

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
M. A. Bildungs- und Erziehungswissenschaften
Rehabilitationspädagogik
Fallanalyse

Modul: MM 23 Theorien und Modelle in der Rehabilitation
Dozentin: Prof. Dr. Gisela Christel Schulze

Der Fall W. D.

ICF-bezogene Person-Umfeld-Analyse eines 77-Jährigen Hirninfarkt-Rehabilitanden nach Schulze
mit einer Integration des Interaktionsmodells zum Identitätskonzept von Frey

Verfasser: Christina Christ
Matrikelnr.: [REDACTED]
christina.christ@uni-oldenburg.de

Ingo Cordes
Matrikelnr.: [REDACTED]
ingo.coordes@uni-oldenburg.de

Anna Meyer
Matrikelnr.: [REDACTED]
anna.simonova@uni-oldenburg.de

Frank Seyer
Matrikelnr.: [REDACTED]
frank.seyer@uni-oldenburg.de

Abgabedatum: 13.07.2012

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Theoretische Grundlagen – Teil I.....	3
2.1 Biopsychosoziales Modell.....	3
2.2 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.....	4
2.3 Feldtheorie von Kurt Lewin und Person-Umfeld-Analyse nach Gisela Christel Schulze.....	6
2.4 Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Hans-Peter Frey.....	10
2.5 Schlaganfall.....	14
2.6 Zwischenfazit – Theoretische Grundlagen.....	16
3. Empirie – Teil II.....	18
3.1 Fragestellung.....	18
3.2 Methodisches Vorgehen.....	18
3.3 Fallvorstellung – Der Fall W.D.	21
3.4 Ergebnisdarstellung – ICF-bezogene Person-Umfeld-Analyse und Identitätskonzept.....	22
3.4.1 <i>Familialer Wirkungsraum</i>	22
3.4.2 <i>Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit)</i>	26
3.4.3 <i>Alternativer Wirkungsraum (Freizeit)</i>	30
3.4.4 <i>Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup)</i>	32
3.4.5 <i>Umwelt/situative Bedingungen</i>	34
3.4.6 <i>Epoche/Gesellschaft</i>	37
3.4.7 <i>Identitätskonzept von W.D.</i>	44
3.6 Zwischenfazit – Empirie.....	45
4. Intervention – Teil III.....	50
4.1 Definition und Ziele von Intervention in der Rehabilitation.....	50
4.2 Biopsychosoziale Ziele in der Rehabilitation von W.D.	51
4.3 Zwischenfazit – Intervention.....	54
5. Gesamtfazit und Ausblick.....	56
Literatur.....	58
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	65
Anhang.....	66

1. Einleitung

Jährlich ereignen sich in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt ca. 262.000 Schlaganfälle (vgl. Heuschmann et al., 2010, S. 334). Bereits die direkten Kosten für die Versorgung von Patienten/-innen mit einem erstmaligen ischämischen Hirninfarkt werden sich hierzulande bis zum Jahr 2025 schätzungsweise auf ca. 108.6 Milliarden Euro belaufen (vgl. Kolominsky-Rabas et al., 2006, S. 1181). In Anbetracht des mit 76.3 Jahren bei Frauen sowie 70.6 Jahren bei Männern (vgl. ebd.) relativ hohen Durchschnittsalters für das Auftreten eines ersten Schlaganfalls und des demografischen Wandels, ist zukünftig von einem weiteren Anstieg und einer zunehmenden gesellschaftlichen Relevanz dieser Erkrankung auszugehen.

Persönlich „trifft der Schlag“ Menschen darüber hinaus oft „aus heiterem Himmel“ als ein individueller Lebenschnitt, der häufig mit körperlichen, psychischen sowie sozialen Krankheitsfolgen verbunden ist. Diese multifaktoriellen Auswirkungen verlangen, neben der eigentlichen medizinischen Diagnose, einen generischen Ansatz zur Beschreibung der spezifischen Lebenssituation von betroffenen Individuen.

In der vorliegenden Arbeit wird, ausgehend vom Paradigma des biopsychosozialen Modells, eine ICF-bezogene Person-Umfeld-Analyse nach Schulze (vgl. 2001; 2003; 2008; 2010) mit einem 77-Jährigen Hirninfarkt-Rehabilitanden durchgeführt. In die Analyse wird das Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Frey (vgl. 1983) integriert. Damit soll eine komplexe Darstellung der aktuellen Lebenssituation aus der Perspektive des Rehabilitanden erreicht werden, mit dem Ziel, daraus potenzielle biopsychosoziale Interventionsmaßnahmen abzuleiten.

Diese Arbeit integriert auf der theoretischen Ebene das biopsychosoziale Modell, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die Person-Umfeld-Analyse nach Schulze sowie das Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Frey, um eine möglichst umfassende Analyse der aktuellen Lebenssituation eines 77-Jährigen Hirninfarkt-Rehabilitanden zu gewährleisten, die Ergebnisse aber zugleich mithilfe der ausgewählten Theorien und Modelle auf ein verständliches Maß zu reduzieren. Auf der empirischen Ebene werden Methoden der qualitativen Sozialforschung verwendet, da diese Verfahren eine subjektbezogene, ganzheitliche sowie problemorientierte Erfassung der individuellen Lebenssituation einer Person ermöglichen und somit den Zielen dieser Arbeit gerecht werden. Dafür wird der Rehabilitand als „Experte seiner selbst“ eingestuft und seine „innere Logik“ nachvollziehbar aufgearbeitet. Insgesamt soll daraus ein differenziertes Verstehen des Falls resultieren, auf dessen Grundlage biopsychosoziale Interventionsmaßnahmen abgeleitet werden, die auf die spezifischen Bedürfnisse des Betroffenen abgestimmt sind und somit auf der praktischen Ebene der Umsetzung möglicherweise eine höhere Compliance des Rehabilitanden erreichen.

1. Einleitung

Zu diesem Zweck werden im ersten Teil die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit dargestellt. Hierzu zählen das biopsychosoziale Modell (Kapitel 2.1) und die ICF (Kapitel 2.2), die Person-Umfeld-Analyse nach Schulze, die aus dem feldtheoretischen Ansatz von Kurt Lewin entwickelt wurde (Kapitel 2.3) sowie das Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Frey (Kapitel 2.4). Neben diesen Theorien und Modellen beinhaltet der erste Teil wesentliche Informationen zum Thema „Schlaganfall“ (Kapitel 2.5).

Im zweiten, empirischen Teil der vorliegenden Arbeit werden die Fragestellung (Kapitel 3.1), das methodische Vorgehen (Kapitel 3.2) und die Ergebnisse der ICF-bezogene Person-Umfeld-Analyse unter Berücksichtigung des Identitätskonzeptes geschildert (Kapitel 3.3). Zudem wird im empirischen Teil der Fall W.D. und damit die Ausgangssituation der Analyse eines 77-jährigen Hirninfarkt-Rehabilitanden vorgestellt (Kapitel 3.4).

Der dritte Teil der vorliegenden Arbeit beinhaltet die Intervention. Hier werden Definitionen und Ziele von Interventionen in der Rehabilitation (Kapitel 4.1) sowie die aus der Analyse abgeleiteten potenziellen Interventionsmaßnahmen für den Fall W.D. thematisiert (Kapitel 4.2).

2. Theoretische Grundlagen – Teil I

2.1 Biopsychosoziales Modell

Die vorliegende Arbeit ist am biopsychosozialen Modell orientiert und damit an einem Paradigma, welches nach Jungnitzsch (vgl. 2009, S. 33-34) die biologischen, psychologischen sowie sozialen Bedingungen in kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen versteht. Begründet wurde diese Sichtweise nach dem zweiten Weltkrieg von dem deutschen Mediziner Thure von Uexküll als Kritik an einem ausschließlich biomedizinischen oder psychoanalytischen Verständnis von Krankheit (vgl. Brätigam, Christian & Rad, 1997, S. 73). Uexkülls Einwand richtete sich demnach sowohl gegen eine fast völlig *seelenlose Körpermedizin*, als auch gegen eine weitgehend *körperlose Seelenmedizin* (vgl. ebd.). Ausgehend von einer Ablehnung dieser „Leib-Seele-Trennung“ entwickelte er nach dem Konzept der Systemtheorie ein Modell, das die Beziehungen zwischen (1.) Organismus und Umwelt sowie (2.) biologischen, psychischen und sozialen Vorgängen berücksichtigte (vgl. ebd.). Die Bezeichnung „Biopsychosoziales Modell“ wurde allerdings erst später durch den amerikanischen Medizinthoretiker George L. Engel in seinen 1977 und 1980 publizierten Artikeln „The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine“ (vgl. Engel, 1977, S. 129-136) sowie „The Clinical Application of the Biopsychosocial Model“ (vgl. Engel, 1980, S. 535-544) geprägt.

