am Grübeln gucke die Bilder an gucke ihr (Ehefrau) an.“ (SCHm/ 837 – 839)

Unzufriedenheit mit Entscheidungen von Akteuren des Gesundheitssystems

In der Auseinandersetzung mit Schmerzen und körperlichen Einschränkungen entwickeln Pflegebedürftige auf der Basis ihrer oftmals langjährigen Erfahrungen Vorstellungen, wie der Schmerz minimiert oder die Einschränkungen reduziert werden könnten. Für die Umsetzung dieser unterschiedlichen Strategien, wie Operationen, medikamentöse Behandlung und alternative Heilmethoden benötigen ältere Pflegebedürftige jedoch soziale und medizinische Unterstützung oder auch die ärztliche Zustimmung und/oder die Bewilligung von Kostenträgern. Werden in diesem Zusammenhang Entscheidungen nicht im Sinne des Pflegebedürftigen getroffen, entsteht einerseits Unzufriedenheit, andererseits muss der Betroffene nach Wegen suchen, damit umzugehen. Die Reaktionen der Pflegebedürftigen sind so individuell wie ihre Anliegen.

Eine häufiger auftretende Diskrepanz findet sich hinsichtlich der Bewertung alternativer Heilmethoden, wie z. B. Akupunktur als Schmerzbehandlung (Ew/ 503 – 512, SMw/ 417 – 419).

„SMw:[...] und Akupunktur ist mir auch bekommen. das hat hier ein Orthopäde hier im Krankenhaus (Stadtbezirk 2) gemacht, und der hat aber irgendwann plötzlich gesagt, an meinen Rücken geht er nicht mehr ran. und obwohl mir das so gut geholfen hat.“ (417 – 419)

Frau Schmitz will nicht akzeptieren, dass die von ihr als hilfreich eingestufte Methode der Akupunktur vom behandelnden Mediziner abgebrochen wurde. Sie setzt sich aktiv mit ihrer Situation auseinander und sucht nach einem neuen behandelnden Orthopäden (SMw/ 1001 – 1004).

Entscheidet ein Mediziner/eine Medizinerin (aufgrund zu erwartender Komplikationen) gegen einen operativen Eingriff, von dem sich die Pflegebedürftigen die Reduktion der Schmerzen und eine Verbesserung der gesundheitlichen Einschränkungen erhofften, bleibt häufig nur die Möglichkeit, diese Entscheidung anzunehmen (BHm/ 181 – 184, Hm 400 – 451, Bw/ 38 – 44).

„Bw: [...] ich habe natürlich auch Schwierigkeiten mit meinen Venen und so weiter die sind porös hat man gesagt durch die Chemo und so weiter und dadurch habe ich meine Bypass Operationen absagen müssen, und jetzt auch wieder meine Hüftoperation weil kein Arzt die Verantwortung nimmt, die mir von vornherein schon gesagt haben nein also. sogar der Chirurg der es machen sollte hat gesagt nein also in meinem Fall macht er es nicht. weil er annimmt ich verträge die schon diese Narkose schon nicht dann würde ich dabei bleiben nicht? und nun muss ich mit den Schmerzen leben, [...]“ (38 – 44)

So hat Frau Bäcker nach mehrfachen Absagen aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands die Hoffnungen auf die gewünschte Hüft-OP aufgegeben, die ihre Schmerzen reduzieren sollten

und akzeptiert die ärztliche Entscheidung. Währenddessen sucht Frau Drescher weiterhin aktiv nach einer Lösung, indem sie von mehreren Ärzten und Ärztinnen verschiedener Fachbereiche die Meinung einholt (Dw/ 641 – 679).

Für eine angemessene Schmerzbehandlung benötigen betroffene ältere Pflegebedürftige in der Regel Zugang zu pharmazeutischen Mitteln, deren Verschreibung und Vergabe durch ärztlich geregelt wird. In diesem grundsätzlichen Abhängigkeitsverhältnis des Pflegebedürftigen entstehen häufiger Diskrepanzen über die Medikamentenart, Dosisintervalle und Verabreichungsformen.

„BHm: @(.)@ seitdem versucht man die Schmerzen mit Morphin in Griff zu kriegen. [...] operieren konnte man nicht noch mal, oder wollte man nicht noch mal und tja dann wurden Morphinudrogen gegeben. was zu Anfang noch sehr hilf- ganz hilfreich war, und da hatte ich so eine ich weiß nicht wie man das nennt so eine so eine so eine Schmerzpille über mir an dem Bettgalgen und da konnte ich dann immer auf einen Knopf drücken, wenn es wieder schlimmer wurde; und konnte mir dann die jeweiligen Portionen Morphin selber zuführen. und das habe ich dann auch eifrig gemacht. aber als das dann weg- wegfiel war das schon sehr unangenehm. das wurde einfach von einem Tag zum anderen ja fallen gelassen beziehungsweise ich wurde kam dann von der (Klinik 2) wo die Operation durchgeführt worden sind kam ich dann in die Reha-Klinik und da gab es keine zunächst jedenfalls keine Schmerz- Schmerzbehandlung mehr. und das war kaum auszuhalten da habe ich geschrien. so lange geschrien bis sie mir dann doch wieder (was) gegeben haben. und das nehme ich bis heute. [...]“ (180 – 193)

Für Herrn Buchholz war es nicht nachvollziehbar, dass ihm nach dem Wechsel in die Rehabilitationsklinik ein wirksames Medikament (Morphinpräparat) verwehrt wurde, bei dem er zuvor über die Dosierung (im gewissen Rahmen) frei entscheiden konnte. Dies führte zum Gefühl der Macht- und Handlungslosigkeit gegenüber seinen Schmerzen. In diesem Fall diente das Schreien als Ausdruck seiner Hilflosigkeit und war implizit ein Hilferuf nach sozialer Unterstützung.

Hoffnung auf Reduktion unangenehmer körperlichen Empfindungen suchen die betroffenen Pflegebedürftigen auch in der Anwendung neuer – teils umstrittener – Medikamente, wie z. B. dem medizinischen Cannabis. Die dafür notwendige ärztliche Verordnung bleibt oft verwehrt. In solchen speziellen Anforderungen fehlt es den Betroffenen häufig an Kenntnissen zu möglichen Handlungsoptionen.

BHm: ja ganz einfach. ich würde mir wünschen, dass ich einen Arzt finde, der das Experiment mit Cannabis probiert. da habe ich schon viel von gehört und gelesen, und insbesondere, dass es ich nehme jetzt 18 Tabletten am Tag ein und, da wurde beschrieben, dass die Patienten die Cannabis kriegten, von ich weiß nicht von einem Tag auf den anderen jedenfalls innerhalb kurzer Zeit auf sämtliche anderen Medikamente verzichten konnten, und nur über den

oder das Cannabis ein anderes Schmerzempfinden; ein positiveres Schmerzempfinden; entwickelt haben. und das würde ich mir wünschen, dass ich da irgendwo einen finde der mir dazu verhilft und (weiter) dass ich dadurch gewinnt man auch eine andere Lebensqualität. aber wie gesagt bisher ist mir das noch nicht gelungen.“ (390 – 398)

Unzufriedenheit entsteht bei Pflegebedürftigen insbesondere dann, wenn als notwendig erachtete Hilfen aus Kostengründen von den Leistungsträgern verwehrt werden. Einige Pflegebedürftige empfinden ihre Einstufung des Pflege- oder Behinderungsgrades als nicht angemessen. Für die Beantragung einer neuen Begutachtung benötigen die Betroffenen in der Regel professionelle Unterstützung (SMw/ 1097 – 1098, Ew/ 440 – 501). Frau Fischer wünscht sich z. B. zur besseren Alltagsbewältigung eine seniorenrechtliche Wohnung, was eine höhere Einstufung des Behinderungsgrades voraussetzte, jedoch abgewiesen wurde. Eine Sozialarbeiterin legte für sie Widerspruch ein. Vorhandene soziale Ressourcen werden hier sinnvoll eingesetzt. Das mehrfache Benennen dieser Thematik deutet auf eine gewisse Hilflosigkeit hin (Ew/ 440 – 501; 551 – 552; 779 – 791). Darüber hinaus merkt Frau Engelbart kritisch an, dass bei der Begutachtung lediglich der körperliche Zustand und nicht die psychischen Gefühle bewertet werden.

„Ew: [...] also ich kann nichts machen, sozusagen; dass ich ich kann auch nicht kochen, weil ich dann stehen muss. ich muss mir einen Stuhl holen, und alles so was. also das ist alles, Sachen die ich nicht mehr machen kann. @(.)@ ich kann nicht so lange stehen? ja. das ist alles deswegen, ich; das ist also; ich will das ja nun, ich will ja noch machen können und wenn man das dann sagt ja ja ich habe das neulich wie sind sie hingekommen? ja mit dem Bus und mit der Bahn. das ist dann schon verkehrt. @(.)@ ne? das ist dann schon, dass die mir das streichen. und so. bloß das ist doch, ich finde das schwachsinnig. man soll mobil bleiben, und ist man mobil, auch wenn nur wenig, wird einem vieles gestrichen. ne? ob sie das mit Schmerzen. unter Schmerzen machen oder so, oder nicht. also ich verstehe das nicht.“ (544 – 553)

Frau Schmitz beschreibt hingegen, dass sie Schwierigkeiten hinsichtlich der Mobilität hat und lediglich wenige Meter gehen kann. Längere Wege stellen für sie eine Herausforderung dar, da die Bewegung beim Laufen zu unerträglichen Schmerzen führt. Die Wahrnehmung ärztlicher Termine bedeutet für sie zusätzliche Schwierigkeiten und Belastungen, da keine kostenfreien Transportleistungen mehr gewährt werden. Frau Schmitz stellt sich trotzdem dieser Herausforderung und versucht, eigenständig mittels öffentlicher Verkehrsmittel oder Taxiunternehmen ihr Ziel zu erreichen, da für sie eine ärztliche Behandlung zur Förderung der Gesundheit einen hohen Stellenwert hat.

„SMw: [...] und ich bin einmal da war auch mein Bargeld alle, da war ich gekommen bis zu dem Lottoladen eben, und dann musste ich wieder umkehren, weil ich ich konnte nicht weiter. und was wollen Sie da machen? dann habe ich mich zwischendurch eben ein paar Mal, so an die Seite hier an die Hecken, und habe mich da dareingesetzt, und

eine Weile gewartet, und dann wieder ein bisschen weiter, nicht? und manchmal habe ich das Gefühl mir reißt der Hintern ab, nach unten nicht. also wäre eben hier eine ganz dünne Stelle hinten, die ganz furchtbar wehtut, und da habe ich das Gefühl mein Hinterteil wiegt ein Zentner, und zieht da dermaßen nach unten, dass ich mir sogar so kleine chinesische Handtücher schon in den Mund gesteckt habe, also nicht auf der Straße aber hier Zuhause. damit ich nicht schreie. damit dieses ((dumpfe Geräusche)) nicht gehört wird von anderen. das sind wirklich sehr schlimme Schmerzen.“ (880 – 890)

„SMw: [...] zum Zahnarzt kann ich auch nicht mehr gehen. [...] Schauen Sie mal das hatte ich letztens noch nicht. da bin ich jetzt seit Februar in Behandlung, weil ein Zahn da gewackelt hat, und da habe ich mir Begleitservice bestellt, von der Volkssolidarität, und noch Taxi genommen. weil ich nicht alleine mit dem Rollator runterkam, und dann noch bis an die Taxe, und und beim Zahnarzt, muss man auch noch ein Stockwerk hoch, da ist kein Fahrstuhl, es ist also sehr schwierig, [...] und (hin zu war ich) mit Taxi gefahren also auf meine Kosten. denn die haben mir ja Weihnachten als Weihnachtsgeschenk, das gestrichen, dass ich zu Ärzten mit Taxe fahren darf. nur ins Schmerzzentrum, aber nicht, wenn die mich jetzt überweisen. [...] das ist auch ein bisschen gemein. und obwohl mir die vom Schmerzzentrum die Ärztin aufgeschrieben hat, dass ich also weder zu Ärzten noch zur Physiotherapie hinkomme, weil ich das eben nicht kann. und ja nein ich ich kann einfach, kann einfach nicht rausgehen.“ (778 – 795)

Fehlende Hoffnung

Zahlreiche negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und seinen Akteuren führen bei einigen Pflegebedürftigen zur Resignation, ihnen fehlt jegliche Hoffnung auf eine Wendung zum Positiven. Vor diesem Hintergrund werden als nicht hilfreich empfundene Arztbesuche nicht mehr in Anspruch genommen, da diese zur Behandlung ihrer Schmerzen nicht zielführend sind.

„Bw: [...] immer mit Schmerzen leben ist natürlich nicht schön aber es geht nicht anders. ich sage mir immer ich habe auch Arztbesuche ein bisschen eingeschränkt, weil mir das nichts bringt. wissen sie ich gehe hin zum Arzt und gehe genau so wieder zurück. die Organe oder die Sachen wo ich die Schmerzen habe das ist abgenutzt und in meinem Alter ist das normal sehe ich so und ist es ebenso.“ (55 – 59)

Einige Pflegebedürftige beschreiben auf Seiten der Mediziner/-innen Desinteresse an den Problemen und der Behandlung Schmerz betroffener.

„SMw: [...] und ich muss Ihnen ehrlich sagen, ich kenne ja nun ein paar Frauen, die meisten also eine ist jünger die anderen sind alle ein kleines bisschen älter als ich, die empfinden das alle so, dass sie so schlecht behandelt werden, dass man das Gefühl kriegt, also je eher die von der Bildfläche verschwinden, desto besser. und das verbreitet sich langsam. weil uns so wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. man einfach nicht dazu kommt das zu sagen oder loszuwerden, was man möchte. und wenn ihnen, auch wenn es die Vertretung ist. schon ihre Tasche packt. weil sie bald Schluss hat. und sie überhaupt nicht anguckt, und dann, wenn Sie irgendwie so was haben, wie Hilfe (wie) bei der Abstimmung der Medikamente einfach so macht und (mich Richtung) Tür dirigiert, da wissen Sie einfach nicht mehr was sie was sie machen können, ja und dann denken (wir wir werden alle da vergiftet). jetzt natürlich ein bisschen übertrieben ja. aber das ist ein ganz (schlimmes) Gefühl.“ (911 – 922)

Es entsteht bei den älteren Pflegebedürftigen der Eindruck, dass insbesondere Kassenpatientinnen und -patienten bestimmte Behandlungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel Akkupunktur, verwehrt bleiben (SMw/ 417 – 431, Gw/ 551 – 555). Frau Engelbart kann mit Ihrer komplexen Multimorbidität keine Akupunkturbehandlungen mehr in Anspruch nehmen und zeigt diesbezüglich resignative Gefühle („ja sonst muss ich damit leben“ (Ew/512 – 513)). Aufgrund zahlreicher negativer Erfahrungen sind die Erwartungen an zukünftige medizinische Unterstützung bei plötzlichen Erkrankungen gering und führen zur mentalen Vorbereitung auf mögliche Grenzsituationen („naja muss man sehen, wie man zurechtkommt, so einigermaßen“ Gw/ 554).