Inhaltlich ist dieses Modell nach Lindau et al. (vgl. 2003, S. 4) durch die folgenden vier Kernaussagen gekennzeichnet:

1. Es orientiert sich mehr an Gesundheit als an Krankheit und versucht somit die positiven Aspekte zu bekräftigen.
2. Es hat eine analytische Kapazität für Gesundheits- und Krankheitsergebnisse, welche über die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung hinausgehen.
3. Es betrachtet die Gesundheit für jeden Menschen individuell und legt Wert auf die biophysiologicalen, die psychokognitiven und die sozialen Komponenten.
4. Es sieht das Leben als dynamischen Prozess und verbindet Gesundheitsänderungen mit Änderungen der Lebenssituation.

Darüber hinaus werden Gesundheit und Krankheit im biopsychosozialen Modell nicht als dichotome Entitäten betrachtet, sondern als Endpunkte eines Kontinuums, in dem der Auftretenszeitpunkt, die Chronizität und die Auswirkungen auf das Funktionieren im Alltag relevant für die Krankheitsbelastung sind (vgl. Koll, Scholz & Rieckmann, 2005, S. 19). Des Weiteren ist die Unterscheidung nach einem gesunden oder kranken Zustand vom subjektiven Befinden der betroffenen Person sowie von sozialen und moralischen Werten und Normen abhängig (vgl. ebd.).

2.2 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* wurde im Mai 2001 von der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* verabschiedet (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 4). Als weiterentwickeltes Klassifizierungssystem der *Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)* basiert die ICF auf einem biopsychosozialen Modell (vgl. ebd., S. 5). Mit der ICF soll in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und ein Rahmen zur Beschreibung von Gesundheit sowie mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung gestellt werden (vgl. ebd., S. 9).

Die spezifischen Ziele der ICF sind folgende (vgl. ebd., S. 11):

1. Sie liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten.
2. Sie stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen, zu verbessern.
3. Sie ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf.
4. Sie stellt ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit.

Inhaltlich ist die ICF hierarchisch aufgebaut und in zwei Teile gegliedert (vgl. Rentsch & Bucher, 2006, S. 18). Der erste Teil umfasst *Funktionsfähigkeit und Behinderung* und der zweite Teil *Kontextfaktoren* (vgl. ebd.). Diese beiden Teilen sind wie folgt in insgesamt vier und jeweils zwei Komponenten differenziert (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 16):

Funktionsfähigkeit und Behinderung (Teil I)

- (1) Körperfunktionen und -strukturen
- (2) Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

Kontextfaktoren (Teil II)

- (3) Umweltfaktoren
- (4) Personbezogene Faktoren

Innerhalb dieser vier Komponenten existieren insgesamt fünf Konstrukte, die durch Beurteilungsmerkmale mit relevanten Codes definiert sind (vgl. ebd., S. 148). Die Konstrukte sind wie folgt auf die Komponenten aufgeteilt (vgl. ebd.):

Körperfunktionen und -strukturen

- (1) Veränderungen der Körperfunktionen
- (2) Veränderungen der Körperstrukturen

Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

- (3) Leistungsfähigkeit
- (4) Leistung

Umweltfaktoren

- (5) Förderfaktoren und Barrieren

Personbezogene Faktoren

- derzeit nicht in der ICF klassifiziert

Diese vier Komponenten mit ihren Konstrukten sind wiederum in verschiedene Domänen aufgeteilt, die physiologische Funktionen, anatomische Strukturen, Handlungen, Aufgaben oder Lebensbereiche zusammenfassen (vgl. ebd.). Letztlich bestehen die Domänen aus unterschiedlichen Kategorien, die Klassen oder Teilklassen sind und auf verschiedenen Ebenen verteilt sind (vgl. ebd.). Aus den Teilen, Komponenten, Domänen und Kategorien ergibt sich insgesamt die hierarchische Struktur der ICF (vgl. Abb. 1).

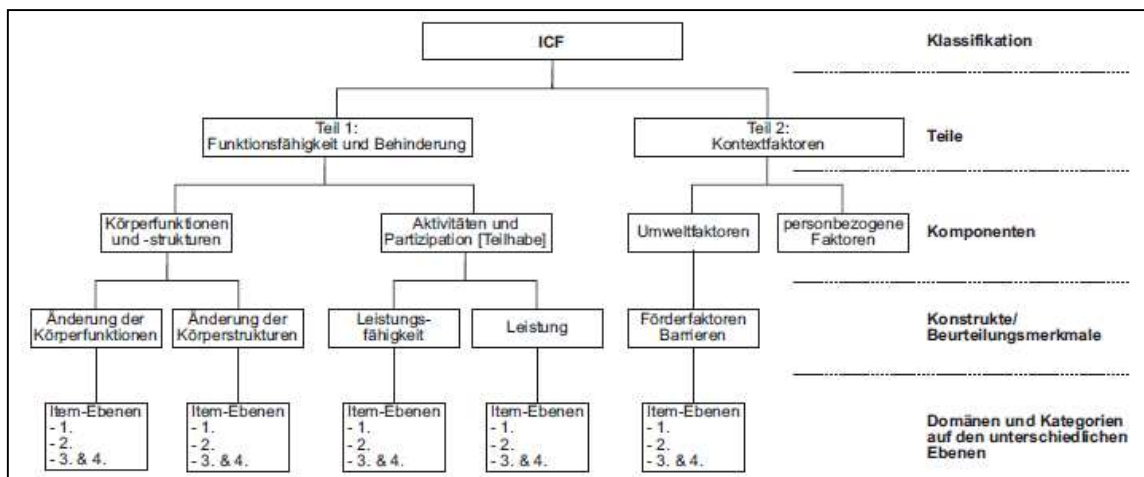


Abb. 1: Struktur der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 147)

Die in Abbildung 1 dargestellten Komponenten stehen darüber hinaus in komplexen und dynamischen Wechselbeziehungen zueinander (vgl. ebd., S. 23; Abb. 2). Aus diesen komplexen und dynamischen Wechselbeziehungen zwischen den Komponenten des Körpers, der Aktivität, der Partizipation sowie der Kontextfaktoren resultiert das Gesundheitsproblem im Sinne der ICF. Dementsprechend ist eine Person unter Berücksichtigung ihrer Kontextfaktoren *functional gesund*, wenn (1.) ihre körperlichen Funktionen

2. Theoretische Grundlagen – Teil I

und Strukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen, (2.) sie das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivität) und (3.) sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation) (vgl. ebd., S. 4). Die Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) bestimmen dabei das Ausmaß der Funktionsfähigkeit eines Menschen (vgl. ebd., S. 24). Unter Berücksichtigung dieser sozialen Aspekte ist Behinderung kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, die stark vom gesellschaftlichen Umfeld abhängen (vgl. ebd., S. 25). Auf der Grundlage eines biopsychosozialen Paradigmas soll die ICF im Endeffekt eine kohärente Synthese zwischen einer medizinischen und einer sozialen Perspektive von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene ermöglichen (vgl. ebd., S. 25).

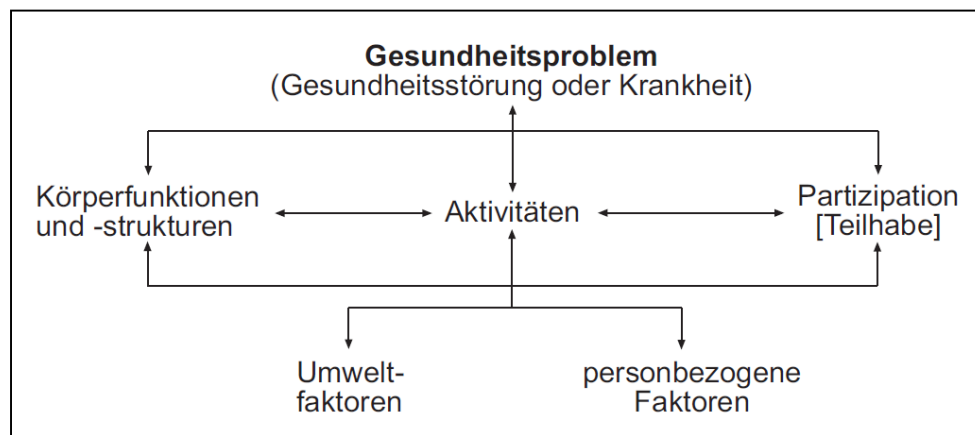


Abb. 2: Wechselbeziehungen zwischen den Komponenten der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 23)

2.3 Feldtheorie von Kurt Lewin und Person-Umfeld-Analyse nach Gisela Christel Schulze

Im Jahr 1951 erschien in den USA das Buch „Field Theory in Social Science“ von Kurt Lewin (vgl. Lang & Lohr, 1963, S. 380), der als Gründer der modernen experimentellen Sozialpsychologie gilt (vgl. Schulze, 2010, S. 133). Die Feldtheorie entwickelte sich allerdings bereits seit 1927 kontinuierlich aus der Willens- und Gestaltpsychologie (vgl. ebd., S. 134). Trotz dieses Ursprunges, geht die erkenntniskritische Bewältigung der zur Diskussion gestellten Probleme in Lewins Theorie weit über die Gestaltpsychologie hinaus (vgl. Lohr, 1963, S. 15). So weicht Lewin im Hinblick auf die Erklärungsebene von prominenten Vertretern der Gestaltpsychologie (z.B. Köhler, Koffka, Wertheimer) ab und hat den Anspruch eine völlig autochthone Psychologie zu entwickeln (vgl. ebd.). Bereits in seinen Aufsätzen über Genidentität (1922), die vergleichende Wissenschaftslehre (1925), über aristotelisches und galileisches Denken (1931) sowie über das Experiment in der Psychologie (1927), legte Lewin den wissenschaftstheoretischen Grundsatz der Feldtheorie, die nach seiner Emigration in die USA mit Schriften zur Topologie (1936) und Vektorpsychologie (1938) modifiziert und erweitert wurde (vgl. ebd.).

Inhaltlich distanziert sich Lewin mit seiner Feldtheorie aus wissenschaftstheoretischer Perspektive vom aristotelischen Kausalitätsbegriff, der einen Ursache-Wirkungszusammenhang von zwei zeitlich aufeinanderfolgenden Aspekten (auf a (t_1) folgt b (t_2)) erklärt (vgl. ebd., S. 20). Stattdessen betrachtet er Wirkungszusammenhänge als geschlossene Systeme und die Wirkungen stets im Systemzusammenhang (vgl. ebd.). Die Person und ihre Umwelt bilden in Lewins Theorie ein interdependentes und dynamisches System beziehungsweise das empirische Konstrukt eines Feldes (vgl. ebd., S. 28). Das Feld besteht aus einer Anzahl von systemisch variierten Situationen, woraus Vorhersagen über das Verhalten einer Person in einer bestimmten Situation gemacht werden sollen (vgl. ebd., S. 30-31). Daraus ergeben sich die beiden grundlegenden Sätze der Lewinschen Feldtheorie (vgl. 1963, S. 69):

1. Das Verhalten einer Person muss aus einer Gesamtheit der gegebenen Tatsachen im Feld abgeleitet werden.
2. Diese Tatsachen sind insofern als ein dynamisches Feld aufzufassen, als der Zustand jedes Teils eines Feldes von jedem anderen Teil abhängt.

Aus diesen beiden Grundsätzen leitet Lewin die allgemeine Annahme seiner Feldtheorie ab, nach der das Verhalten (V) eine Funktion der Person (P) und der Umwelt ist ($V = F(P, U)$), wobei P und U wechselseitig abhängige Größen sind (vgl. ebd.). In Anbetracht dieser Funktion wird deutlich, dass Lewin der Überzeugung ist, dass die psychologische Analyse des Verhaltens einer Person an der individuellen Welt dieses Menschen ansetzen muss (vgl. Lohr, 1963, S. 23). Diese individuelle Welt eines Menschen ist sein jeweiliger Lebensraum (vgl. ebd.).

Der *Lebensraum* umfasst die Gesamtheit aller psycho-biologischen Bedingungen sowie außerpsychologische Gesetze der Physik, Soziologie und Ökonomie, insoweit diese das Verhalten einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt bewusst oder unbewusst beeinflussen (vgl. ebd., S. 31). Dieser Raum einer Person gilt auch als „äußere Hülle“, die in sich geschlossen, allerdings umweltoffen ist (vgl. ebd.). Die Person tritt mit dieser „äußeren Hülle“ über das Sensorium (Gesamtheit aller Sinne) und das Motorium (Gesamtheit aller Handlungen) in Kontakt (vgl. ebd., S. 32). Der Punkt des Kontaktes markiert zugleich die Grenzzone zwischen Person und Umwelt (vgl. ebd.).

Zur Analyse des Verhaltens einer Person in ihrem Lebensraum zu einem bestimmten Zeitpunkt, bedient sich Lewin an folgenden formalen Erklärungssystemen (vgl. ebd. S. 23-26):

1. *Topologie* ist eine mathematische Disziplin, die sich ausschließlich mit den qualitativen Lageverhältnissen von Regionen und Verbindungsweisen zwischen diesen Regionen beschäftigt.
2. *Vektoren* sind psychologische Kräfte die im Lebensraum bestehen und das Verhalten einer Person in Bezug auf ihre Bedürfnisse sowie Ziele bestimmen.
3. *Hodologie* ist der Raum der ausgezeichneten Wege einer Person in einer topologischen Struktur, ausgehend von der gegenwärtigen Tätigkeitsregion im Lebensraum, hin zum Ziel.

2. Theoretische Grundlagen – Teil I

In Bezug auf die psychologischen Kräfte ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass diese den sogenannten *Valenzen* (Handlungsziele haben Valenzen = Aufforderungscharakter) und dem Zusammenhang verschiedener Valenzen zugrunde liegen (vgl. ebd., S. 28). Diesbezüglich unterscheidet Lewin zwischen positiven und negativen Valenzen (vgl. ebd.). Während ein für die Person anziehendes Handlungsziel mit einer positiven Valenz verbunden ist, wird ein abstoßendes Handlungsziel mit einer negativen Valenz belegt (vgl. Lewin, 1963, S. 289). In Abhängigkeit dieser Valenzen können die psychologischen Kräfte (Vektoren) Lokomotion bewirken, das heißt Veränderungen des Standortes einer Person in ihrem Lebensraum, womit dem Feld seine dynamische Eigenschaft verliehen wird (vgl. Lohr, 1963, S. 25).

Zusammenfassend können nach Schulze (vgl. 2010, S. 134-135), die sich auf Lewin (vgl. 1963, S. 102-106) bezieht, folgende Hauptmerkmale der Feldtheorie festgehalten werden:

1. Die Feldtheorie ist eine konstruktive Methode.
2. Die Feldtheorie hat einen dynamischen Ansatz.
3. Die Feldtheorie hat einen psychologischen Ansatz.
4. Der Ausgang der Feldtheorie ist eine Analyse von der Gesamtsituation.
5. Das Verhalten einer Person ist in der Feldtheorie eine Funktion des je gegenwärtigen Feldes.
6. Die Feldtheorie stellt psychologische Situationen mathematisch dar.

Eine Methode zur Erfassung und mathematischen Darstellung der Gesamtsituation einer Person ist die Person-Umfeld-Analyse (PUA) nach Schulze (vgl. 2001; 2003; 2008; 2010), deren grafische Grundform in Abbildung 3 abgebildet ist.