Diese zurücknehmende Haltung gegenüber medizinischen Behandlungen findet sich auch im Hinblick auf die Bewertung von chirurgischen Eingriffen. Eine gescheiterte Hüftoperation führte bei Frau Lautenbach zu dem Punkt, ihre Schmerzen zu akzeptieren und als Teil ihres Lebens zu betrachten. Eine weitere Operation im Kniebereich stellt aufgrund ihrer negativen Erfahrung eine suboptimale Lösungsstrategie und ineffiziente Option zur Behandlung der Schmerzen dar. In der Abwägung steht eine hohe Zeitintensität geringen Erfolgsaussichten gegenüber. Diese Argumentationen führt sie im Selbstgespräch und zielt damit auf die Selbstverdeutlichung ihrer Begründungen. Verallgemeinernd weist sie darauf hin, dass jede Person mit Schmerzen umgehen kann.

Lw: ja. Schmerzen. wissen Sie man kann Schmerzen auch wegdenken. hört sich jetzt doof an, aber man kann die einfach auch nicht so an sich ranlassen; sagen wir mal. im Moment jetzt sitze ich hier. bin relativ schmerzfrei. wenn ich jetzt aufstehe, weiß ich genau, dass mir meine Knie weh oder mein Knie weh tut sehr weh tut. dann sage ich mir immer: wenn du das jetzt operieren lässt; bist du 14 Tage im Krankenhaus drei Wochen zur Reha, also sagen wir mal das sind schon fünf Wochen, hinterher kannst du immer noch nicht. und ist es dann besser? wie ist es denn mit der Hüfte geworden? ist ja auch nicht besser geworden. also jedenfalls zu damaliger Zeit. und dann denke ich immer, dann ertrag die Schmerzen doch halt. du bist doch schon so dran gewöhnt an Schmerzen. ohne Schmerzen kannst du doch gar nicht mehr leben. und dann schiebe ich es weg, dann denke ich nicht dran. (ich sage) manchmal, denke ich mal, Schmerzen können auch Kopfsache sein aber wie gesagt man lebt halt damit. natürlich würde ich lieber welche keine haben, wäre ja Quatsch, wenn ich jetzt anders sagen würde. ich würde auch gerne morgens aufstehen und sagen boh hallo Waldfee. @(.)@ aber jetzt sage ich immer hallo ich lebe noch? bin noch nicht tot. es geht. man kann damit leben.“ (1236 – 1250)

3.2.3 Soziale Netzwerke

Neben den Gesundheitsfachkräften trägt ein stabiles soziales Netzwerk zu einem erheblichen Anteil zur Bewältigung von Alltagsherausforderungen bei. Der Kontakt mit anderen Menschen

ermöglicht die Aufrechterhaltung von Tagesstrukturen sowie die Nutzung von Freizeitaktivitäten, die für die Bewältigung der Schmerzen eine wichtige Rolle spielen.

Unterstützung bei Alltagsherausforderungen

Im Alltag werden ältere pflegebedürftige Personen, wie in den Kapiteln 3.1.2 und 3.1.3 beschrieben, mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. In den Interviews zeigt sich, dass für deren Bewältigung das soziale Netzwerk einen besonderen Stellenwert einnimmt. Insbesondere Familienmitglieder unterstützen die Befragten beim Kochen, Einkaufen, bei Haushaltsaufgaben sowie in bürokratischen Angelegenheiten (Gm 204 – 206, Fw/ 618 – 622; 739 – 740, Mßw/ 192 – 206, Zw/ 895 – 910, Miw/ 794 – 801). Nachbarschaftshilfe stellt ebenfalls eine wichtige Ressource dar, wobei diese häufiger einen unverbindlicheren Charakter hat. Bei Veränderung der Lebenssituation bzw. der Nachbarschaftsstruktur kann sich jederzeit das Netzwerk reduzieren.

„SMw: [...] die Nachbarin von hier drüben, das ist ein anderer Aufgang. und da ist die hat auch keine Verglasung, da haben wir dann hier mal ausgetauscht, dass sie mir das Essen mitgebracht hat, aber einmal ist mir dann, das ist in so einer wärmespeichernden Schüssel [...] und jetzt hat sie auch noch einen Freund, und ist also auch fast nicht mehr da. ja. aber ich esse jeden Tag irgendwas. und wenn es ich hatte ja vorhin schon angeschnitten, und wenn es eben auch mal drei Tage hintereinander Haferflockenbrei ist, und trinken tu ich Wasser mit Zitrone.“ (630 – 641)

Frau Schmitz versucht trotz aktuell verringerter Unterstützung durch die Nachbarschaft eine aktive Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten und reduziert ihre Ansprüche, um zumindest Grundbedürfnisse zu erfüllen.

Nachbarschaftliche Hilfe ist nicht grundsätzlich altruistisch, so dass Dienstleistungen, wie beispielsweise Wäscheaufhängen oder Einkaufen mitunter gegen Entlohnung erfolgt. Im Zusammenhang mit der Bezahlung werden durch den Pflegedürftigen zugleich konkrete Erwartungen z. B. Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit formuliert. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, entsteht unter Umständen eine grundlegende Unzufriedenheit.

„Sm: [...] beim (Nachbar) ärgert mich immer eins, der sagt, ich bin gleich unten und dann kann ich auf der Uhr gucken, wenn er anruft, er ist um zwei da, dann sag ich aha jetzt haben wir drei, jetzt haben wir vier, gegen fünf wird er da sein sagt er, das schafft er. also mit der Pünktlichkeit und mit der Zuverlässigkeit, da hadere ich manchmal ganz schön genau, wie mein Putzteufel wie der (Name), der für mich einkauft, Fenster putzt und alles sowas macht ja ähm bei dem weiß du auch nie, wenn er ja sagt, ja ja sagt, kommt er oder kommt er nicht? und das ist ich meine, ich bezahle auch bar, die kriegen doch ihr Geld und kriegen mehr als ihnen im Grunde genommen manchmal zusteht oh also das ist entweder das ist eine Zeiterscheinung oder was, ich weiß es nicht

I: wie gehen Sie mit der Situation um, wenn Sie so warten müssen oder einfach ja warten müssen?

Sm: also ich versuche abzuschalten und das Thema auszublenden, dass ich im Recht bin und dass sie Undankbare sind ja also das einzige, (was ihnen wichtig ist), ist das was, was sie wollen, du (Walther) kannst du mir mal bis zum ersten einen Fünfer ausleihen oder sowas, dann sind sie pünktlich“ (763 – 780)

Herr Schneider versucht einerseits, diese Frustration auszublenden und bestärkt sich andererseits selber in seiner Meinung „recht zu haben“ im Sinne von Recht auf Pünktlichkeit bzw. Zuverlässigkeit. Mangels Alternativen entsteht eine zusätzliche Abhängigkeit, die beim zunehmenden Verlust von Selbständigkeit schwer zu ertragen ist. Es wird deutlich, dass soziale Netzwerke immer auch einer individuellen Bewertung unterliegen und selbst notwendige Ressourcen nicht grundsätzlich positiv bewertet werden.

In vielen Interviews zeigt sich jedoch der hohe Stellenwert sozialer Netzwerke. (Gßw/ 170 – 176; 898 – 905, Zw/ 292 – 297, MIw/ 966 – 974; 409 – 418, Dw/ 392 – 398, Fw/ 212 – 323, Mßw/ 189 – 193). Diesbezüglich versuchen ältere Personen aktiv ihr persönliches soziales Netzwerk aufrechtzuerhalten (Zw/ 340 – 365; 735 – 759, Gßw/ 170 – 175). Durch kleinere Geschenken werden Kontakte und damit soziale Ressourcen stabilisiert, die für den Umgang mit Alltagsherausforderungen förderlich sind.

„Zw: [...] und was ich dann immer jetzt ist die Zeit, wo wieder die Glücks- (Klee) sind dann sammelt immer die Vierer, ich brauche bloß irgendwo langgehen und sehe plötzlich so Kleeblatt mit vier Blätter; ja? Ganz oben, die kriegt von mir eine @@ habe ich so ein kleines äh Bilderrahmen reingepackt zu ihrem Geburtstag, und äh die Nachbarin von der; die sind immer beide zusammen; die hilft immer ein bisschen oder fährt sie mal mit Auto zum Doktor [...]“ (736 – 741)

Tagesstruktur und Freizeitaktivitäten

Der Kontakt mit anderen Menschen, die Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und die Nutzung von Freizeitaktivitäten stellen, solange dies trotz Pflegebedürftigkeit möglich ist, eine wichtige Ressource im Umgang mit Schmerzen dar.

„Dw: na ich ich kann besser damit umgehen. ich weiß ich habe gelernt, also, dass es Methoden gibt mit diesem Schmerz zu leben. ich finde ihn manchmal furchtbar, und manche Tage die die sind für mich dann auch nicht gut, aber ich habe Methoden gefunden; wie zum Beispiel; die Ablenkung. mich unter das Volk zu mischen; [...]“ (453 – 456)

Auf der Basis ihre Erfahrungen hat Frau Drescher mit der Zeit gelernt, Handlungsstrategien zu entwickeln, um mit dem Schmerz zu leben. Dazu gehört die Ablenkung durch die Kontaktaufnahme mit Menschen. Mit der Formulierung „mich unter das Volk zu mischen“ hebt Sie die Gleichheit mit anderen Personen hervor („ich meine ich bin ja kein besserer Mensch als andere Menschen“ Dw/ 720 – 721).

Im Rahmen des Besuches einer Tagesklinik wird eine Strukturierung des Tages passiv vorgegeben. Währenddessen müssen nicht institutionalisierte Tagesabläufe von den pflegebedürftigen Personen aktiv gestaltet werden (Dw/ 414 – 440, Gm 181 – 258), u. a. indem sie nach außerhüslichen Aktivitäten suchen.

„Fw: ach so. na dann kennen Sie das nicht. es ist in der (Straße 6), großes Kombinat gewesen, und da war auch in diesem Gebäude eben wo nicht gearbeitet wurde, sondern so mehr Büros oder so was war, da waren viele Gruppen da drin in dem. und da bin ich mal hingegangen eigentlich durch ein Plakat, da war eine Reise (Reiseagentur) hießen die. (Reiseagentur). die haben da Reiseangebote gemacht und da bin ich einmal hingegangen um da mal ein Angebot einzuholen oder so was, und da habe ich gesehen, dass da so eine Gruppe das waren damals noch 47 Menschen ja? die haben da Bingo gespielt mit. ja. und das macht mir doch auch Spaß, und da bin ich immer hingegangen, ohne dass ich wusste was das überhaupt ist.“ (289 – 298)

Nicht alle befragten Personen nutzen außerhüsliche Aktivitäten und strukturieren daher das häusliche Alltagsgeschehen unter Nutzung ihrer noch vorhandenen Möglichkeiten (Ew/ 571 – 574; 600 595 – 606, Mw/ 581 – 602, SCHm/ 844 – 847). Eine aktive Gestaltung des Tages mit oder ohne außerhüsliche Aktivitäten wird über sehr unterschiedliche Anreizsysteme gefördert. Ältere Pflegebedürftige orientieren sich dabei an Vorbildern (Dw/ 504 – 526, Lw/ 341 – 346, Fw/ 1293 – 1322), halten bestehende Kontakte aufrecht oder nehmen verschiedene Angebote aus dem Umfeld wahr (Bw/ 173 – 279, MIw/ 599 – 629; 659 – 666).

„I: dann haben sie ja auch noch erzählt, dass sie diese Fahrten mitmachen? wie sind sie zu dem Angebot gekommen?

Bw: ja. das ist auch wiederum durch meinen Mann. mein Mann ist kriegsverletzt gewesen. der ist als 15-jähriger von einer Bombe verletzt worden hatte die Hand hier verletzt; hatte die Hände hier eine große Narbe und ist im VDK ist Kriegsopferverein und da war er zig Jahre schon drin und ich bin weiter drin in dem Verein und die haben dann diese Angebote machen die so. und das habe ich dann in Anspruch genommen, und habe gesagt ja ich mache das mit, [...]“ (265 – 273)

Frau Bäcker hat sich entschlossen, die Angebote einer durch ihren Mann bekannten Organisation anzunehmen. Die bei diesen Aktivitäten vorgegeben Tagesstrukturen scheinen ihr als eine Art „Ruhetage“ (Bw/ 180 – 181; 203 – 205) entgegen zu kommen, die sie lediglich passiv

konsumieren braucht.

Ein aufmerksames soziales Umfeld, wie z. B. die Nachbarschaft oder Kirchengemeinden können beim Zugang zu außerhäuslichen Freizeitaktivitäten hilfreich sein und zur Teilnahme motivieren.

„Fw:[...] und dann war ich heute wie gesagt, heute hier gegenüber, ist das so eine kleine Kirche da gehe ich sehr gerne hin. das ist eine Baptistenkirche und die macht Donnerstag immer Frühstück. Frühstück für Senioren für Nachbarn. ja. da gehe ich sehr gerne hin. das mache ich erst seit Neuestem eigentlich. obwohl das mir immer schon mal angetragen wurde. die das so ein bisschen unter sich hat oder ein bisschen leitet. mit der Frau ((Kirchenmitglied)) habe ich in der ich habe ja vorher in der (Straße 4) 40 Jahre gewohnt und wir haben so Tür an Tür gewohnt so gegenüber nicht richtig so. und die macht das so ein bisschen, und die habe ich manchmal so getroffen und die hat immer gesagt ich soll doch mal da rüberkommen.“ (224 – 233)

Die Wahrnehmung von außerhäuslichen Aktivitäten durch ältere Pflegebedürftige setzt die Erreichbarkeit des Veranstaltungsortes voraus, was sich aufgrund zunehmender Mobilitätseinschränkungen als schwierig erweisen kann (Fw/ 360 – 379, SMw/ 1023 – 1039). Unter Nutzung personeller Ressourcen im sozialen Umfeld kann ein derartiger Mangel teilweise ausgeglichen werden.

„SMw: da gegenüber war früher die Filmfabrik, und da war jahrelang das (Stadtbezirk 2)er Theater drin. das hat aber irgendein Investor gekauft, und wer weiß was er damit machen will. und da waren wir untergekommen erst mal am (Club) und das war ja für mich auch nahe hier in den Bus, und mit dem Bus bis vorne an diese große Kreuzung, und dann eben nur über die Kreuzung rüber. und als es dann schlechter ging da war auch ein älteres Ehepaar dabei, die haben zwar immer () eins vorne Nähe der Allende Einkaufshalle da gewohnt, aber die sind extra mit einem Auto gekommen, und haben mich da hingefahren ja.“ (1031 – 1038)

Bei einer weiteren Kumulation physischer Einschränkungen, hervorgerufen z. B. durch eine zunehmende Sehbeeinträchtigung, kann es zur erzwungenen Reduktion der außerhäuslichen Aktivitäten und damit des sozialen Netzwerkes kommen.

„Dw: mhm. ja und nun will ich gucken, dass ob man mit den Augen noch irgendetwas machen kann. also. die (trockene) Makuladegeneration da kann man sowieso nichts machen, aber da hatte sich die Feuchte jetzt noch draufgesetzt, und da könnte man schon was tun. dass man das Sehvermögen wenigstens noch halten kann solange wie möglich. denn das ist für mich schlimmer als die Körperbehinderung. dann kann ich nämlich das bedeutet für mich dass ich nicht mehr rausfahren kann, mich nicht mehr unter das geliebte Volk mischen kann, was mir was mir auch einiges ermöglicht, was mich leben lässt, ja das ist für mich ganz wichtig; dass das bleibt, dass ich möglichst so weiterleben kann wie ich wie ich jetzt lebe, ja, dass ich mich dass ich mir vielleicht durch das verdienen beim ambulanten Dienst mir noch mal einen Urlaub gönnen kann, ja.“ (670 – 679)

Für Frau Drescher ist der Kontakt mit anderen Menschen ein wichtiges Merkmal von Lebensqualität und gibt dem Leben Sinnhaftigkeit. Sie sucht aktiv nach einer Lösung, wobei sie hierfür medizinische Unterstützung benötigt. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass ältere Personen aktiv nach Strategien zur Bewältigung ihrer Beeinträchtigungen suchen, um an wichtigen Zielen festhalten zu können (Dw/ 641 – 679, Wm/ 780 – 786; 964 – 977).

Nicht alle befragten Personen verfügen über ein funktionierendes soziales Netzwerk und sind von anderen Menschen weitestgehend isoliert. Aufgrund physischer Einschränkungen aber auch räumlicher Barrieren fehlt es ihnen an Möglichkeiten, Anknüpfungspunkte aufzubauen oder bestehende Kontakte aufrecht zu erhalten (SMw/ 880 – 890; 1017 – 1019, Ew/ 725 – 732).

„Ew: [...] zum Beispiel hier meine große Schwester, die hat mich schon ein paar Mal eingeladen, bloß für mich ist das schwer dahin zu kommen. und peinlich, ich kann mit dem Rollator da nicht raus ne? das da wo die wohnt, ist kann man nicht so einfach spazier- die wohnt auch an der (Fluss), an der ja aber da ist alles gleich hinter den Häusern gleich Feldwege ne? da kann ich gar nicht fahren mit meinem Rollator. ich müsste da immer im Haus bleiben, und da hat sie schon gesagt, das versteht sie nicht ne? beim ersten (erzählt) die sitzt ja nur im Haus, oder so. ja na wie denn? ich komme da nicht. dass der Rollator; ich kann nicht ohne Rollator laufen. geht nicht, und kann ich also auch nicht dahin ne?“ (725 – 732)

3.3 Entwicklung von Handlungsstrategien

Die bisher dargestellten Ergebnisse verweisen auf eine Vielzahl von unterschiedlichsten Handlungsstrategien, die sich in der Auseinandersetzung mit Ressourcen, Barrieren und Umweltfaktoren entwickeln, um den Herausforderungen und Grenzsituationen zu begegnen. Dabei orientieren sich die von Schmerzen betroffenen älteren Pflegebedürftigen implizit an einem definierten Vorgehen.

Beim Auftreten einer Herausforderung gilt der erste Schritt der Ursachensuche (Wm/1293 – 1364, Hm/329 – 352, Sw/ 889 – 969, Sm/ 759 – 772, Gm/ 1262 – 1270).

„Hm: [...] der Tisch wackelt. plötzlich wackelt der Tisch, ja wie kommt denn das? ja das muss Unebenheiten aber hier im Belag, kann nicht sein.

I: nicht erkennbar.

Hm: da drunter kann wir wissen es nicht? was nun? na ja. was untergeklemmt. darum habe ich ihn auch fest. bis ich eines Tages feststelle, dass ein Bein locker ist.

I: aah. das müsste nachjustiert

Hm: das muss die Ursache sein. ich weiß es noch nicht. so und nun muss ich mal den Tisch umdrehen, und sehen wie ich das fest kriege. wo schlagen Sie denn mit einem Hammer hier rein. das geht gar nicht so. ne. ich muss das das sind alles so Probleme. die habe ich früher aber jetzt geht es eben alles nicht mehr. das ist eben was mir immer; vor allem geht alles viel langsamer. nun kommt die Lungenkrankheit noch dazu, wo mir der Arzt von Anfang an gesagt hat, erstens mal sie werden immer schlechter Luft bekommen. das ist das eine. sie werden immer müder. und das stimmt auch. ich könnte (dauerhaft) schlafen. und das ist alles so das sind alles Hemmnisse die das Alter so mit sich bringen.“ (334 – 352)

Herr Heckel beschreibt bildlich, wie er mit für ihn am Anfang unklaren Phänomen umgeht, um zu verdeutlichen, wie er bei neuen physischen Beeinträchtigungen nach der Ursache sucht. Wurde die Ursachensuche abgeschlossen, folgt in einem Prozess der kognitiven Auseinandersetzung die Lösungssuche, die sich mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes zunehmend schwieriger gestaltet.

Lassen sich für die Herausforderungen keine plausiblen Ursachen und Lösungsstrategien finden, wird gerne das Phänomen des Alterungsprozesses als Ursache herangezogen und entlastet damit die Betroffenen von der Lösungssuche. So beruhen nach Meinung von Herr Heckel die beschriebenen gesundheitlichen Schwierigkeiten auf seinem Alter.

Werden von schmerzbetroffenen Pflegebedürftigen konkrete Ursachen erkannt, entwickeln sie im nächsten Schritt entweder eine passive oder aktive Handlungsstrategie. Die befragten Personen, die eigenständig nach einer Lösungsstrategie suchen, wägen zunächst die Handhabbarkeit ab: inwiefern ist ihre hypothetische Strategie machbar und welchen Sinn hat die Bewältigung? In dem gesamten Prozess der Entwicklung von Strategien werden ihre sozialen, personalen und materiellen Ressourcen einbezogen (Gm/ 554 – 588; 762 – 780, Hm/489 – 507). So beschreibt Herr Goebel seine Schwierigkeiten bei der Organisation einer MRT-Untersuchung. Aufgrund seiner Querschnittlähmung benötigt er soziale Unterstützung, die ihm seitens der Klinik nicht gewährt wird.

„I: haben Sie schon eine Idee wie Sie da vorgehen wollen?

Gm: na ich habe den ganzen Tag denke ich über so einen Scheiß nach. weil ich die ja koordinieren muss die Leute und nicht vergnatsen darf, aber trotzdem zum Ziel komme. na ja nun habe ich festgestellt, dass ich hier im Stadtbezirk na ja fast um die Ecke ein halbes Kilometerchen, in der Poliklinik oder Ärztehaus heißt es. ja jetzt die haben auch für MRT und CT haben die eine Untersuchungsstation. und mit denen wollte ich sozusagen dasselbe noch mal machen bloß da ist sozusagen die Verordnung der Auftrag vom Arzt natürlich nicht da. [...] theoretisch könnte meine Hausärztin, so was aufschreiben. denke ich. aber das wird dann noch mehr Kuddelmuddel. verstehen Sie? über so was denke ich nach. und es muss klappen vor allen Dingen.“ (567 – 588)

Diese Befunde unterstreichen nochmals die Bedeutung der sozialen Unterstützungen für ältere Pflegebedürftige im Umgang mit Barrieren bei der Bewältigung von Grenzsituationen (siehe Kapitel 3.2.2 und 3.2.3).

Tägliche Herausforderungen im Umgang mit Alltagsbelastungen versuchen schmerz betroffene Pflegebedürftige hingegen selbständig zu meistern (Hm/461 – 467, Zw/ 759 – 771, SMw/ 599 – 604; 861 – 874).

„Hm: [...] es geht alles eben nicht mehr. wenn ich mich bücke ich komme nicht wieder hoch, nicht? oder bücken nach vorne über da muss ich Angst haben, dass ich umkippe nach vorne. ich gleiche () das aus. also ist es besser ich knie mich hin. bloß ich habe aber bloß ein Knie, da ist Arthrose drin in dem einen Knie. der Knorpel hat sich jetzt gelöst, der krabbelt mir hier rum, aber wie. was meinen Sie wie das wehtut. na ja. das sind alles solche Faktoren. da muss ich sehen, dass ich drum rumkomme.“ (461 – 467)

Die logische, planerische Denkweise von Herr Heckel beruht auf familiären Erfahrungen. Der Umgang mit Herausforderungen orientiert sich am Vorbild des Vaters (Hm/ 294 – 298; 303 – 311).

Bei passiver Strategieentwicklung bedürfen ältere Pflegebedürftige äußerer Impulse. Sie suchen nicht eigenständig nach Lösungen, lassen sich von anderen Personen beraten und nehmen teilweise die unterbreiteten Vorschläge an (siehe Kapitel 3.2.2 und 3.2.3).

„BHm: um dem auch noch mal einen positiven Abschluss zu geben. dem Gespräch. eigentlich möchte ich noch leben und was erleben. ja. dazu brauche ich aber die Mittel (von die) Ärzte, tja. und da hapert es offensichtlich.“ (407 – 409)

Bleiben die Impulse von außen, aufgrund des Fehlens medizinischer oder sozialer Unterstützung aus, sind auch die zu passiven Strategien geneigten Pflegebedürftigen gezwungen kurzfristige Lösungsstrategien zu entwickeln (Mw/ 24 – 28, Zw/ 614 – 720).

„Mw: [...] und ganz besonders schlimm sind die Orthopäden bei mir gewesen. schnell operieren, Füße aufschneiden, keine Geduld gehabt, ich weiß nicht ob sie sich ekeln? aber ich; meine Beine waren schwarz, die dürfen Sie mal sehen die habe ich jetzt alleine hingekriegt; ja? jede Nacht kraule ich da ran und mache und massiere. und wenn es weh tut, dann sage ich Aua, Aua, ihr sollt doch schön laufen. also da (rede ich) mit mir selber.“ (24 – 28)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Entwicklung von Handlungsstrategien im Umgang mit Grenzsituationen nicht immer linear und stringent verläuft und situationspezifisch angepasst werden muss.

3.4 Bewertungsprozesse

Handlungsstrategien im Umgang mit Herausforderungen und Grenzsituationen zielen auf den Erhalt von Selbständigkeit und Zufriedenheit. Ein aus subjektiver Sicht des Pflegebedürftigen erfolgreicher und zufriedenstellender Umgang mit Herausforderungen, und damit ein positives Handlungsergebnis, resultiert aus einem Bewertungsprozess. Hierbei fokussieren die Betroffenen insbesondere auf positive Aspekte z. B. auf die, trotz körperlicher Einschränkungen, noch vorhandenen Fähigkeiten (Sw/ 1020 – 1027, Wm/ 546 – 548). Negative belastende Erfahrungen werden von den Befragten, wenn möglich, ausgeblendet und es erfolgt eine Konzentration auf das Endergebnis (Hm/ 420 – 422, Bw/ 23 – 26).

„Hm: DDR war das. noch ne. die Unterbringung und die Physiotherapie, war erbärmlich. die materielle Basis, gegen heute eine Katastrophe. aber na ja durchgestanden.“ (420 – 422)

Die Fokussierung auf positive Aspekte ermöglicht den älteren Pflegebedürftigen auch Herausforderungen wie Krankenhausaufenthalte, die mit Ungewissheit über die eigene körperliche Verfassung verbunden sind und als belastend empfunden werden, positiv zu bewerten. In der Reflexion erkennen ältere Pflegebedürftige das Potenzial, welches durch unerwartete soziale Unterstützung im Umfeld hervorgerufen wurde (Rm/ 708 – 728, Dw/ 24 – 47, MIw/ 15 – 35).

MIw: [...] also wenn ich jetzt in die kurze Vergangenheit gehe. dann war es schon diese Krankenhauszeit, die ich hinter mir habe [...] und manche Sachen haben mich dann besonders berührt, manche Sachen überhaupt nicht, und habe dann aber jetzt im Nachhinein festgestellt, dass das auch eine Erfahrung war, die mich irgendwo doch ein bisschen verändert hat. punkto denken, punkto Dinge wahrnehmen, weil es war nicht nur schlimm, und schlecht, sondern ich habe auch auf der menschlichen Seite ganz nette Erfahrungen gemacht. mit den Krankenschwestern dort, oder auch mit anderen Patienten manchmal. [...] was kann eben Krankheit auch auslösen nicht? also so dieses Mitgefühl, und Mitmenschliche, und Verständnis, und da waren ganz viele Elemente, die ich vorher so nicht wahr- also nicht so intensiv wahrgenommen habe.“ (15 – 35)

Dabei können andere Personen, wie z. B. Ärzte und Ärztinnen oder Kinder der Pflegebedürftigen, Impulse zur Reflexion und zu einer positiven Bewertung geben (MIw/ 166 – 175, Lw/ 475 – 498).

Darüber hinaus wird Zufriedenheit als positives Handlungsergebnis, trotz belastender Situationen, mittels negativem Abwärtsvergleich hergestellt (Zw/ 394 – 398; 726 – 728, Hm 1009 – 1050, Gßw/ 654 – 659, Wm/ 546 – 557).

„[...] und wenn die (Frauename) mich immer besucht die ist von der Kirche, die hat noch drei Frauen die haben Demenz die liegen fest im Bett, und dann erzählt sie mir wie schlimm das ist, und alles. und da habe ich gedacht reiß dich mal ein bisschen zusammen. du bist nicht so schlimm wie die anderen Frauen sind. so im Bett. und das hat mich gestärkt. ja? machst du es besser. machst du es besser und ja. ich musste ja die anderen Menschen noch musste ich ja noch trösten, ja?“ (654 – 659)

Frau Gießener gelingt es, ihren Gesundheitszustand positiv zu betrachten, indem sie ihren Zustand mit dem einer an Demenz erkrankten Frau vergleicht, von der sie über ihr soziales Netzwerk gehört hat. Dies motiviert sie, nicht in Selbstmitleid und Passivität zu verfallen. Zudem entsteht über den Vergleich das Gefühl, dass andere, denen es schlechter geht, sie brauchen sowie das Verpflichtungsgefühl anderen zu helfen.

Ein weiteres Beispiel für ein aus subjektiver Sicht der Betroffenen positives Handlungsergebnis ist die neue Lebens- und Betreuungssituation von Frau Drescher. Nachdem Sie durch ihre Tochter von einer alternativen Betreuungsform erfuhr, hatte sie mit Hilfe von sozialer Unterstützung selber aktiv einen Umzug veranlasst, um ihrer als prekär empfundenen Lebenssituation zu entfliehen. Der im Pflegeheim, ihrem früheren Lebensort, aufgrund des Fachkräftemangels, herrschende Konkurrenzkampf zwischen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, ließ sie letztendlich an ihrer Sozialkompetenz zweifeln. Darüber hinaus hatte sie Angststörungen, die im aktuellen neuen Wohnumfeld nicht mehr auftreten (Dw/ 168 – 198; 254 – 268).