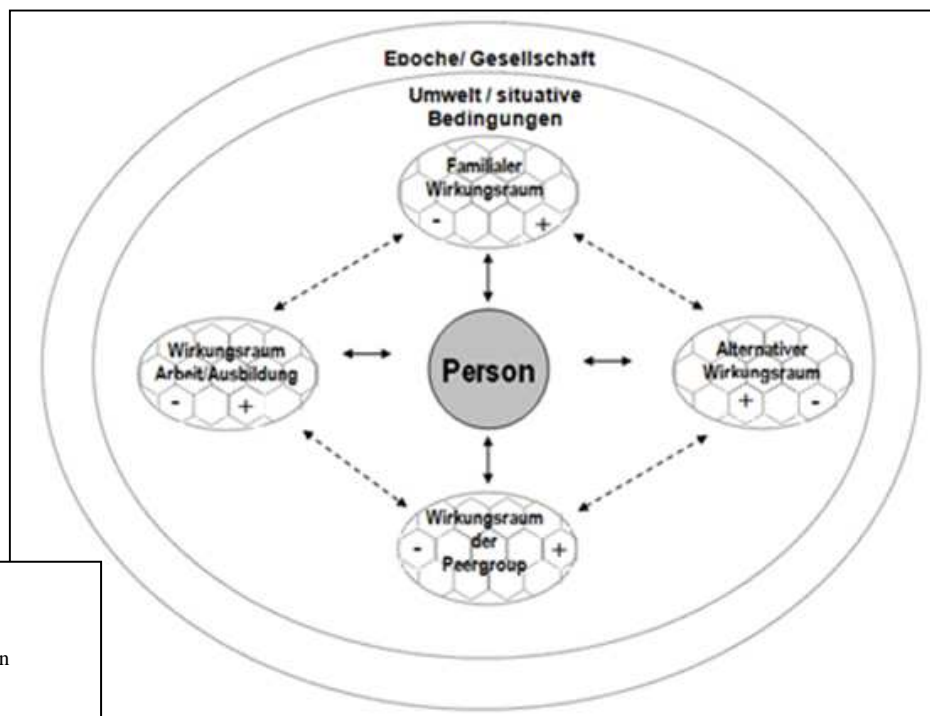


Abb. 3: Person in ihrem Lebensraum (Schulze, 2010, S. 136)

2. Theoretische Grundlagen – Teil I

Der *Wirkungsraum der Familie* ist primär gekennzeichnet durch den Personenkreis der unmittelbaren Familienmitglieder einer Person (vgl. Schulze, 2010, S. 137). Sekundär können hierzu aber auch weitere unmittelbare Verwandte zählen (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang sind auch Familienkonstellationen zu berücksichtigen, die nicht dem klassischen Familienmodell der Kernfamilie entsprechen, wie beispielsweise Stieffamilien (vgl. ebd.). Insgesamt umfasst der familiäre Wirkungsraum die sozio-strukturellen Daten der beteiligten Familienmitglieder, deren Wirkfaktoren, Beziehungen und Bindungen relevant für das im Zentrum der Person-Umfeld-Analyse stehende Individuum sind (vgl. ebd.).

Der *Wirkungsraum der Arbeit/Ausbildung* sowie deren Inhalte und zeitliche Dimensionen sind insbesondere für die Lebensgestaltung einer Person bedeutend und nehmen darüber hinaus eine zentrale Stellung für die Gestaltung von Kontakten sowie Kommunikationsprozessen ein (vgl. ebd.).

Der *Wirkungsraum der Peergroup* besteht aus Beziehungen zu gleich gesinnten Altersgenossen sowie Freunden und bietet Halt, Orientierung und Kontakte, die für die Herausbildung von Haltungen und Perspektiven entscheidend sind (vgl. ebd.). Nach Schulze (vgl. ebd.) haben Personen, die sozial gut integriert sind, in der Regel eine positive Einstellung zur Gesellschaft, während sich sozial schlecht integrierte Personen häufig innerlich Zurückziehen, bis hin zur freiwilligen Isolation, wodurch eine aktive Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft im Sinne der Partizipation gefährdet werden kann.

Der *alternative Wirkungsraum* beinhaltet die Interessen sowie Freizeitbeschäftigungen einer Person (vgl. ebd.). Weil die Aktivitäten in diesem Wirkungsraum hauptsächlich als attraktiv empfunden werden, ist dieser in der Regel durch einen hohen Aufforderungscharakter, d.h. eine hohe positive Valenz, gekennzeichnet (vgl. Schulze, 2008, S. 185; Schulze, 2003, S. 207). Nach Schulze (vgl. ebd.) gilt es, diese attraktiven Elemente zu analysieren, um daraus die Bedürfnisse und Motivationen der zentralen Person abzuleiten.

Die Ebene der *Epoche/Gesellschaft* soll gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, Tendenzen und Erwartungen darstellen, die als gesellschaftlich bedingte Faktoren direkt oder indirekt über die vier Wirkungsräume auf die Person einwirken (vgl. ebd.).

Die Ebene der *Umwelt/situativen Bedingungen* umfasst die konkreten spezifischen physischen (materiellen, räumlichen, zeitlichen etc.) sowie die individuellen psychischen Gegebenheiten der zentralen Person (vgl. ebd.). An den psychischen Gegebenheit sind stets andere Personen aus dem Lebensraum beteiligt, die mittelbar und unmittelbar auf das Individuum einwirken (vgl. ebd.).

Alle vier Wirkungsräume sowie die Epoche/Gesellschaft und die Umwelt/situativen Bedingungen, sind Bereiche, von denen (Feld-)Kräfte ausgehen und die in dynamischen Wechselbeziehungen zueinander sowie zur zentralen Person existieren (vgl. Schulze, 2003, S. 207-208). Im Spannungsverhältnis dieser Kräfte bestehen sogenannte „polare Gegensatzeinheiten“ von Bildungs- vs. Ablösungsprozessen sowie Attraktionen und Aversionen, die sich im Idealfall im Fließgleichgewicht miteinander und mit der

zentralen Person befinden (vgl. ebd., S. 208). Ist dies nicht so, können Barrieren und Konflikte entstehen. In der Feldtheorie sind Barrieren Hindernisse, die eine Person vom erwünschten Ziel trennen und Konflikte entgegengesetzt gerichtete, etwa gleich starke Feldkräfte, die gleichzeitig auf das Individuum einwirken (vgl. Schulze, 2008, S. 179). Nach Lewin (vgl. 1963, S. 293-300) und in Anlehnung an Schulze (vgl. 2008, S. 179) können folgende Konfliktsituationen differenziert werden:

1. *Appetenz-Appetenz-Konflikt*: In einer Entscheidungssituation wirken in Bezug auf zwei mögliche Ziele jeweils zwei positive Valenzen von annähernd gleicher Stärke, die sich gegenseitig ausschließen.
2. *Aversions-Aversions-Konflikt*: In einer Entscheidungssituation wirken in Bezug auf zwei mögliche Ziele jeweils zwei negative Valenzen von annähernd gleicher Stärke, die sich gegenseitig ausschließen.
3. *Appetenz-Aversions-Konflikt*: In einer Entscheidungssituation wirken in Bezug auf zwei mögliche Ziele jeweils eine positive und eine negative Valenzen von annähernd gleicher Stärke, die sich gegenseitig ausschließen.

Darüber hinaus unterscheidet Schulze (vgl. ebd.) in Bezugnahme auf Miller (vgl. 1944, S. 431-456) den doppelten Appetenz-Aversions-Konflikt, bei dem während einer Entscheidungssituation in Bezug auf zwei Ziele jeweils positive, als auch negative Valenzen von annähernd gleicher Stärke wirken, die sich gegenseitig ausschließen.