„Dw: in (Stadtteil 3) in einem Haus wo man gute Nachbarschaft pflegt. und das ist für mich das das Größte und das Schönste dieses dieses Miteinander wohnen. also jeder hat seine eigene Wohnung, und jeder lebt sein Leben und ich gestalte mein Leben mit Hilfe der Assistenten, die ich elf Stunden am Tage hier haben darf, aber in der Assistenz freien Zeit weiß ich ganz genau wenn ich Probleme hätte ich dürfte an jeder Tür klingeln und jeder wenn er kann würde mir helfen, und das gibt mir so viel Ruhe. das das nimmt mir die ganze Angst., ich hatte früher so viele Ängste und wusste manchmal nicht wie es weitergeht, das habe ich hier gar nicht mehr.“ (277 – 283)

4 Diskussion

Zur Beschreibung der Resilienz ist es von Bedeutung über Faktoren, die zur Vulnerabilität des Individuums beitragen sowie über Schutzfaktoren, durch die die Wahrscheinlichkeit der Belastungsbewältigung erhöht wird, zu diskutieren und in Verbindung zu setzen. Schmerz, Pflegebedürftigkeit, Verlust von Nahestehenden, Kriegserlebnisse, etc. stellen sich als potenzielle Risikofaktoren dar, die bei unzureichender Bewältigung im schlimmsten Fall kumulieren und sich gegenseitig verstärken. Um dem entgegenzuwirken, sind ältere Pflegebedürftige auf um-

weltbezogene Ressourcen (soziales Netzwerk, gesundheitsbezogene Professionen) angewiesen, die als protektive Umweltfaktoren fungieren können und Einfluss auf die personalen Eigenschaften der Betroffenen nehmen.

Bedeutung des Schmerzes im Leben von älteren Pflegebedürftigen

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass das Thema „Schmerz“ eine hohe Relevanz für die befragten Pflegebedürftigen einnimmt. Die Mehrheit der älteren Befragten ist über einen längeren Zeitraum dem Risiko des Schmerzes ausgesetzt und eine Chronifizierung des Schmerzgeschehens liegt vor. Dieser Vulnerabilitätsfaktor wird durch das Verharmlosen der Schmerzsignale seitens der Betroffenen sowie durch das Fehlen angemessener Reaktionen medizinischer Fachkräfte und mangelnde gesundheitsförderliche Bedingungen verstärkt. Der Schmerz hat sich nun im hohen Alter zu einer schwer zu bewältigenden Herausforderung entwickelt und zeigt einen negativen Einfluss auf die Resilienz der älteren Pflegebedürftigen. Anhand der Beschreibung der Betroffenen zeigen sich unterschiedliche subjektive Wahrnehmungen hinsichtlich des Schmerzes, der entweder kontinuierlich oder in Intervallen auftritt und zugleich im Alter allgegenwärtig scheint (Schreier et al., 2014). Die Befragten ordnen ohne Aufforderung ihre Schmerzen in ein System ein, welches einer numerischen Ratingskala zwischen null bis zehn entspricht und bei der Erfassung der Schmerzintensität in der Pflege als Instrument mit geringem Zeitaufwand zur Anwendung kommt (Dräger, Könner, Budnick, Kreutz, & Kopf, 2013). Dies deutet darauf hin, dass das Individuum äußere Faktoren aus wiederkehrenden Interaktionen implizit annimmt und sich aneignet.

Mit zunehmenden Alter steigt die Häufigkeit des Auftretens von Schmerzen, verbunden mit negativen Auswirkungen auf die individuelle Lebensqualität (O'Brien & Breivik, 2012) sowie auf die alltägliche Funktionsfähigkeit und Aktivität (Covinsky et al., 2009). Dadurch stehen Pflegebedürftige vor weiteren Herausforderungen und müssen Verluste des zunehmenden Alters (Kruse, 2017) und Schmerzfolgen bewältigen. Während einige Befragte Verluste mit Hilfe von sozialen Beziehungen kompensieren, mangelt es anderen an Unterstützung des primären Netzwerkes. Letztere müssen Hilfe von Professionellen (z. B. Pflegedienste) anfragen, insofern ihnen die finanziellen Mittel seitens der Kostenträger zur Verfügung gestellt werden. Die Nutzung und Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen ist nach Leipold (2015) für den Resilienzprozess von entscheidender Bedeutung, da Herausforderungen nicht nur das Individuum, sondern in den meisten Fällen auch das soziale Umfeld betreffen. Hingegen müssen die von

Schmerzen betroffenen älteren Pflegebedürftigen mit geringerem Unterstützungspotenzial weitestgehend selbständig die Grenzsituationen Schmerz und Pflegebedürftigkeit bewältigen. Diesbezüglich finden sich zwei Formen des Umgangs: Bei einigen Betroffenen führt der Mangel an Unterstützung zur Resignation, was als Stagnation, wenn nicht sogar als Rückgang des Resilienzprozesses interpretiert werden kann. Andere suchen hingegen aktiv nach weiteren Handlungsstrategien, was als resiliente Handlungsweise gedeutet wird.

Kumulation von Risikofaktoren

Die Befunde weisen darauf hin, dass Schmerzen und Pflegebedürftigkeit kumulierende Belastungsfaktoren darstellen, die sich gegenseitig verstärken und zu Grenzsituationen entwickeln. Sie erschweren damit erheblich die Alltagsbewältigung von älteren Menschen. Jedoch spielen auch andere Themenkomplexe eine bedeutende Rolle im Leben der Pflegebedürftigen. Die befragten Personen setzen sich insbesondere mit Kriegs- und Nachkriegserlebnissen sowie mit Verlusten von Nahestehenden auseinander, welche als traumatische Erlebnisse oder kritische Lebensereignisse definiert werden (Bengel & Lyssenko, 2012; Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016). Für die Entwicklung von Resilienz ist es bedeutsam, Ereignisse dieser Art rasch und erfolgreich zu bewältigen (Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016), um die positive Erfahrung der Handhabbarkeit daraus zu ziehen. Nach Wustmann Seiler und Fthenakis (2016) gehören traumatische Erlebnisse zu den extremen Formen von Risikokonstellationen. Hierbei handelt es sich um Ereignisse, bei denen Individuen mit Katastrophen oder außergewöhnlichen Bedrohungen konfrontiert werden. Hingegen bezieht sich der Begriff Alltagsstressor auf Situationen des täglichen Lebens, die die Vulnerabilität des Individuums negativ beeinflussen (Bengel & Lyssenko, 2012), wie beispielsweise Pflegebedürftigkeit. Zwischen Alltagsstressoren und traumatischen Ereignissen liegt eine Wechselwirkung vor. Traumatische Ereignisse sowie Alltagsstressoren sind Risikofaktoren, die aufgrund von fehlenden sozialen (z. B. soziale Unterstützung), materiellen (z. B. Hilfsmitteln zur Förderung der selbständigen Haushaltsführung) und strukturellen Ressourcen (z. B. barrierefreie Wohngebäude) die Resilienz einer Person gefährden. Kumulierende Vulnerabilitätsfaktoren wie Kriegserlebnisse, negative Krankenhauserfahrungen, Pflegebedürftigkeit, Schmerz sowie Verluste verstärken sich gegenseitig und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die aktuelle Situation als Belastung wahrgenommen wird und das Individuum sich zunehmend als „Opfer“ seiner Umwelt betrachtet. Ältere Menschen müssen

sich unter Umständen im Laufe ihres Lebens mit multiplen Risikobelastungen auseinandersetzen, woraus eine Gefährdung der psychischen Gesundheit mit Verhaltensauffälligkeiten resultieren kann (Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016). Insbesondere die Kombination von Verlusten nahestehender Personen, Schmerzen und Pflegebedürftigkeit scheinen zu sozialer Isolation und Einsamkeit zu führen, die zusätzlich Suizidgedanken, eine geringe Lebensqualität und Angststörungen begünstigen können. Diese Zusammenhänge wurden bereits in einigen Studien beschrieben (Beutel et al., 2017; Generali Deutschland, 2017; Gunzelmann, Beutel, Kliem, & Brähler, 2016). Nach Zebhauser et al. (2014) korreliert Einsamkeit signifikant mit Depressionen, geringer Resilienz sowie Lebenszufriedenheit.

Entwicklung der Resilienz

Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass die Verarbeitung und Bewältigung der Grenzsituationen Schmerz und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter ein prozesshaftes Geschehen ist. Nach (Wustmann, 2009) ist Resilienzkompetenz nicht angeboren, sondern wird im Laufe der Zeit erworben und entwickelt sich über die Zeit weiter. Grundsätzlich verläuft der Bewältigungsprozess nicht linear und nicht gleichermaßen in allen Teilbereiche des Lebens der älteren Pflegebedürftigen (Siegrist, 2010), er ist somit situationsspezifisch (Bengel & Lyssenko, 2012).

Die Bedeutung einzelner Herausforderungen, wie beispielsweise Schmerzen oder der Verlust eines Nahestehenden wird von den Betroffenen subjektiv unterschiedlich wahrgenommen und unterliegt der Bewertung als Risikofaktor. Ob dieser als bedrohlich empfunden wird, hängt zusätzlich von der Dauer des Zustands, der Schwere und Intensität des Risikofaktors ab (Bengel & Lyssenko, 2012). Neben diesen Einflussfaktoren führen zusätzliche Umstände, wie die Versorgungssituation, körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit, das soziale Unterstützungsnetzwerk und vorhandene oder fehlende materielle Ressourcen zum unterschiedlichen Erleben des Schmerzes und der Pflegebedürftigkeit als Grenzsituationen seitens der Befragten. Demzufolge zeigt sich Resilienz bei den von Schmerz betroffenen älteren Menschen als dynamischer Prozess, welcher sich in der Interaktion zwischen Umwelt und Mensch bildet (Bengel & Lyssenko, 2012).

Daraus lässt sich schließen, dass die Bewältigung der Belastungen Schmerz und Pflegebedürftigkeit und folglich auch die Entwicklung der lebens- und situationsspezifischen Resilienz unterschiedlich verlaufen. Es wäre jedoch falsch anzunehmen, dass sich aufgrund der Diversität

der Resilienz keine verallgemeinernden Förderungsmaßnahmen ableiten lassen. Letztendlich benötigen ältere Pflegebedürftige mit chronischen Schmerzen für die weitestgehend erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen und Grenzsituationen mehr protektive Umweltfaktoren, die den Vulnerabilitätsfaktoren entgegenwirken (Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016).

Handlungsstrategien Ruhe und Bewegung

Chronische Schmerzen begünstigen schleichend die Hilfsbedürftigkeit älterer Menschen (Schuler, 2015) und haben insbesondere auf die Mobilität negative Auswirkungen (Schreier et al., 2014). Ein höheres Ausmaß der Bewegung und/oder spezifische Arten der Bewegungen führen bei den Betroffenen zum Intensivieren der Schmerzen, weshalb sie bestimmte Alltagshandlungen nicht mehr durchführen. Obwohl auch das Verharren in bestimmten Positionen unangenehme körperliche Empfindungen hervorruft, reagieren die befragten Pflegebedürftigen häufig mit Ruhe auf diese Herausforderung, da sie zunächst eine wenn auch kurzfristige aber effiziente Wirkung zeigt. Bei diesem jedoch auf Dauer dysfunktionalen Schon- und Vermeidungsverhalten sollte man nicht der Versuchung unterliegen, dies als resiliente Handlungsweise zu interpretieren. Das passive Verhalten führt zu einer Reduktion des Schmerzes und möglicherweise erhalten die Pflegebedürftigen mehr Aufmerksamkeit durch das soziale Netzwerk, was wiederum zur positiven Verstärkung der Anwendung dieser Vermeidungsstrategie führt. Langfristig folgt jedoch daraus der Verlust positiver Erlebnisse, das Fehlen von Übung und Leistungsfähigkeit sowie die Zunahme depressiver Verstimmungen (Dräger, 2018; Mattenklodt, 2016). Im Fear-Avoidance-Modell wird die Möglichkeit dieser Negativspirale deutlich (Dräger, 2018; Pfingsten et al., 1997; Vlaeyen & Linton, 2000). Durch die Angst vor Bewegung kommt es zur Vermeidung von Aktivitäten, zum Nachlassen körperlicher Übungen und zum Anstieg von psychischem Stress, was wiederum eine Negativbewertung des Schmerzes nach sich zieht (Dräger, 2018; Linton & Shaw, 2011; Vlaeyen & Linton, 2000).

Demgegenüber fühlen sich einige betroffene Pflegebedürftige aufgrund ihres Selbstbildes als aktiver, handelnder Mensch verpflichtet, sich trotz ihrer Schmerzen zu bewegen. Im Sinne einer aktiven Handlungsstrategie, nutzen sie Anreizsysteme, wie z. B. Yoga, was aus Sicht der Betroffenen zur Reduktion der Schmerzen führt (Morone & Greco, 2007). Diese aktiven Handlungen entsprechen eher dem Charakter einer resilienten Umgangsweise und führen langfris-

tig zu einer physischen und psychischen Stabilisierung. Strategieformen dieser Art werden zusätzlich durch soziale Normen gefördert. Nach Leipold (2015) haben gesellschaftliche und soziale Normen im Umgang mit Grenzsituationen handlungsleitende Funktionen. Diese werden implizit durch wiederkehrende standardisierte Handlungsanweisungen und Meinungen der Gesundheitsfachkräfte vermittelt. So versuchen ältere Pflegebedürftige diese Empfehlungen anzunehmen, da Mobilität mit der Fähigkeit, Alltagsaufgaben zu bewältigen und mit körperlicher Gesundheit assoziiert wird, wie Hamer und Chida (2008) belegen. Vor diesem Hintergrund plädieren Blüher und Kolleginnen (2017) für die Förderung von vorhandenen Mobilitätspotenzialen im dritten und vierten Lebensalter. Die Logik des Leistungssystems der Pflegeversicherungen folgt jedoch nicht immer diesen Empfehlungen und reagiert auf noch vorhandene Mobilitätsfähigkeiten mit geringeren finanziellen Leistungen, wodurch zusätzliche Hemmnisse hinsichtlich der Förderung von Beweglichkeit entstehen.

Resilienz entwickelt sich auf der Basis positiver Erfahrungen bei der Bewältigung vorheriger Belastungssituationen weiter. Dies kann jedoch nur erfolgen, wenn Personen Erfahrungen im Umgang mit Herausforderungen sammeln können und geeignete Strategien im Umgang mit ihren Grenzsituationen entwickeln. Äußere Umweltfaktoren, wie z. B. Handlungsanweisungen, die eine Orientierungsfunktion in der Bewältigung haben (Leipold, 2015), sollten daher für betroffene Personen richtungsweisend sein, die von ihnen erwarteten Verhaltensweisen beim Auftreten von Belastungen aufzeigen und nicht durch Widersprüche verunsichern.