2.4 Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Hans-Peter Frey

Das Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Frey (vgl. 1983, S. 43-83), „das ursprünglich zur Untersuchung der Identität jugendlicher Straftäter konzipiert wurde“ (Cloerkes, 2000, S. 107), aber gegenwärtig auch bei Menschen mit einer angeborenen oder erworbenen Beeinträchtigung angewendet wird (vgl. ebd., S. 109), ist in erster Linie ein Handlungsmodell, in dessen Mittelpunkt die Verarbeitung von Fremdwahrnehmungen steht (vgl. ebd., S. 108). Neben einer interaktionistischen Sichtweise (vgl. ebd.), nach der eine Person durch die in der Öffentlichkeit der sozialen Umwelt ablaufenden Zuschreibungen von Merkmalen in einem sozialen System verortet wird (vgl. Frey, 1983, S. 43), berücksichtigt dieses Modell ebenso die innerpsychischen Prozesse im Individuum (vgl. Cloerkes, 2000, S. 108). Ausgehend von diesen beiden Perspektiven kann Freys Modell anschlussfähig in die Person-Umfeld-Analyse integriert werden.

Während der externe Aspekt vor allem auf den Status sowie den damit zusammenhängenden normativen und probabilistischen Rollenerwartungen einer Person bezogen ist, wird der interne Aspekt als reflexiver Prozess aufgefasst, bei dem ein Soziales Selbst und ein Privates Selbst unterschieden werden (vgl. Frey, 1983, S. 43-55). „Das Soziale Selbst bezeichnet die interne Ebene

der Selbsterfahrung, auf der die Person sich selbst aus der Perspektive ihrer sozialen Umwelt definiert.“ (Frey, 1983, S. 47) „Das Private Selbst bezeichnet die interne Ebene der Selbsterfahrung, in der die Person sich aus ihrer eigenen privaten Perspektive definiert.“ (Frey, 1983, S. 48) Daran anlehnend geht Frey (vgl. 1983, S. 50) davon aus, dass das Soziale Selbst und das Private Selbst zwei Ebenen der subjektiven Wirklichkeit einer Person sind, die einerseits aus der Sicht der sozialen Umwelt und andererseits aus der eigenen, privaten Perspektive strukturiert werden. Als vermittelnde Kategorie zwischen diesen divergierenden externen und/oder internen Zuschreibungen führt Frey (vgl. 1983, S. 15) als dritten Punkt den Integrations- und Balanceaspekt an (vgl. Cloerkes, 2000, S. 108). Dabei schlägt er vor, den Begriff „Identität“ lediglich auf die unter diesem Punkt bezeichnete intrapersonale Integrations- und Balanceleistung, d. h. auf die Ausbalancierung zwischen dem Sozialen Selbst und dem Privaten Selbst, anzuwenden (vgl. Frey, 1983, S. 58). Auf der Basis dieser intrapersonalen Integrations- und Balanceleistung präsentiert das Individuum die jeweils eigene Identität nach außen, d. h. die Person stellt sich selbst dar (vgl. Cloerkes, 2000, S. 108).

Zusammenfassend sind in Bezug auf die bisherigen Ausführungen und die unten angeführte grafische Darstellung von Clorkes (Abb. 4) als Ausgangspunkt des Interaktionsmodells zum Identitätskonzept von Frey die Interaktionspartner anzuführen, die einer Person als externer Aspekt aus der Umwelt den sozialen Status zuschreiben, sie anhand dessen bewerten und schließlich daran orientierte Erwartungen an das Individuum richten. Die als wichtig bewerteten Informationen aus den wahrgenommenen Erwartungen werden darauf folgend vom Sozialen Selbst, welches ein Teil des internen Aspektes im Individuum ist, ausgewählt, woraus insgesamt ein eigenes Bild von der Meinung anderer entsteht. Dieses Bild wird wiederum vom Privaten Selbst, welches ebenfalls ein Teil des internen Aspektes im Individuum ist, bewertet und entweder übernommen oder zurückgewiesen, woraus dann ein privates Bild von der eigenen Person entsteht. Die Balancierte Identität berücksichtigt nun als Integrations- und Balance-Aspekt sowohl das Private Selbst als auch das Soziale Selbst sowie die Rahmenbedingungen der Interaktion, andere Erfahrungen mit und über die Umwelt sowie bewusste und/oder unbewusste internalisierte Erfahrungen. Daraus leitet die Person ihr Handeln ab und bestimmt wiederum ihre Identitätsdarstellung gegenüber den Interaktionspartnern in der Umwelt, womit zugleich der End- als auch der Ausgangspunkt dieses zyklisch ablaufenden Interaktionsmodells markiert ist.

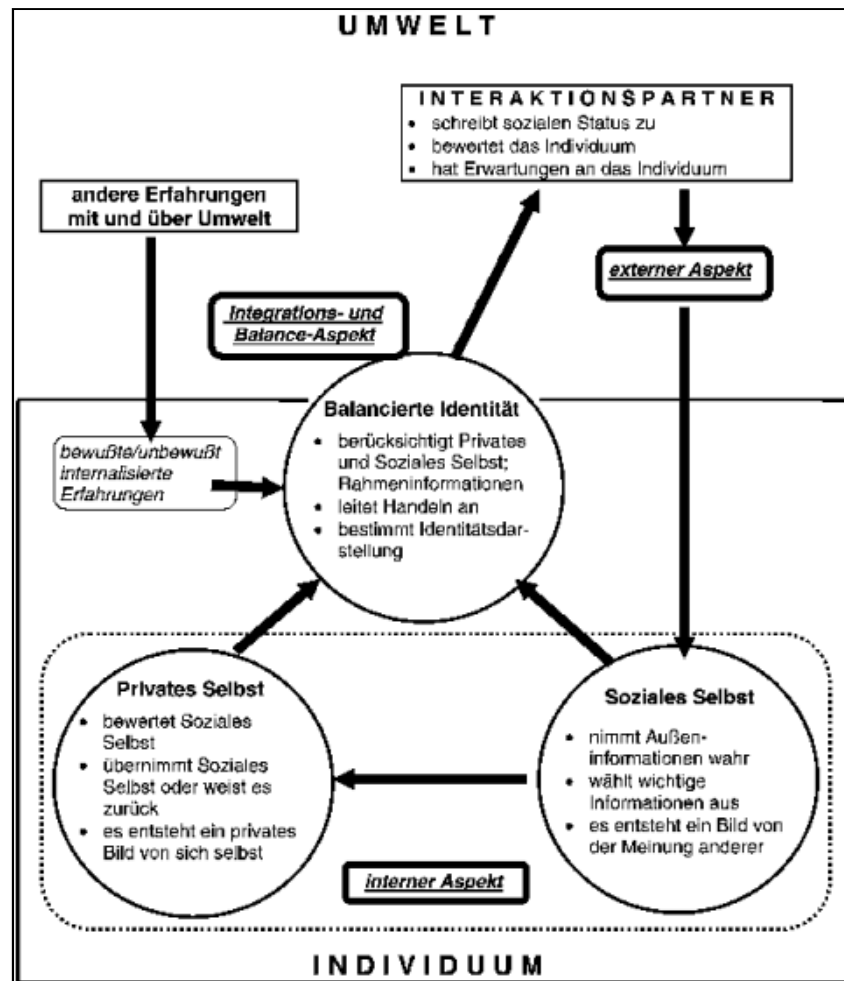


Abb. 4: Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Frey (Cloerkes, 2000, S. 108)

Im Zentrum dieses Modells steht die balancierte Identität, die bedeutend für die innere psychische Ausgeglichenheit ist und durch Identitätsprobleme aus dem Gleichgewicht geraten kann. Als Identitätsprobleme unterscheidet Frey (vgl. 1983, S. 58-72) zwischen Diskontinuität und Inkonsistenz.

Die Diskontinuität beschreibt er als einen Widerspruch zwischen den bisher angesammelten Erfahrungen eines Individuums und den neuen Erfahrungen des Selbst (vgl. ebd., S. 59). Diesbezüglich geht Frey (vgl. ebd., S. 58) davon aus, dass die psychischen Funktionen mit der sich ständig verändernden Person-Umwelt-Situation auch ihre Inhalte nach Art und Bedeutsamkeit wechseln und daraus jeweils unterschiedliche Momentaufnahmen von Selbst-Erfahrungen resultieren (vgl. ebd.). Kontinuität ist dabei nicht selbstverständlich, sondern muss vom Individuum durch die Ausbalancierung zwischen dem Sozialen Selbst und dem Privaten Selbst erst hergestellt werden und kann in unterschiedlichem Ausmaß durch Änderungen der Person-Umwelt-Beziehung (Statusänderungen) bedroht werden (vgl. ebd., S. 63). Insgesamt kann die balancierte Identität in diesem Zusammenhang als Interesse an Kontinuität der Selbst-Erfahrungen begriffen werden (vgl. ebd.). Während Kontinuität somit eher die zeitlichen Variationen umfasst, bezieht sich die Konsistenz dagegen auf die Teilnahme an mehreren Interaktionssystemen im gleichen Zeitraum (vgl. Cloerkes, 2000, S. 109).

Die Inkonsistenz bezeichnet dann, laut Frey (vgl. 1983, S. 59), das Problem der Diskrepanz zwischen den verschiedenen Ebenen und Bereichen des Selbst, das bei unterschiedlichen Inhalten, die sich aus z.T. unterschiedlichen Erfahrungsquellen an das Selbst richten, entstehen kann. Das Individuum muss dann zwischen verschiedenen Erwartungen wählen und Prioritäten setzen, wobei Kontinuität und Konsistenz gegeneinander abgewogen werden (vgl. Cloerkes, 2000, S. 109). An die Person wird damit die ständige Anforderung gestellt, die Kontinuität ihrer privaten Selbst-Erfahrung zu sichern und die Inkonsistenz zwischen sozialer und privater Selbst-Erfahrung auszugleichen bzw. erträglich zu halten (vgl. Frey, 1983, S. 71).

Während Kontinuität und Konsistenz die Behandlung von Umweltinformationen lediglich im Hinblick auf Bestätigung und Nichtbestätigung betreffen, unterscheidet das Individuum darüber hinaus auch zwischen angenehmen und unangenehmen Informationen (vgl. Cloerkes, 2000, S. 109). Ausgehend davon führt Frey (vgl. 1983, S. 73) das hedonistische Prinzip von Kaplan (vgl. 1975, S. 10) als Handlungspostulat ein, dass von Cloerkes (2000, S. 109) sinngemäß wie folgt übersetzt wurde: „Menschen bemühen sich, positive Selbsterfahrungen zu maximieren und negative Selbsterfahrungen zu minimieren.“ Frey (vgl. 1983, S. 72-74) beschreibt dies als Interesse an positiver Selbsterfahrung, wonach Personen versuchen, bedrohende Inkongruenzen, d. h. negative Selbsterfahrungen, abzubauen oder zu ändern und angenehme Inkongruenzen, d. h. positive Selbsterfahrungen, zu bestätigen bzw. aufrechtzuerhalten (vgl. ebd., S. 74). Aus diesem Handlungspostulat leitet Frey (vgl. ebd., S. 75-79) Identitätsstrategien ab, die sich seiner Ansicht nach auf zwei verschiedenen Ebenen, nämlich auf der kognitiven Ebene und der Handlungsebene, lokalisieren.

„Auf der kognitiven Ebene wird das Individuum versuchen, die Widersprüche und Diskrepanzen auf ein erträgliches Ausmaß zu reduzieren.“ (vgl. ebd., S. 75). Diesbezüglich führt Frey (vgl. ebd.) vor allem Arbeiten zur kognitiven Dissonanz von Festinger (vgl. 1957), Feldmann (vgl. 1966) und Abelson et al. (vgl. 1968) sowie zur Lösung kognitiver Konflikte von Berlyne (vgl. 1960; 1965) an, in denen thematisiert wird, mit welchen Möglichkeiten der Anpassung, Verzerrung, Assimilation, Gewichtung, selektiver Informationssuche usw., Identitätsproblemen auf kognitiver Ebene entgegengewirkt werden kann (vgl. Frey, 1983, S. 75). D. h., unangenehme Informationen können zum Beispiel selektiv bzw. verzerrt wahrgenommen, heruntergespielt, übersehen oder auch durch eine höhere Bewertung von positiven Informationen entwertet werden, womit eine Veränderung des Sozialen Selbst vermieden wird (vgl. Cloerkes, 2000, S. 109). Dadurch ist es möglich, ein positives Soziales Selbst trotz der Zuschreibung eines negativen Status zu bewahren (vgl. ebd.).

Auf der Handlungsebene kann das Individuum versuchen, die soziale Umwelt durch entsprechende Selbstdarstellung davon zu überzeugen, dass das Bild, welches die anderen haben, nicht stimmt (vgl. Frey, 1983, S. 76). D. h., die Person kann das Fremdbild durch Handlungen und Argumente korrigieren, wie beispielsweise mit dem Anzweifeln der Glaubwürdigkeit der Kritiker, der Kompensation von Mängeln durch besondere Leistungen sowie einer stärkeren Betonung anderer Qualitäten, dem

Entschuldigen für Versagen oder abweichendes Verhalten und auch dem Bagatellisieren oder der Leugnung von Abweichungen (vgl. Cloerkes, 2000, S. 110). Zusätzlich führt Frey (vgl. ebd., S. 77) neben der Selbstdarstellung als weitere Handlungsmöglichkeiten auch den Abbruch der Interaktionsbeziehungen und/oder die Zuwendung zu anderen Bezugspersonen bzw. Bezugsgruppen an.

2.5 Schlaganfall

In Anlehnung an die WHO (2012) kann unter einem Schlaganfall folgendes verstanden werden: „A stroke is caused by the interruption of the blood supply to the brain, usually because a blood vessel bursts or is blocked by a clot. This cuts off the supply of oxygen and nutrients, causing damage to the brain tissue.“ Nach Bone (vgl. 2011, S. 319) ist ein Schlaganfall „eine mit neurologischen Defiziten einhergehende zerebrovaskuläre¹ Erkrankung, die perakut² bis subakut³ als Folge einer Hirndurchblutungsstörung auftritt.“ Ringelstein und Nabavi (vgl. 2007, S. 20) bezeichnen den Schlaganfall „als ein klinisch definiertes Syndrom, das durch ein plötzlich einsetzendes, fokalneurologisches Defizit⁴ mutmaßlich vaskulärer Ursache gekennzeichnet ist.“ Innerhalb des Schlaganfalls wird differentialdiagnostisch des Weiteren hauptsächlich zwischen dem (1.) *Ischämischen Insult* und (2.) *Hämorrhagischen Insult* unterschieden (vgl. ebd., S. 20-22).

Während der ischämische Insult durch eine kurzzeitige oder permanente Reduktion oder durch eine komplette Unterbrechung des Blutflusses im Gehirn verursacht wird, ist ein hämorrhagischer Insult durch intrazerebrale Blutungen bedingt (vgl. Bone, S. 319, 320). Davon abzugrenzen ist eine transitorisch ischämische Attacke (TIA), die als ein flüchtiger Insult bestimmt wird, dessen fokale neurologische Symptome in der Regel weniger als eine Stunde, definitionsgemäß aber nicht länger als 24 Stunden anhalten und sich völlig zurückbilden (vgl. Busse, 2002, S. 163).

Der ischämische Insult, der Synonym auch als Hirninfarkt bezeichnet wird (vgl. Berlitz, 2005, S. 542), ist durch Sauerstoffmangel sowie einem damit verbundenen Defizit der Glukosekonzentration im Hirngewebe markiert (vgl. Pohl & Mehrholz, 2008, S. 3). Im Allgemeinen werden als Ursachen für einen ischämischen Insult vor allem Thromben (Verschluss einer Hirnarterie), Embolien (ein „gewanderter“ Thrombus) und systemische Hyperfusion (Minderdurchblutung) angeführt (vgl. Pohl & Mehrholz, 2008, S. 2). Diese Form des Schlaganfalles tritt in ca. 80 % der Fälle auf (vgl. Schroettle & Kuhlencordt, 2012, S. 33).