Bedeutung von Altersbildern für die Entwicklung von Resilienz

Es wurde in den Ergebnissen deutlich, dass normative Vorstellungen, insbesondere in Form von Altersbildern, einen Einfluss auf den Umgang mit Grenzsituationen und Herausforderungen nehmen. Dem sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (BMFSFJ, 2010) zufolge beeinflussen Altersbilder den Umgang mit Grenzsituationen und damit auch den Resilienzprozess von älteren Menschen. Altersbilder sind für ältere Pflegebedürftige bei der Bildung von Handlungsstrategien zur Bewältigung der Herausforderungen von Bedeutung.

Negative Altersbilder können als Erklärungsansatz dienen, wenn Grenzen der Handlungsfähigkeit erreicht werden. Sie wirken entlastend, wenn Menschen im hohen Alter den zunehmenden

den Abbau ihrer körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit mit dem Alterungsprozess assoziieren. Der sechste Altersbericht beschreibt diese Form der Verknüpfung von Alter und Leistungsabbau ebenfalls (BMFSFJ, 2010). In einigen dokumentierten Fällen werden die negativen Altersbilder angenommen und die mit dem zunehmenden Abbau des Körpers verbundene Handlungsunfähigkeit akzeptiert. Akzeptanz kann als resilientes Merkmal interpretiert werden, wenn diese Handlungsstrategie der langfristigen Stabilisierung des Wohlbefindens dient.

Dem sechsten Altersbericht zufolge wird Pflegebedürftigkeit mit dem Bild vom unproduktiven und passiven Alter in Zusammenhang gebracht (BMFSFJ, 2010). In unseren Befunden zeigt sich jedoch, dass auch negative Altersbilder – insbesondere in Verbindung mit Pflegebedürftigkeit und Schmerzen – zu einer aktiven Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihrer Situation führen. Aufgrund der durch ihr Altersbild geprägten Annahme, mit zunehmendem Alter steige der Pflegebedarf, gehen die Befragten davon aus, dass in der Zukunft neue Grenzsituationen entstehen können und versuchen Präventionsmaßnahmen einzuleiten. Falls präventive Interventionen aufgrund fehlender Ressourcen nicht durchführbar sind, versuchen sie sich zumindest mental auf zukünftige Belastungen vorzubereiten. Dies lässt sich durchaus als resiliente Handlungsweise interpretieren.

Eine weitere Form der Nutzung von Altersbildern ist der Versuch einiger Pflegebedürftiger, sich von negativen Altersbildern und damit von Passivität, Unproduktivität und Selbstmitleid abzugrenzen und sich ihrem aktiven Selbstbild entsprechend als resiliente Persönlichkeit den Herausforderungen und Grenzsituationen entgegen zu stellen.

Das hohe Alter mit Lebenserfahrungen zu assoziieren entspricht hingegen einem positiven Altersbild. Pflegebedürftige mit dieser Grundhaltung nehmen aufgrund von früheren erfolgreich bewältigten Grenzsituationen an, dass es aus jeder belastenden Lebensphase einen Ausweg gibt. Dies ermöglicht eine optimistische Grundeinstellung, welche in der Literatur ebenfalls als resiliente Eigenschaft beschrieben wird (Bengel & Lyssenko, 2012).

Zusammenfassend können Altersbilder, obgleich positiv oder negativ konnotiert, zur Prozessentwicklung der Resilienz beitragen. Normative Vorstellungen, wie Altersbilder haben handlungsleitende Funktionen (Leipold, 2015), weshalb sie als wichtiger Bestandteil zwischenmenschlicher Beziehung der Strukturierung dienen (BMFSFJ, 2010).

Selten führen Altersbilder zur Stagnation des Resilienzprozesses, wenn die Betroffenen aufgrund „unangemessener“ Vorstellungen vom Alter ihre noch vorhandenen Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen nicht nutzen. In diesem Fall führen negative Altersbilder zu einer nicht notwendigen zusätzlichen Belastung der von Schmerz betroffenen älteren Menschen. Um dem entgegenzuwirken und die Stärken und Potenziale der Betroffenen zu entfalten, ist es von Bedeutung, soziale Netzwerke zu fördern. Auf diese Weise treffen Pflegebedürftige mit Betroffenen zusammen, die bereits eine ähnliche Grenzsituation bewältigt haben und folglich als Vorbild fungieren können (BMFSFJ, 2010).

Bedeutung von sozialen Netzwerken bei der Bewältigung von Herausforderungen und Grenzsituationen

Neben normativen Vorstellungen haben weitere Umweltfaktoren, wie z. B. soziale Beziehungen, einen Einfluss auf den Resilienzprozess der älteren Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen. Die Ergebnisse zeigen die Bedeutung des sozialen Umfelds, im Sinne eines protektiven Faktors (Bengel & Lyssenko, 2012; Leipold, 2015), auf die erfolgreiche Bewältigung von Grenzsituationen wie Schmerz und Pflegebedürftigkeit. Kontakte dienen des Weiteren als Unterstützungsressource bei Alltagsherausforderungen, deren Bewältigung älteren Menschen große Schwierigkeiten bereitet. Dies ist den meisten Betroffenen bewusst, weshalb sie aktiv, z. B. mittels kleiner Zuwendungen versuchen, ihr soziales Netzwerk aufrechtzuerhalten, was als resilientes Merkmal gedeutet werden kann.

Einzelne Sozialkontakte können als positives Rollenmodell fungieren, von denen ältere Pflegebedürftige Handlungen adaptieren (Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016). Daraus folgen Aufwärtsvergleiche, welche durch den Versuch, sich dem Vorbild anzunähern, eine kompetenzsteigernde und motivierende Wirkung ausübt (Leipold, 2015).

Einen wichtigen Stellenwert im Resilienzprozess nehmen Sozialkontakte als Beschäftigungsmöglichkeit (Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016) bzw. als Zugang zu Freizeitaktivitäten ein. Auf diese Weise fungieren Sozialkontakte als Ablenkungsoption und ermöglichen den Blick auf positive Aspekte zu richten und sich nicht ausschließlich auf Herausforderungen zu fokussieren. In dieser Hinsicht können auch Institutionen, wie z. B. Vereine oder Tageskliniken durch konsistente, klare und transparente Strukturen und Regeln und durch die Förderung von po-

sitiven Peerkontakten zur Resilienzförderung beitragen, wie auch Wustmann Seiler und Fthenakis (2016) belegen. Durch das wertschätzende Klima im institutionellen Unterstützungssystem fühlen sich von Schmerz betroffene ältere Pflegebedürftige respektiert und akzeptiert, was darüber hinaus zur Steigerung des Selbstwert- und Kohärenzgefühl führt. Parallel hierzu erwecken insbesondere professionelle Gesundheitsfachkräfte durch häufige Einzelbetreuung bei den Betroffenen Erfolgsgefühle und zugleich das Interesse an Mobilität.

Ältere Pflegebedürftige präferieren weitestgehend selbstbestimmt ihre Schmerzen und körperlichen Einschränkungen zu minimieren. Handlungsentscheidungen folgen dabei den Präferenzen der Betroffenen (Blüher, Wenzel, Eggert, Suhr, & Dräger, 2019 under revision). Mit dem Wunsch der Selbstbestimmung ergreifen sie selber die Initiative, indem sie aktiv medizinische, pflegerische und therapeutische Fachkräfte zur Unterstützung anfragen. Während einige Befragte eigene Handlungsstrategien entwickeln und lediglich bestimmte Ressourcen seitens des Gesundheitssektors benötigen, brauchen andere Pflegebedürftige gezielte Handlungsanweisungen seitens der Fachkräfte zur Bewältigung ihrer Situation, was zugleich eine gewisse Abhängigkeit von Gesundheitsfachkräften bedeuten kann. Unabhängig davon wie die Handlungsstrategien entwickelt werden, sind dies wichtige Ansätze für den Resilienzprozess (Bengel & Lyssenko, 2012) bezüglich des Umgangs mit Schmerzen und Pflegebedürftigkeit.

Aufbauend auf ihren Erfahrungen mit erfolgreichen Bewältigungsformen werden im Sinne der Resilienzentwicklung Handlungsstrategien verfeinert und weiterentwickelt. Treffen die von Schmerzen betroffenen Pflegebedürftigen jedoch bei der Umsetzung ihrer Handlungsstrategien auf Widerstände unterschiedlicher Art und Weise seitens der Gesundheitskräfte oder Kostenträger (z. B. fehlende Erreichbarkeit, fehlende Unterstützung, nicht nachvollziehbare Entscheidungen oder Rationierung von notwendigen Behandlungsmöglichkeiten bei Kassenpatientinnen und -patienten) kann dies zur Stagnation, wenn nicht sogar zur rückläufigen Resilienzentwicklung beitragen. Die Pflegebedürftigen sind durch Hilflosigkeit und Resignation gekennzeichnet und weisen passives Verhalten auf.

Andere Betroffene halten wiederum an ihren Strategien fest und suchen andere Unterstützungssysteme oder neue Handlungsstrategien im Sinne des Resilienzprozesses. Dies gelingt solange die Betroffenen die Hoffnung auf Lösung des Problems haben. Hoffnung gibt ihnen Antrieb und wird als resiliente Eigenschaft betrachtet (Polson, Gillespie, & Myers, 2018).

Insgesamt präsentiert sich der Gesundheitssektor als bedeutender Faktor im Umgang mit Schmerzen und Pflegebedürftigkeit und ist folglich relevant für den Resilienzprozess. Während die Hilfe seitens der Fachkräfte deutlich zur Förderung der Resilienz beitragen kann, wenn die Bedürfnisse der Betroffenen beachtet werden, hat das Fehlen dieses Unterstützungssystems möglicherweise negative Auswirkungen auf die Bewältigung der Grenzsituationen der von Schmerzen betroffenen älteren Menschen.

Resiliente Eigenschaften älterer Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen

Resiliente Individuen werden in der Literatur als in der Gesellschaft partizipierte, selbstbewusste (Takahashi et al., 2016), optimistische, positiv denkende (Sheedy et al., 2017) und sozialkompetente Personen beschrieben (Letzring et al., 2005). Darüber hinaus entwickeln sie nach Bengel und Lyssenko (2012) problemorientierte Handlungsstrategien, welche als Schutz- und Resilienzfaktor bezeichnet werden. Diese personalen Merkmale zeigten sich auch bei den in dieser Studie von Schmerz und Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen. Bisherige Studien liefern jedoch wenige Hinweise auf den Einfluss der Umweltfaktoren. Vorliegende Ergebnisse zeigen, dass bei der Entwicklung dieser personalen Charaktereigenschaften insbesondere soziale und gesundheitsbezogene Netzwerke von Bedeutung sind.

Die Mehrheit der befragten Personen verfügt über ein soziales Netzwerk, in dem sie ihre sozialen Kompetenzen einsetzen und verfeinern können. Dies setzt jedoch geringe Mobilitäts-einschränkungen und/oder professionelle Unterstützung (z. B. Transportdienste, die vom Kostenträger übernommen werden) voraus. In den Ergebnissen wird deutlich, dass bei einigen befragten Personen schmerzbedingte Immobilität zur Isolierung und folglich zur Reduzierung des sozialen Netzwerkes führt, was auch Kunz (2012) beschreibt. Auf diese Weise werden soziale Kontakte auf sekundäre Netzwerke (z. B. Gesundheitsfachkräfte) beschränkt, die jedoch nicht annähernd den Bedürfnissen der Betroffenen, z. B. nach Kommunikation, entsprechen können. Somit wird die Stabilisierung von Sozialkompetenz und damit die Weiterentwicklung der resilienten Eigenschaft gefährdet.

Soziale Kontakte fördern nicht nur die sozialen Fähigkeiten von älteren Menschen, sondern auch ihr Selbstbewusstsein. Nach Bengel und Lyssenko (2012) kann ein niedriges Selbstwertgefühl zu psychischen Störungen führen und entspricht damit einem Risikofaktor bei der Be-

wältigung von Herausforderungen sowie Grenzsituationen. In dieser Studie zeigen insbesondere Institutionen, neben einer verlässlichen Tagesstrukturierung, eine besonders wertschätzende Dynamik mit positivem Einfluss auf das Selbstwertgefühl und damit auf eine resiliente Charaktereigenschaft.

Ältere Pflegebedürftige entwickeln im Umgang mit ihrer Schmerzsituation (problemorientierte) Bewältigungsstrategien, welche als Resilienzfaktor betrachtet werden (Bengel & Lyssenko, 2012). Dabei handeln sie implizit nach einer bestimmten Vorgehensweise. Beim Eintreten einer (neuen) alltäglichen Herausforderung untersuchen sie zunächst die Ursache, anschließend erfolgt die theoretische Abwägung der eigenen körperlichen Grenzen und Präferenzen, um die Handhabbarkeit der Handlungsstrategie zu überprüfen. Dies kann zu dilemmatorischen Situationen führen, bei der eine Entscheidung zwischen zwei risikobehafteten Lösungen erfolgen muss. Wadenpohl (2005) bezeichnet diese Abwägungsprozesse als Risikomanagement und betrachtet dies als eine Form der Resilienz im Erwachsenenalter.

Bengel und Lyssenko (2012) bezeichnen die Entwicklung problemorientierter Bewältigungsstrategien als aktive Auseinandersetzung mit Herausforderungen und Grenzsituationen. Nach unseren Ergebnissen kann, wie auch Kruse (2017) beschreibt, Strategieentwicklung ebenfalls durch Anregungen von sozialen oder gesundheitsbezogenen Kontakten (passiv) entstehen. Dies setzt bei der handhabbaren Umsetzung der Handlungsstrategien ein soziales Netzwerk voraus. Ist dies nicht gegeben, und finden die Betroffenen keine Lösung für das Problem, arrangieren sie sich mit ihrer Situation. Dies drückt sich in Form von Akzeptanz oder Resignation aus. Während Resignation als nicht-resiliente Handlungsweise gedeutet wird, kann unseres Erachtens Akzeptanz als resilientes Merkmal interpretiert werden, wenn diese Handlungsstrategie der langfristigen Stabilisierung des Wohlbefindens dient. Im Hinblick auf die Bewertung von Akzeptanz finden sich unterschiedliche Sichtweisen, die entweder Akzeptanz mit Vulnerabilitätsprozessen in Verbindung bringt (Kruse, 2017) oder darin einen wichtigen Schritt für die Entwicklung von Resilienz sehen (American Psychological Association).

Darüber hinaus dient Akzeptanz als Voraussetzung für eine positive optimistische Sichtweise, die als resilientes Merkmal definiert werden kann (Sheedy et al., 2017). Diese subjektive Sicht resultiert aus einem Bewertungsprozess, welcher sich an persönlichen Präferenzen und Zielen

der Pflegebedürftigen orientiert (Blüher et al., under revision) sowie durch Impulse von anderen Personen hervorgerufen wird. Auf diese Weise erkennen ältere Pflegebedürftige in der Reflektion von Belastungssituationen möglicherweise neue Potenziale.