Bei einem hämorrhagischen Insult, der auch als Hirnblutung bezeichnet wird (vgl. Ringelstein & Nabavi, 2007, S. 20), kommt es hingegen zu kompakten Blutungen unterschiedlicher Größe in das Hirngewebe, in das Ventrikelsystem⁵ und zum Teil auch in den Subarachnoidalraum⁶ (vgl. Pohl &

¹ die Blutgefäße des Gehirns betreffend

² extrem schnell, außergewöhnlich plötzlich

³ mäßig schnell, relativ plötzlich

⁴ Selektive Ausfälle durch Verletzungen des Nervensystems

⁵ Ventrikel sind mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume im Inneren des Gehirns

⁶ Spaltraum zwischen Gehirn und Rückenmark, in dem Körperflüssigkeit des Nervensystems (Liquor) zirkuliert

2. Theoretische Grundlagen – Teil I

Mehrholz, 2008, S. 3). Der hämorrhagische Insult wird vorrangig durch das Zerreißen eines Blutgefäßes aufgrund von Bluthochdruck, Gefäßmissbildungen und Gerinnungsstörungen unterschiedlicher Genese verursacht (vgl. ebd.). Diese Form des Schlaganfalles tritt in den übrigen ca. 20 % der Fälle auf (vgl. Schroettle & Kuhlencordt).

Als Risikofaktoren eines Schlaganfalles gelten beziehungsweise werden die in der Tabelle 1 dargestellten Aspekte diskutiert.

Tabelle 1: Übersicht aller gesicherten (Evidenzklasse 1), wahrscheinlichen (Evidenzklasse 2-3) und möglichen (Evidenzklasse 4-5) zerebrovaskulären Risikofaktoren (vgl. Ringelstein & Nabavi, 2007, S. 53-54)

Kategorie der Risikofaktoren	Risikofaktoren	Faktor der Risikoerhöhung	Evidenzklasse	
1. Gesichert, nicht beeinflussbar	Alter	Pro Dekade x 2	1	
	Männliches Geschlecht	1,3	1	
	Familienanamnese	1,4 – 1,8	1	
	Ethnischer Hintergrund	2,0 – 2,5	1	
2. Gesichert, beeinflussbar	Vorhofflimmern	3 – 18	1	
	Arterielle Hypertonie	3 – 5	1	
	Hypercholesterinämie	1,4	1	
	Diabetes mellitus	1,5 – 2	1	
	Rauchen	1,4 – 1,8	1	
	Karotisstenose > 70 %	2	1	
	Alkoholkonsum > 30 g/Tag	1,5 – 3	1	
	Postmenopausale Hormonersatztherapie	1,4 – 1,9	1	
	Sichelzellenanämie	1,9	1	
	3. Wahrscheinliche Risikofaktoren	Adipositas	1,6 – 2	2
Hormonelle Kontrazeption		1,2 – 1,4	2	
Bewegungsmangel		1,5	2	
Entzündung (CRP, Fibrinogen)		1,5 – 4	2	
Hyperhomozysteinämie		1,2 – 1,8	2	
Migräne (für Frauen < 45 Jahre)		3 – 6	2	
LP(a) (für Männer)		2 – 3	2	
Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom		1,5 – 2,5	2	
Herzinsuffizienz, schwere LV-Dysfunktion		1,2 – 1,4	2	
Aortale Atherome		1,2 – 1,8	2	
PFO (für Patienten < 55 Jahre)		1,4 – 1,8	3	
APC-Resistenz, Faktor V-Mutation		1,4 – 1,6	3	
Prothrombinmutation		1,4	3	
Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom		1,6	3	
4. Mögliche Risikofaktoren		Soziale Faktoren (Bildung, Einkommen)	?	4
		Chronische Infektion	?	4
	Protein C, S, AT III – Mangel	?	4	
	Drogenabusus	?	4	
	Depression	?	4	

In der Bundesrepublik Deutschland erleiden jährlich zwischen 165.000 und 220.000 Menschen einen akuten Schlaganfall (vgl. Busch et al., 2007, S. 23). Davon sind nach Heschmann et al. (vgl. 2010, S. 334) mit dem Stand von 2008 ca. 196.000 erstmalige und 66.000 wiederholte Schlaganfälle. Im Jahr 2010 sind dadurch 23.675 (15.253 weibliche und 8.422 männliche) Personen gestorben (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S. 1). Dies entspricht rund 2,8 % an der Gesamtzahl der Verstorbenen (vgl. ebd.). Die Inzidenzrate⁷ beträgt nach Kolominski-Rabas und Heuschmann (vgl. 2002, S. 657-662) ca. 182 auf 100.000 Einwohner pro Jahr. Lierse et al. (vgl. 2005, S. 136-142) geben eine etwas stärkere Inzidenz von 219 auf 100.000 Einwohner pro Jahr an. Insgesamt zählt der Schlaganfall damit, neben Herz- und Krebserkrankungen, zu einer der häufigsten Krankheiten in unserer Gesellschaft (vgl. Huber, Poeck & Springer, 2006, S. 25).

Darüber hinaus ist der Schlaganfall die häufigste Ursache erworbener Behinderungen im Erwachsenenalter (vgl. Heuschmann et al., 2010, S. 334). Ward et al. (vgl. 2005, S. 265) konnten drei Monate nach dem Akutereignis bei 27 % von 397 Schlaganfallpatienten eine mäßige und bei 24 % eine schlechte Funktionsfähigkeit nachweisen. In Deutschland werden gegenwärtig zwischen 650.000 und 945.000 Schlaganfallpatienten in der Nachsorge betreut (vgl. Busch et al., 2007, S. 23).

2.6 Zwischenfazit – Theoretische Grundlagen

Das biopsychosoziale Modell, die ICF, die PUA und das Interaktionsmodell zum Identitätskonzept bilden die theoretische Grundlage der vorliegenden Arbeit. Daran orientiert, soll das Fallverstehen eines Hirninfarkt-rehabilitanden (ischämischer Insult) in Bezug auf dessen Gesundheit und den damit zusammenhängenden Faktoren auf der biologischen, der psychischen und der sozialen Ebene ermöglicht werden. Dies erfordert Theorien, Modelle sowie Klassifikationssysteme und Analyseinstrumente, mit denen die individuelle Lebenssituation einer Person einerseits in ihrer Komplexität erfasst und andererseits zugleich auf ein verständliches Maß reduziert werden kann. Die oben thematisierten theoretischen Konzepte erscheinen für diese Aufgabe besonders geeignet, da sie durch folgende wesentliche Gemeinsamkeiten gekennzeichnet sind:

1. Ganzheitlichkeit
2. Dynamik
3. Subjektivität

Die Ganzheitlichkeit der theoretischen Konzepte basiert auf einem systemischen Paradigma. Dieses Paradigma beinhaltet die Distanzierung von kausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen und erweitert die analytische Perspektive auf den Menschen durch die Einbeziehung seines Kontextes.

⁷ Anzahl der Neuerkrankungen

2. Theoretische Grundlagen – Teil I

Die Dynamik der theoretischen Konzepte basiert auf der Berücksichtigung der Interaktionen und Wechselbeziehungen der Systeme und Ebenen einer Person. Damit wird eine ausschließlich statische Analyse des Menschen negiert. Dementgegen werden die Entwicklungsfähigkeit des Individuums sowie mögliche Systemveränderungen beachtet.

Die Subjektivität der theoretischen Konzepte basiert auf einer konstruktivistischen Methodologie. Es wird von einer individuellen Wirklichkeit des Menschen ausgegangen, die das Verhältnis einer Person zu seiner situativ gegebenen Umwelt bestimmt. Eine vom Individuum unabhängige Analyse ist vor diesem Hintergrund erkenntnistheoretisch absurd.

Diese theoretische Grundlagen einer ganzheitlichen, dynamischen und subjektiven Analyse sind für das Fallverstehen eines Hirninfarktrehabilitanden geeignet, da ein Schlaganfall Folgen auf der biologischen (z.B. Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen), psychischen (z.B. Beeinträchtigung des seelischen Wohlbefindens) und sozialen (z.B. Behinderung der Aktivität und Partizipation) Ebene haben kann, sich diese Folgen gegenseitig bedingen sowie von den Betroffenen individuell unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet werden. Überdies können auch die Risikofaktoren eines Schlaganfalls nicht nur auf biologische Faktoren reduziert werden, sondern erfordern eine Integration in die psychosozialen Bedingungen einer Person.