Zufriedenheit trotz belastender Situation wird, wie auch in der Literatur beschrieben (Leipold, 2015) über Abwärtsvergleiche hergestellt. Der Vergleich fördert, neben dem Selbstwertgefühl, die positive Bewertung der eigenen Situation (Leipold, 2015) und kann als Motivation dienen, um nicht in Passivität zu verfallen. Auf diese Weise wird die Resilienz der älteren Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen gefördert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: je mehr protektive Umweltfaktoren, die resiliente Charaktereigenschaften fördern, vorhanden sind, desto wahrscheinlicher erfolgt bei den von Schmerz betroffenen älteren Pflegebedürftigen ein günstiges Entwicklungsergebnis sowie eine erfolgreiche Bewältigung von Grenzsituation (Wustmann Seiler & Fthenakis, 2016).

5 Fazit und Empfehlungen

Das Hauptziel der Studie, den Prozess der Resilienz mit seinen spezifischen Merkmalen zu beschreiben und deren Zusammenwirken zu erklären, um daraus ableitend Interventionsansätze zu entwickeln, wurde mittels des gewählten qualitativen Studiendesigns erreicht. Aufgrund des explorativen Charakters des qualitativen Ansatzes war es möglich, für den Resilienzprozess bedeutende Faktoren detailliert abzubilden, die sich über eine quantitative Herangehensweise nicht erschlossen hätten.

Die Interviews verdeutlichen, dass sich die Resilienz von älteren Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen prozesshaft und situationsspezifisch im Kontext der Individuum-Umwelt-Interaktion entwickelt. Dabei führen unterschiedliche Aspekte wie subjektive Bewertung und Intensität der bedrohlichen Risikofaktoren, Dauer des Zustands, vorhandene soziale Unterstützung usw. zu einem unterschiedlichen Erleben von Grenzsituation. Faktoren, wie Schmerz und/oder Pflegebedürftigkeit führen insbesondere in Kombination mit früheren biographischen unbewältigten Herausforderungen bzw. Grenzsituationen zu zunehmender Passivität, Hilflosigkeitsgefühlen und Resignation seitens der älteren Menschen und haben demzufolge einen negativen Effekt auf die Resilienz. Jedoch kann die Wirkung dieser Risikofaktoren durch protektive Resilienz- und Umweltfaktoren ausgeglichen werden.

Resilienzfaktoren sind charakterbezogene Merkmale, die schmerz betroffene ältere Pflegebedürftige über die Zeit in der Dynamik mit der Umwelt erwerben. Dazu gehören: hohes Selbstwertgefühl, Optimismus, positives Denken, Sozialkompetenz sowie Problemlösefähigkeiten. Diese Eigenschaften werden insbesondere in Interaktion mit umweltbezogenen Faktoren, wie z. B. soziale Beziehungen und strukturierende Institutionen gefördert. Hervorzuheben sind auf Basis der vorliegenden Ergebnisse die positiven Rückmeldungen zur Tagespflege, die sich sowohl im positiven Erleben einer Tagesstrukturierung, in der Förderung von Sozialkompetenz durch feste Kommunikationsangebote und in der Förderung des Selbstwertgefühls zeigen. Für das bisher kaum genutzte Angebot der Tagespflege sollten dringend Öffentlichkeitsstrategien entwickelt werden, um diese erfolgreicher zu präsentieren. Darüber hinaus ist die Finanzierung dieses Angebotes in dem Umfang sicherzustellen, dass der Zugang nicht nur finanziell gut abgesicherten Pflegebedürftigen ermöglicht wird.

Das soziale Unterstützungssystem ist für die Bewältigung von Alltagsherausforderungen eine wichtige Instanz. Die Kontaktaufnahme zu anderen (gleichaltrigen) Menschen ermöglichen Vergleichsprozesse – Abwärts- und Aufwärtsvergleiche – sowie die gedankliche Abwendung von belastenden Grenzsituationen, wodurch sich betroffene Personen auf positive Lebensbereiche konzentrieren können. Daraus lässt sich die Empfehlung ableiten, dass der Kontakt zu anderen gleichaltrigen Menschen ein bedeutsamer Ansatz zur Förderung der Resilienz bildet. Für die Ermöglichung solcher Kontakte sind dringend (professionelle) Unterstützungssysteme (Bürgerliches Engagement) und Mobilitätshilfen bereitzustellen, die durch die Leistungsträger der Pflegeversicherung finanziell unterstützt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegebedürftigkeit und Schmerzen das Risiko eines zunehmenden Abhängigkeitsverhältnisses, reduzierter Netzwerke sowie die Gefahr der Vereinsamung beinhalten. Es ist keine Frage der Motivation, sondern eher der Erreichbarkeit von Interventionen, ob Maßnahmen gegen Vereinsamung erreicht werden. Wichtig ist für ältere Pflegebedürftige, dass Transportdienstleistungen zur Verfügung gestellt werden, nicht nur für ambulante Tagesklinikaufenthalte, sondern auch für alltägliche Freizeitaktivitäten (z. B. Seniorentreffen, Theaterbesuche).

Mobilität außerhalb des Wohngebäudes ist für Pflegebedürftige eine wesentliche Grundbedingung nicht nur für Freizeitaktivitäten, sondern auch für die Erreichbarkeit von Versorgungs- und Betreuungsinstitutionen. Im Sinne der Förderung von Resilienz und der Sicherstellung einer angemessenen therapeutischen und medizinischen Versorgung ist Mobilität solange zu

gewährleisten, wie Pflegebedürftige mit Unterstützung (z. B. durch Pflegedienste) dazu in der Lage sind. Bei fehlender Fähigkeit zur außerhäuslichen Mobilität muss eine umfassende Versorgungs- und Betreuungsstruktur in der Häuslichkeit angeboten werden, die sowohl somatische als auch psychosoziale und kommunikative Bedürfnisse abdeckt, unabhängig davon, ob ein familiäres Unterstützungssystem vorhanden ist.

Akteure des Versorgungssystems können bei der Suche nach Handlungsstrategien im Umgang mit Schmerzen sowohl als Risikofaktoren, als auch als wichtige Schutzfaktoren fungieren. Wenn die von Pflegebedürftigen präferierten eigenen Problemlösestrategien im Umgang mit Schmerz keine Zustimmung und Unterstützung von medizinischen und therapeutischen Fachkräften finden, kann dies bei Betroffenen ohne soziale und personale Ressourcen (Schutzfaktoren) zu negativen Auswirkungen auf die Resilienzentwicklung führen. Demgegenüber können sie wichtige Anregungen für den Umgang mit Herausforderungen und Grenzsituation geben. Eine wichtige daraus abzuleitende Forderung an die Akteure des Gesundheitssystems ist, die Bedürfnisse der schmerz betroffenen Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und den älteren Menschen mit seinem Erfahrungswissen aus langjährigen Bewältigungsprozessen als mündigen Patienten zu respektieren.

Im Umgang mit Herausforderungen und Grenzsituationen helfen Pflegebedürftigen handlungsleitende Anweisungen, die sie implizit auch aufgrund der Orientierungs- und Ordnungsfunktion durch normative Vorstellungen erhalten. In dieser Untersuchung spiegeln sich normative Annahmen, insbesondere in Form von Altersbildern, wieder. Über die Vermittlung positiver Altersbilder können professionelle Akteure Einfluss auf die Aktivitätsansprüche der Pflegebedürftigen nehmen. Negative Altersbilder sind von den Akteuren zu billigen, wenn Sie der Akzeptanz der Situation zur langfristigen Stabilisierung des Wohlbefindens dienen oder die mentale Vorbereitung auf weitere zukünftige Herausforderungen und das Einleiten von Präventionsmaßnahmen ebnen.

Reflexionen können einen positiven Effekt auf die Resilienz der betroffenen Personen ausüben. Dabei kann die Methode „Autobiografie“ als Instrument genutzt werden, welches bei der Bewältigung von kritischen und traumatischen Lebensereignissen einen entlastenden Effekt bietet und sich bei der Neuorientierung im Alter als geeignete Umgangsform erweist (Leipold, 2015). Nach Leipold (2015) existieren daneben einige Maßnahmen, die der Stabilisierung von Resilienzfaktoren bzw. Basiskompetenzen der Betroffenen dienen, wie z. B. meditative Tech-

niken oder Musiktherapie. So gibt es bereits Interventionen, die auf die Förderung von Emotionskontrolle und Problemlöseorientierung abzielen. Jedoch wird kritisch angemerkt, dass bei einmaligen Angeboten keine Nachhaltigkeit gegeben ist (Leipold, 2015). Derartige Resilienzprogramme sollten, unter Berücksichtigung des prozesshaften Charakters der Resilienz, als fester Bestandteil im Alltag von älteren Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen integriert werden, da im Laufe des Alters immer wieder neue Herausforderungen und Grenzsituationen bewältigt werden müssen.

Danksagung

Zum erfolgreichen Abschluss dieses Projektes haben viele Personen beigetragen. Neben Frau Le, die maßgeblich das Projekt durchführte, ist Frau Arlett Wenzel für den kollegialen Austausch zu Inhalten des Projektes zu danken. Weiterer Dank richtet sich an Frau Juliana Supplieth, Frau Manuela Paschke-Duke und Frau Johanna Friederike Lindner, die bei der Erstellung des Instruments unterstützten und insbesondere für die Probanden-Akquise und Durchführung der Interviews verantwortlich waren.

Ohne die Bereitschaft und das Vertrauen der Studienteilnehmer/-innen wären diese wichtigen Ergebnisse aus dem Leben der älteren Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen nicht dokumentiert worden. Dafür danken wir ausdrücklich.

Dank ist zudem an alle unterstützenden Pflegeeinrichtungen gerichtet, ohne deren Hilfe bei der Vermittlung der Studienteilnehmer/-innen die Interviews nicht zustande gekommen wären. Letztendlich sei Frau Katrin Dorfmueller gedankt für die zuverlässige und professionelle Transkription der Interviews.

Dagmar Dräger
(Projektleitung)

Literaturverzeichnis

- American Psychological Association. The Road to Resilience. <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>, letzter Zugriff: 12.04.2019
- Bender, D., & Lösel, F. (2005). Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Resilienz bei Misshandlung und Vernachlässigung. In U. T. Egle, P. Joraschky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke, & M. Cierpka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: BZgA.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., . . . Lackner, K. J. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry*, 17(1), 97.
- Block, J., & Block, J. H. (2014). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In *Development of cognition, affect, and social relations (49-112)*. New York: Psychology Press.
- Blüher, S., Schnitzer, S., & Kuhlmeier, A. (2017). Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. *Pflege-Report*, 3-11.
- Blüher, S., Wenzel, A., Eggert, S., Suhr, R., & Dräger, D. (2019). Handlungsbezogene Resilienz bei Langlebigen - Eine soziologische Annäherung In Revision.
- BMFSFJ. (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft. <https://www.bmfsfj.de/blob/101922/b6e54a742b2e84808af68b8947d10ad4/sechster-altenbericht-data.pdf>, letzter Zugriff: 12.04.2019
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I., & Nohl, A.-M. (2013). *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer.
- Cha, K. S., & Lee, H. S. (2017). The effects of ego-resilience, social support, and depression on suicidal ideation among the elderly in South Korea. *Journal of Women & Aging*, 30(5), 444-459.
- Covinsky, K. E., Lindquist, K., Dunlop, D. D., & Yelin, E. (2009). Pain, functional limitations, and aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1556-1561.
- Dräger, D. (2018). Schmerz und Schmerzfolgen bei älteren Menschen - Die Versorgungssituation in Pflegeheimen und Interventionsmöglichkeiten. <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/24062>, letzter Zugriff: 12.04.2019
- Dräger, D., Budnick, A., Kuhnert, R., Kalinowski, S., Könner, F., & Kreutz, R. (2017). Pain management intervention targeting nursing staff and general practitioners: Pain intensity, consequences and clinical relevance for nursing home residents. *Geriatrics & gerontology international*, 17(10), 1534-1543.
- Dräger, D., Könner, F., Budnick, A., Kreutz, R., & Kopf, A. (2013). *Schmerz im Alter (2. Auflage)*. Berlin: Walter de Gruyter.

- Fichte, J. (2017). Resilienz und emotionale Stabilität von Managern. Überschneidung zweier Konstrukte. Wiesbaden: Springer.
- Flick, U. (2011). Das Episodische Interview. In *Empirische Forschung und Soziale Arbeit* (S. 273-280). Wiesbaden: Springer.
- Gawlytta, R., & Rosendahl, J. (2015). Was ist Resilienz und wie kann sie gemessen werden? *Public Health Forum*, 23(4), 212-214.
- Generali Deutschland AG (2017). Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Köln: Springer.
- Gunzelmann, T., Beutel, M., Kliem, S., & Brähler, E. (2016). Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit bei Älteren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62(4), 366-376.
- Hamer, M., & Chida, Y. (2008). Active commuting and cardiovascular risk: a meta-analytic review. *Preventive medicine*, 46(1), 9-13.
- Hayat, S. Z., Khan, S., & Sadia, R. (2016). Resilience, wisdom, and life satisfaction in elderly living with families and in old-age homes. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2), 475-494.
- Jones, G. T., & MacFarlane, G. J. (2005). Epidemiology of pain in older persons. *British Journal of Anaesthesia*, 35, 3-21.
- Kruse, A. (2017). Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife. Berlin: Springer.
- Kunz, R. (2012). Deutlich erhöhte Prävalenz chronischer Schmerzen. *ProCare*, 17(3), 24-30.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: mit Online-Material* (6. Auflage). Weinheim; Basel: Beltz.
- Leipold, B. (2015). *Resilienz im Erwachsenenalter*. München; Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Leppert, K., Gunzelmann, T., Schumacher, J., Strauß, B., & Braehler, E. (2005). Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55(8), 365-369.
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., & Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS)–Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(2), 226-243.
- Leppert, K., & Strauß, B. (2011). Die Rolle von Resilienz für die Bewältigung von Belastungen im Kontext von Altersübergängen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(5), 313-317.
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4), 395-422.
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical therapy*, 91(5), 700-711.
- Mattenklodt, P. (2016). Schmerzchronifizierung. In M. Schuler (Ed.), *Schmerztherapie beim älteren Patienten* (S. 79-100). Berlin: De Gruyter.
- Mey, G., & Mruck, K. (2007). Qualitative interviews. In G. Naderer & E. Balzer (Eds.), *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis* (S. 249-278). Wiesbaden: Springer.

- Morone, N. E., & Greco, C. M. (2007). Mind–body interventions for chronic pain in older adults: A structured review. *Pain medicine*, 8(4), 359-375.
- Nohl, A.-M. (2005). Dokumentarische Interpretation narrativer Interviews. https://www.pedocs.de/frontdoor.php?source_opus=4658&la=de&nr=1&next=8788%2C15833%2C14966%2C15615%2C12841&anker=start&&suchwert1=Nohl%2C+Arnold-Michael+Dokumentarische+Interpretation+narrativer+Interviews&suchfeld1=o.freitext&la=de&bool1=and&Lines_Displayed=100#start, letzter Zugriff: 12.04.2019
- O’Brien, T., & Breivik, H. (2012). The impact of chronic pain—European patients’ perspective over 12 months. *Scandinavian Journal of Pain*, 3(1), 23-29.
- Onder, G., Landi, F., Gambassi, G., Liperoti, R., Soldato, M., Catananti, C., . . . Bernabei, R. (2005). Association between pain and depression among older adults in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) project: a cross-sectional study. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(8), 982-988.
- Pfingsten, M., Leibing, E., Franz, C., Bansemer, D., Busch, O., & Hildebrandt, J. (1997). Erfassung der „fear-avoidance-beliefs“ bei Patienten mit Rückenschmerzen. Deutsche Version des „fear-avoidance-beliefs questionnaire“ (FABQ-D). *Der Schmerz*, 11(6), 387-395.
- Polson, E. C., Gillespie, R., & Myers, D. R. (2018). Hope and Resilience among Vulnerable, Community-Dwelling Older Persons. *Social Work & Christianity*, 45(1).
- Reiter-Theil, S., Graf-Baumann, T., Kutzer, K., Müller-Busch, H., Stutzki, R., Traue, H., . . . Zenz, M. (2008). Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). *Der Schmerz*, 22(2), 191-206.
- Resnick, B. (2000). Functional performance and exercise of older adults in long-term care settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(3), 7-9.
- Rolbiecki, A., Subramanian, R., Crenshaw, B., Albright, D. L., Perreault, M., & Mehr, D. (2017). A qualitative exploration of resilience among patients living with chronic pain. *Traumatology*, 23(1), 89.
- Schreier, M. M., Stering, U., Pitzer, S., Steiner, M., Weißenberger, F., Osterbrink, J., & Iglseder, B. (2014). Im Alter ist der Schmerz allgegenwärtig. *ProCare*, 19(6), 28-29.
- Schuler, M. (2015). Schmerz und Alter. *Der Schmerz*, 29(4), 337-338.
- Sheedy, J., McLean, L., Jacobs, K., & Sanderson, L. (2017). Living well with chronic pain. *Advances in Mental Health*, 15(1), 15-27.
- Siegrist, U. (2010). *Der Resilienzprozess: Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben*. Wiesbaden: Springer VS.
- Statistisches Bundesamt. Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2017. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=2422A770CFF39EA621076AA4786BF355.internet732>, letzter Zugriff: 12.04.2019
- Statistisches Bundesamt. (2018). Pressemitteilung Nr. 019 vom 18. Dezember 2018. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/12/PD18_501_224.html;jsessionid=2422A770CFF39EA621076AA4786BF355.internet732, letzter Zugriff: 12.04.2019

- Takahashi, K., Sase, E., Kato, A., Igari, T., Kikuchi, K., & Jimba, M. (2016). Psychological resilience and active social participation among older adults with incontinence: a qualitative study. *Aging & mental health*, 20(11), 1167-1173.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 361-368.
- Vogd, W. (2009). *Rekonstruktive Organisationsforschung: qualitative Methodologie und theoretische Integration - eine Einführung*. Opladen: Barbara Budrich.
- Wadenpohl, S. (2005). *Für einen guten Abschluss sorgen. Resilienz alter Menschen mit demenziell erkrankten Partnern/-innen*. Universität Bielefeld, Bielefeld. <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2302733>, letzter Zugriff: 12.04.2019
- Wadenpohl, S. (2016). Resilienz—An der Schnittstelle von Public Health und Gerontologie. In *Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung* (S. 73-99). Wiesbaden: Springer.
- Wustmann, C. (2009). Die Erkenntnisse der Resilienzforschung – Beziehungserfahrungen und Ressourcenaufbau. *Psychotherapie Forum*, 17(2), 71-78.
- Wustmann Seiler, C., & Fthenakis, W. E. (2016). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität*. Auflage. Düsseldorf: Cornelsen.
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M., Emeny, R., Peters, A. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(3), 245-252.

Anhang

- Information zur Studie „Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen“
 - Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie: „Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen“
 - Interviewleitfaden: Resilienz
 - Postskriptum
 - Selbstreflexionsbogen
 - Richtlinien der Transkription in Anlehnung von „Talk in Qualitative Research“ nach Bohnsack
- .
- .
- .

Information zur Studie
„Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen
mit chronischen Schmerzen“

Liebe Teilnehmer/-innen der Studie,

die folgenden Informationen geben Ihnen einen Einblick in das Forschungsvorhaben und sollen Ihnen bei der Entscheidung für eine mögliche Teilnahme helfen. Sie sind ein Bestandteil der heutigen internationalen Standards. Im Folgenden werden Ihnen das Ziel und der Ablauf der geplanten Studie näher erläutert.

Zugleich dienen die Erklärungen Ihrem Schutz als Teilnehmer/in. Vorsichtsmaßnahmen und eventuelle Risiken, die im Rahmen Ihrer Studienteilnahme auftreten könnten, werden ausführlich dargelegt.

Vor allem aber sollen die Informationen Sie über Ihre Rechte als Studienteilnehmer/in aufklären.

Die Studie ist ein Projekt, das unter Leitung des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité - Universitätsmedizin Berlin in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) durchgeführt wird.

Das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité forscht schon seit Jahren zu Fragen des Alterns in einer älter werdenden Gesellschaft und besitzt zu diesem Thema ausgewiesene wissenschaftliche Expertise.

Die gemeinnützige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP) unterstützt Forschungen zur Qualitätssicherung in der Pflege und zur Entwicklung von praxisorientierten Konzepten für eine qualitativ hochwertige Versorgung älterer und hilfsbedürftiger Menschen.

Institut für Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaft (CC1)
Luisenstraße 57, 10117 Berlin

Projektleitung: Dr. D. Dräger
Tel. 030/450-529193
Fax +49/30/450-529984
Dagmar.draeger@charite.de

Projektkoordination: Frau Le
Tel. 030/450-529155
thi-huyen-trang.le@charite.de

Zentrum für Qualität in der Pflege
(ZQP)

Reinhardtstraße 45 | 10117 Berlin
Tel. 030 27 59 39 5 - 17

Ansprechpartnerin: Frau D. Sulmann

Hintergrund der Studie

In Deutschland verzeichnen wir eine zunehmende Anzahl an Pflegebedürftigen, von denen ein großer Anteil in ihrer Häuslichkeit versorgt wird. Mehr als die Hälfte der älteren Pflegebedürftigen sind von Schmerzen betroffen, die sich negativ auf deren Lebensqualität und körperliche Befindlichkeit auswirken können. Pflegebedürftigkeit verbunden mit chronischen Schmerzen stellt eine besondere Situation dar, welche mit besonderen Herausforderungen insbesondere an ältere Menschen verbunden ist.

Es wäre jedoch falsch, zu denken, dass Pflegebedürftige dieser Situation hilflos ausgeliefert sind. Aus der Forschung mit sehr alten Menschen wissen wir, dass eine besondere Widerstandsfähigkeit den Betroffenen ermöglichen kann, einen Schutzschild aufzubauen und mit sehr schwierigen Lebenssituationen umzugehen. Dabei können neben der eigenen persönlichen psychischen Widerstandskraft auch äußere Bedingungen in Form von Unterstützung und Versorgungsstrukturen helfen, die schwierige Situation zu bewältigen und zu verarbeiten. Um in Zukunft besser gezielte Hilfestellung für die Betroffenen bereitzustellen, müssen wir mehr Kenntnisse über die Stärkung der persönlichen Widerstandsfähigkeit und Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen erhalten.

Zweck der Studie

Vor dem Hintergrund der außergewöhnlichen Situation „Pflegebedürftigkeit und chronische Schmerzen“ soll diese Studie dazu beitragen die Widerstandsfähigkeit betroffener älterer Menschen genau zu beschreiben und Zusammenhänge zur Lebenssituation herzustellen.

Wir möchten mit unserer Studie neue und genauere Erkenntnisse zu folgenden Themen gewinnen:

1. Welche Bedeutung haben Schmerzen für Pflegebedürftige?
2. Welche Bedeutung haben Rahmenbedingungen für die Situation Pflegebedürftige mit chronischen Schmerzen?
3. Welche Bedeutung hat die persönliche Widerstandskraft im Umgang mit der herausfordernden Situation?
4. Welche Hilfestellungen können in Zukunft den Betroffenen bereitgestellt werden?

Diese Erkenntnisse können helfen, sowohl Ihren Unterstützungsbedarf besser zu erkennen, als auch die speziellen Versorgungsbedürfnisse Pflegebedürftige von Schmerz betroffener Menschen genauer zu erfassen. Sie können dazu beitragen, eine Grundlage für die zukünftige Planung und Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Mitglieder unsere Gesellschaft zu bilden.

Ablauf, Dauer und Vorgehensweise der Teilnahme

Die gesamte Studie wird 12 Monate dauern. Sie persönlich werden jedoch nur einmal in dieser Zeit von unseren Studienmitarbeiterinnen, die Sie bereits aus dem ACHE-Projekt kennen, besucht und persönlich

interviewt. Die Fragen beziehen sich auf die o.g. inhaltlichen Schwerpunkte. Hierfür vereinbaren die Ihnen bekannten Studienmitarbeiterinnen einen Termin mit Ihnen. Sie werden Sie erneut zu Hause aufsuchen und mündlich befragen. Das Interview dauert in der Regel 1 bis 2 Stunden und wird auf elektronischen Datenträgern (Tonaufnahmen) aufgezeichnet. Sie können, falls Ihnen das zu lang und anstrengend wird, jederzeit unterbrechen.

Mögliche Risiken

Da während der Studie keine medizinischen oder pflegerischen Anwendungen bei Ihnen durchgeführt werden, können Sie davon ausgehen, dass Ihre Teilnahme mit keinerlei Risiken für Sie verbunden ist.

Umstände, die zum Abbruch der Studienteilnahme führen können

Es gibt keine vorhersehbaren Gründe, die zu einem Abbruch der Studie insgesamt führen könnten. Sollten Sie es wünschen, kann die Befragung jederzeit abgebrochen werden oder, falls Sie mögen, zu einem anderen Zeitpunkt fortgeführt werden. Das heißt, wenn Sie es möchten, werden keine weiteren Fragen mehr gestellt. Sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen. Durch diese Entscheidungen entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Nutzen für die Allgemeinheit bzw. Studienteilnehmer/innen

Der Nutzen, der sich für Sie aus der Teilnahme ergibt, besteht darin, dass Sie im Gespräch mit den Studienmitarbeiterinnen Ihre Erfahrungen und Ihr Wissen weitergeben, aber auch Ihre Situation positiv oder negativ beeinflussende Umstände, ansprechen können. Das wissenschaftliche Ziel ist es, zu den o.g. Inhalten mehr aussagekräftiges Wissen zu erhalten. Wer könnte uns hierüber besser Auskunft geben als Sie?

Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig und weder mit Kosten noch mit anderen Verpflichtungen verbunden. Sie haben jederzeit das Recht, ohne Angabe von Gründen die weitere Teilnahme an der Studie zu beenden. Eine solche Entscheidung wird das Verhältnis zu den Studienmitarbeiterinnen nicht beeinflussen. Wenn Sie sich zu einem vorzeitigen Ausscheiden entscheiden, teilen Sie uns dies bitte mit. Es werden in unserer Datenbank dann keine weiteren Daten über Sie hinzugefügt.

Honorar und Kosten

Es kann weder ein Honorar noch eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden.

Versicherungsschutz

Ein gesonderter Versicherungsschutz wurde für Sie nicht abgeschlossen. Die Studienmitarbeiter/innen sind durch die bestehende Betriebshaftpflicht-Versicherung gegen Haftungsansprüche, die aus schuldhaftem Verhalten resultieren können, versichert.

Fragerecht/Mitteilungspflicht

Wenn Sie bisher nicht beantwortete Fragen zu der Studie haben oder wenn Sie Hilfe oder eine Beratung wünschen, können Sie gerne die Koordinatorin der Studie fragen:

Kontakt:

Frau Le

Tel.: **030/450-529155**

E-Mail: **thi-huyen-trang.le@charite.de**

Fax: **030/ 450 529 972**

Die Studienkoordinatorin ist Mitarbeiterin des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin (CC1), Virchowweg 22, 10117 Berlin.

Für Ihre Entscheidung, an dieser Studie teilzunehmen, können Sie sich so viel Bedenkzeit wie nötig nehmen.

Datenschutz

Durch Ihre Unterschrift auf der Einwilligungserklärung, die Ihnen die Interviewerin am Tag des Interviews vorlegen wird, erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Studienmitarbeiterinnen Ihre Aussagen im Interview zum Zweck der Studie erheben und gemeinsam mit den Angaben aus der ACHE-Studie verarbeiten dürfen. Die Verarbeitung, die im Rahmen der Studie erhobenen Daten erfolgt, wird vollständig pseudonymisiert. Hierzu ersetzen die Studienmitarbeiterinnen Ihren Namen durch eine Codenummer (Pseudonymisierung der Daten). Auf den Codeschlüssel, der es erlaubt, Ihre Daten mit Ihnen in Verbindung zu bringen, haben nur autorisierte Studienmitarbeiterinnen Zugriff. Alle vorhandenen Daten werden unter Wahrung des Datenschutzes verarbeitet und für den Zeitraum von zehn Jahren aufbewahrt. Eine Datenübermittlung an unbefugte Dritte ist ausgeschlossen. Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO). Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden (Art. 16 DS-GVO). Wenn Sie eine Anfrage machen wollen, wenden Sie sich bitte an die Studienkoordinatorin, deren Adresse und Telefonnummer Sie am Ende dieser Information finden. Bitte beachten Sie, dass die Ergeb-

nisse der Studie in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht werden können, wobei Ihre Identität anonym bleibt. Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken (Art. 18 DS-GVO). Zusätzlich können Sie die Löschung bzw. Vernichtung Ihrer Daten verlangen (Art. 17 DS-GVO). Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen (Art. 21 DS-GVO).

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist.

Kontakt:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Adresse: **Friedrichstraße 219, 10969 Berlin**

Tel.: **+49 30 13889-0**, E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

Wer ist im Krankenhaus der Ansprechpartner für datenschutzrechtliche Fragen?

Bei datenschutzrechtlichen Fragen wenden Sie sich bitte zunächst an der Studienleiterin in der Charité. Sollte diese Ihnen nicht weiterhelfen können, haben Sie die Möglichkeit auch mit der Stabsstelle Datenschutz der Charité Kontakt aufzunehmen:

Kontakt:

Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte

Stabsstelle Datenschutz

Adresse: **Charitéplatz 1, 10117 Berlin**

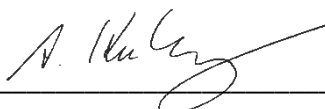
Tel.: **+49 30 450 580 016**, E-Mail: datenschutz@charite.de

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse und würden uns über Ihre Teilnahme an unserer Studie freuen.



Dr. Dagmar Dräger

Projektleitung



Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier

Institutsleitung

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité, Universitätsmedizin
Berlin



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaft

Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

Hausanschrift: Luisenstraße 57, 10117 Berlin

<http://medsoz.charite.de/institut/>

Studie „Resilienz“

Projektleitung: Dr. Dagmar Dräger

Leitung Bereich Altersforschung

Tel. 030/450-529193

Fax +49/30/450-529984

Dagmar.draeger@charite.de

Projektkoordination: Frau Le

Tel. 030/450-529155

thi-huyen-trang.le@charite.de

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie: „Stärkung von Resilienz bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen“

Hiermit erkläre ich, Studienteilnehmer/-in

Vorname, Name

Vollständige Anschrift

Telefonische Erreichbarkeit

geboren am

Teilnehmer-Nr.: _____,
Bitte nicht ausfüllen, wird später nachgetragen

dass ich durch Frau (Interviewerin):

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Virchowweg 22, 10117 Berlin

mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o. g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit der Studienleitung bzw. einer Studienmitarbeiterin zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Teilnehmerinformation verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung- und Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie mich betreffende personenbezogene Daten/Angaben durch Studienmitarbeiter/-innen erhoben, pseudonymisiert auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und gemeinsam mit den Daten aus der Studie ACHE verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.

Ich bin bereit, an den wissenschaftlichen Befragungen im Rahmen der o. g. Studie teilzunehmen.

Berlin, den

Unterschrift des/der Teilnehmers/-in

Hiermit erkläre ich, den/die o. g. Teilnehmer/-in am _____ über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o. g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Aufklärende Studienmitarbeiterin:

Berlin, den

Name des/der aufklärenden Studienmitarbeiter/-in in
Druckbuchstaben

Unterschrift des/der aufklärenden Studienmitarbeiter/-in

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin

Charitéplatz 1 | 10117 Berlin | Telefon +49 30 450-50 | www.charite.de

Interviewleitfaden: Resilienz

Im Folgenden werde ich Sie immer wieder bitten, mir Situationen zu erzählen, die über Ihr Leben im Allgemeinen und mit Ihrer jetzigen Situation zu tun haben.

Resilienzprozess im Allgemeinen

Als Erstes würde ich Sie gerne als Person näher kennen lernen. Deswegen würde ich Sie bitten, mir über ein Erlebnis aus Ihrem Leben, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist, zu erzählen. (Nehmen Sie sich dafür ruhig Zeit.)

Bitte schildern Sie mir über eine herausfordernde Situation aus Ihrem Leben?

Erzählen Sie mir bitte, was Ihnen bisher im Leben wichtig war/ist?

➔ Nachfrage: Erzählen Sie mir bitte, was Sie gemacht haben, um das zu fördern?

Resilienzprozess bei chronischen Schmerzen

Können Sie mir bitte erzählen, wie sich Ihr Schmerz bis heute entwickelt hat?

➔ Nachfrage: Wie haben Sie den Schmerz zum ersten Mal im Leben wahrgenommen? / Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal diese Schmerzen verspürten? ➔ Wie haben Sie das erlebt?

Welche Schwierigkeiten sind aufgetreten, seitdem Sie Schmerzen haben?

Alltagsbewältigung

• Können Sie mir bitte beschreiben, wie Ihr typischer Tag abläuft? Beginnen Sie bitte morgens nach dem Aufwachen an.

➔ Nachfrage: Welche Tage verlaufen ggf. anders?

➔ Nachfrage: Bitte erzählen Sie mir, wie diese Tage anders verlaufen?

➔ Nachfrage: (Sie sagten, dass Sie Bsp. Zum Malkurs gehen) Wie kamen Sie zu diesem Angebot/ Hobby/ dieser regelmäßigen Beschäftigung?

• Bitte erzählen Sie mir, welche Personen für Sie wichtig sind.

➔ Nachfrage: Können Sie mir das bitte begründen? / Was ist das Besondere an dieser Person?

➔ Nachfrage: Mit welchen Personen können Sie im Alltag über Ihren Schmerz austauschen?

➔ Nachfrage: Können Sie mir das bitte begründen? / Was ist das Besondere an dieser Person?

Wünsche

• Erzählen Sie mir bitte, welche Wünsche Sie für die nächste Zeit haben?

➔ Nachfrage: Können Sie mir erzählen, welchen speziellen Wunsch Sie in Bezug auf die Schmerzen haben?

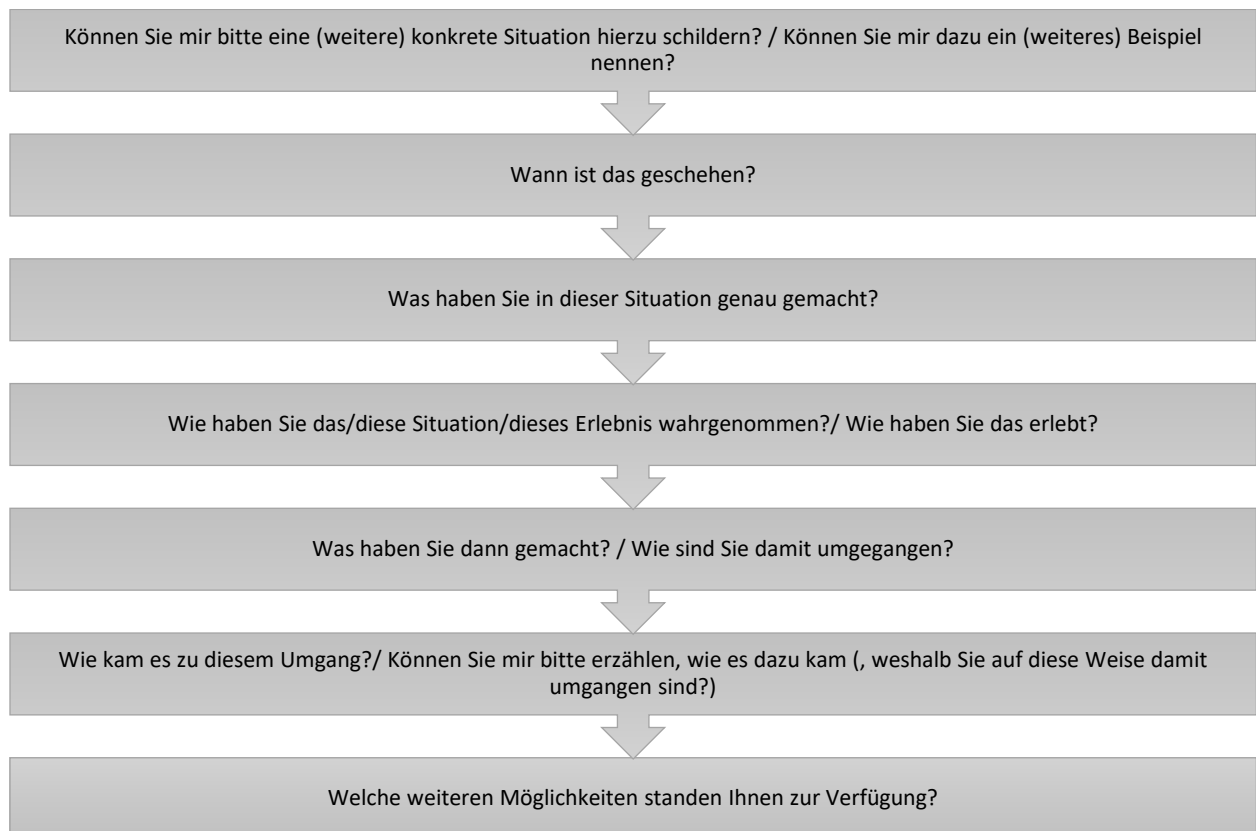
➔ Nachfrage: Können Sie mir erzählen, welchen speziellen Wunsch Sie in Bezug auf die Alltagsversorgung/ den Alltag haben?

Abschluss

- Wenn Sie nochmal über das Gespräch und über Ihre Schmerzen nachdenken. Gibt es Themen, die Sie noch gerne erwähnen wollen, die Ihnen wichtig erscheinen oder auch Themen die wir besprochen haben und die Sie nochmal unterstreichen möchten. Bitte nehmen Sie sich ruhig Zeit und erzählen Sie ganz in Ruhe.

mögliche Aufrechterhaltungsfragen: Was bedeutet das für Sie?; Haben Sie dazu ein weiteres Beispiel?; Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?; Bitte erzählen Sie mir eine weitere Situation.; Bitte schildern Sie mir eine konkrete Situation.; Können Sie mir weitere Beispiele hierzu nennen?; Möchten Sie mir darüber mehr erzählen?; Wie läuft es da ab?; Was machen Sie da?; Wie kam es dazu?; Wie haben Sie es erlebt?; Wann ist das passiert?; Wie sind Sie damit umgegangen?

Möglicher Nachfrageverlauf



Postskriptum
Studie „Resilienz von älteren pflegebedürftigen Menschen mit chronischen
Schmerzen“

Allgemeines:

ID:		Interviewerin:	
Datum vom Interview:		Datum vom Protokoll:	
Beginn des Gespräches:	Dauer des Interviews (in min.):	Ende des Gespräches:	

Wohnsituation/Wohnumfeld:

Wie lebt der Teilnehmer?

- Allein Bei der Familie Im Betreuten Wohnen
 Pflegekraft / Assistent wohnt dort
 Sonstiges: _____

Auf welcher Etage wohnt der Teilnehmer?

- Erdgeschoss
_____ Etage

Zugang zur Wohnung (mehrere Kreuze möglich):

- Treppen Aufzug Rampe

Wurden die Haus- und Flurtüren behindertengerecht umgebaut? (Bsp. Automatantrieb bei Brand-
schutztüren)

- Ja Nein [In Planung / beantragt]

Wurden die Wohnungstüren behindertengerecht umgebaut? (ohne Schwelle, breit)

- Ja Nein [In Planung / beantragt]

Keine Schwellen in der Wohnung, aber zum Balkon, Türen nicht verbreitert

Mobilität des Teilnehmers:

- Mit Krücken Gehstock Rollstuhl
 Rollator Selbständig ohne Hilfsmittel
 Sonstiges: _____

Bewegungsspielraum des Teilnehmers:

- Fahrdienst selbständig Autofahren Öffentliche Verkehrsmittel
 Sonstiges: _____

Beschreibe deinen Weg bis zur Wohnung des Patienten. Wähle dir selber den Startpunkt aus.

Beschreibe die Wohnung des Patienten?

Interview:

Gespräche vor Einschalten des Aufnahmeegeräts:

Interviewsituation/ Verlauf des Gesprächs & Gesprächsatmosphäre:

Schwerpunktsetzung des/der Interviewten:

Thematische Auffälligkeiten:

Besondere Vorkommnisse/ Störungen während des Interviews:

Wahrnehmung der Person (Mimik, Gestik, Haltung, Verhalten, Erscheinungsbild, usw.)

Gespräche während der Pause/ nach Abschalten des Aufnahmegeräts:

Sonstige Auffälligkeiten, Informationen o. ä. (zum oder außerhalb des Gespräches):

Was war mein Eindruck oder Gefühl, nachdem ich die Wohnung verlassen hatte? Begründe.

Selbstreflexionsbogen
Studie „Resilienz von älteren pflegebedürftigen Menschen
mit chronischen Schmerzen“

Allgemeines

ID:		Interviewerin:	
Datum vom Interview:		Datum vom Protokoll:	
Beginn des Gespräches:	Dauer des Interviews (in min.):	Ende des Gespräches:	

Mit welchen Erwartungen werde ich jetzt in das Interview reingehen? (vor dem Interview ausfüllen!)

Welche Informationen erhoffe ich mir? (vor dem Interview ausfüllen!)

In welchen Momenten wurde ich überrascht? Begründe.

In welchen Passagen kommt eine Überforderung durch den offenen Erzählstimulus zum Ausdruck?
(beim Pretest relevant)

Welches „Tempo“ wurde eingeschlagen, d.h. bei welchen Erzählaspekten wurde länger verweilt, welche wurden nur kurz gestreift? (beim Pretest relevant)

In welchen Passagen hätte ich intensiver nachfragen sollen?

Wie war mein Verhalten während des Gespräches?

Was habe ich aus dem Interview gelernt?

Welche Tipps und Hinweise möchte ich meinen Kolleginnen mitgeben?

Sonstiges

Richtlinien der Transkription in Anlehnung von „Talk in Qualitative Research“ nach Bohnsack

(.)	Pause bis zu einer Sekunde
(2)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert
<u>nein</u>	betont
nein	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/der Sprecherin)
°nee°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/ der Sprecherin)
.	stark sinkende Intonation
;	schwach sinkende Intonation
?	stark steigende Intonation
,	schwach steigende Intonation
viellei-	Abbruch eines Wortes
nei::n	Dehnung, die Häufigkeit vom: entspricht der Länge der Dehnung
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerungen
()	unverständliche Äußerungen, die Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der unverständlichen Äußerung
((stöhnt))	Kommentar bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nichtverbalen oder gesprächsexternen Ereignissen; die Länge der Klammer entspricht im Falle der Kommentierung parasprachlicher Äußerungen (z. B. Stöhnen) etwa der Dauer der Äußerung. In vereinfachten Versionen des Transkriptionssystems kann auch Lachen auf diese Weise symbolisiert werden. In komplexeren Versionen wird Lachen wie folgt symbolisiert:
@nein@	lachend gesprochen
@(.)@	kurzes Auflachen
@(3)@	3 Sek. Lachen

für biographische Interviews zusätzlich:

//mhm// Hörersignal des Interviewers, wenn das „mhm“ nicht überlappend ist

Groß- und Kleinschreibung:

Hauptwörter werden großgeschrieben. Nach Satzzeichen wird klein weitergeschrieben, um deutlich zu machen, dass Satzzeichen die Intonation anzeigen und nicht grammatikalisch gesetzt werden.

Zeilennummerierung:

Zum Auffinden und Zitieren von Transkriptstellen ist es notwendig, eine durchlaufende Zeilennummerierung zu verwenden.

Bei allen Transkripten zu Beginn vermerken: Codename der Gruppe, Dauer der Passage (bspw. 10 Minuten), Kürzel für die Personen, die transkribiert haben.

Maskierung:

Allen Personen einer Gruppendiskussion wird ein Buchstabe zugewiesen. Diesem wird je nach Geschlecht „f“ (für weiblich) oder „m“ (für männlich) hinzugefügt. Die Zuweisung lautet bei einer Diskussion mit 2 Mädchen und 3 Jungen bspw.: Af, Bf, Cm, Dm, Em. Dieser Buchstabe bleibt auch bei allen etwaigen weiteren Erhebungen bzw. bei der teilnehmenden Beobachtung bestehen, bei denen die Person beteiligt ist. Ist eine Person an einem biographischen Interview beteiligt, so erhält sie einen erdachten Namen, der mit dem zugewiesenen Buchstaben beginnt (bspw.: Bm, Berthold). Alle Ortsangaben (Straße, Plätze, Bezirke) werden maskiert. Namen, die im Interview genannt werden, werden durch erdachte Namen ersetzt. Dabei versuchen wir, einen Namen aus dem entsprechenden Kulturkreis zu nehmen, bspw. könnte „Mehmet“ zu „Kamil“ werden.