3. Empirie – Teil II

3.1 Fragestellung

Auf der in Teil I thematisierten theoretischen Grundlage der vorliegenden Arbeit, soll in Teil 2 eine ICF-bezogene Person-Umfeld-Analyse eines 77-Jährigen Hirninfarkt-Rehabilitanden nach Schulze mit der Integration des Interaktionsmodells zum Identitätskonzept von Frey erfolgen. Damit soll die folgende allgemein formulierte Hauptfragestellung qualitativ beantwortet werden:

In welcher gegenwärtigen Lebenssituation befindet sich ein 77-Jähriger Hirninfarkt-Rehabilitand und welche biopsychosozialen Interventionsmaßnahmen können daraus abgeleitet werden?

Die Beantwortung dieser Frage erscheint insbesondere in Hinblick eines möglichst „lückenlosen“ Übergangs von der stationären Rehabilitation in das häusliche Umfeld und einer ab diesem Zeitpunkt ggf. stattfindenden ambulanten Rehabilitation relevant. Durch die Analyse der Lebenssituation eines 77-Jährigen Hirninfarkt-rehabilitanden erhöht sich zudem die Wahrscheinlichkeit, zukünftige Konflikte vorzusehen und daraus entsprechende präventive Interventionsmaßnahmen einleiten zu können. Damit kann eine Basis der individuellen Nachsorge eines Schlaganfallpatienten geschaffen werden, die den Einzelnen in seiner spezifischen Problemlage unterstützt und damit gesellschaftliche Folgekosten minimiert.

3.2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen für die Person-Umfeld-Analyse eines 77-Jährigen Hirninfarkt-Rehabilitanden war an Verfahren der qualitativen empirischen Sozialforschung orientiert. Begründet werden kann diese Herangehensweise mit der Subjektbezogenheit, die nach Mayring (vgl. 2002, S. 20-21) das erste Postulat qualitativen Denkens darstellt. Demnach sind der Gegenstand der Humanwissenschaften immer Menschen beziehungsweise Subjekte, die Ausgangspunkt und Ziel von Analysen sein müssen (vgl. ebd., S. 20). Auch im Rahmen einer Person-Umfeld-Analyse, bei der die Perspektiven von Personen in den Fokus des Modells gesetzt werden, ist dieser Grundsatz zentral. Zudem werden bei einer Person-Umfeld-Analyse die Kriterien der Einzelfallbezogenheit, der Ganzheit sowie der Problemorientierung und damit drei wesentliche „Säulen qualitativen Denkens“ (vgl. ebd., S. 25-27, 33-35) berücksichtigt.

Ausgehend von diesen Leitgedanken wurde in einem Erst- und Kennlerngespräch am 27.12.2011 von einer Studentin und einem Studenten der Rehabilitationspädagogik ein narratives Interview mit dem Rehabilitanden in Anlehnung an Schütze (vgl. 1976, S. 159-260; 1983, S. 283-293) durchgeführt. „Das narrative Interview zielt auf die Hervorlockung und Aufrechterhaltung von längeren Erzählungen

oder allgemeiner formuliert zu autonom gestalteten Präsentationen einer bestimmten Thematik (...), die zunächst ohne weitere Interventionen von Seiten der InterviewerInnen produziert werden können.“ (Rosenthal, 2011, S. 151) Diese Befragungstechnik wurde als Erhebungsinstrument für das Erst- und Kennlernergespräch gewählt, da es in Abgrenzung zur strukturierteren leidfadengestützten Interviewverfahren, die aufgrund einer Vorgabe von Themen und Begrifflichkeiten nur teilweise die subjektive Perspektive des Befragten erfassen (vgl. Küsters, 2009, S. 21), zu Beginn der Analyse eine offenere und unvoreingenommene Haltung gegenüber dem Rehabilitanden gewährleisteten. Darüber hinaus wird in narrativen Interviews, laut Flick (vgl. 2011, S. 236), die Erzählung als Gestalt betont, die mehr umfasst als Aussagen und berichtete Fakten, sondern die Rekonstruktion von Verläufen in ihrer inneren Logik ermöglicht.

Zur Generierung einer im narrativen Interview angestrebten „Stegreiferzählung“ (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 93) ist der folgende „Erzählstimulus“ (vgl. Küsters, 2009, S. 55-57) für das Erst- und Kennlernergespräch vorbereitet worden:

„Wir haben eine seltsame Frage ... vielleicht eine etwas schwierigere Frage ... und es benötigt eventuell auch ein bisschen Zeit zum Nachdenken, diese zu beantworten. Sie können sich dabei aber ruhig die Zeit nehmen, die sie möchten, auch für Einzelheiten, denn für uns ist alles das interessant, was ihnen wichtig ist. Für die Frage dürfen Sie sich gedanklich an die letzten Tage, Wochen und Monate zurückerinnern. Welcher bedeutende Gedanke hat Sie in dieser Zeit bis heute hauptsächlich beschäftigt? Wie würden Sie diesen Gedanken beschreiben? Wieso ist dieser Gedanke so bedeutend für Sie?“

Diese Eingangsfrage musste allerdings nicht gestellt werden, da der Rehabilitand bereits gleich zu Beginn von sich aus und unaufgefordert von seinem Schlaganfall und seiner jetzigen Situation sowie den damit verbundenen Aspekten seines Lebens berichtete.

Im Anschluss an seine Erzählungen, dessen Ende durch einen „Koda“ (vgl. Flick, 2011, S. 230; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 228) signalisiert wurde, folgte der sogenannte narrative Nachfrageteil (vgl. Flick, 2011, S. 230; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 99), in dem Ansätze zur Erzählungen, die bis dahin nicht weiter ausgeführt wurden, oder unklar gebliebene Passagen durch erneute Erzählaufforderungen von den Interviewern aufgegriffen worden sind (vgl. Flick, 2001, S. 230). In dieser Phase des Interviewverlaufes wurden, unter Berücksichtigung der Person-Umfeld-Analyse, zusätzlich bereits erste, allgemeine Fragen zur Frau und Familie, zu den Freunden, zur Freizeit sowie zum Beruf an den Rehabilitanden gestellt.

In der abschließenden „Bilanzierungsphase“ (vgl. Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010, S. 218), die in den Nachfrageteil integriert war, wurde der Rehabilitand in Anlehnung an Hopf (vgl. 2009, S. 357) als Theoretiker seiner selbst angesprochen und auf abstrakter Ebene zu Generalisierungen und Selbstinterpretationen seiner Ausführungen gebeten. Zudem unterzeichnete er am Ende des Erst- und

Kennlerngespräches zur eigenen Sicherheit und zur Selbstverpflichtung der Interviewenden (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 310) einen Kontrakt (siehe Anhang), in dem von ihm die Einverständniserklärung zur Audioaufzeichnung für ein zweites Interview unter Zusicherung der Anonymität und des Datenschutzes gegeben wurde.

Im Erst- und Kennlerngespräch waren hingegen noch keine Aufnahmen möglich. Aus diesem Grund wurden die Informationen aus dem narrativen Interview in Form zweier „Postskripte“ (vgl. Reinders, 2005, S. 122) im unmittelbaren Anschluss an die Befragung von den beiden Interviewenden unabhängig voneinander protokolliert. Diese zwei Gedächtnisprotokolle wurden von einem vierköpfigen Fallteam, bestehend aus zwei Studentinnen und zwei Studenten der Rehabilitationspädagogik (darunter auch die zwei Interviewenden), in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. 2010) ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Auswertung sowie daran anschließende und darauf aufbauende Literaturrecherchen wurden als Basis zur Konstruktion eines Leitfadens für das zweite Gespräch mit dem Rehabilitanden am 26.01.2012 herangezogen, dessen Durchführung sich an dem problemzentrierten Interview nach Witzel (vgl. 1989, S. 227-256) orientierte.

Dieses Interviewverfahren ist auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, die von den Interviewenden eingeführt wird und auf welche diese immer wieder zurück kommen (vgl. Mayring, 2002, S. 67). Als Voraussetzung dafür wird bereits vor der Durchführung des Interviews die Problemstellung analysiert, um dadurch Aspekte zu erarbeiten, die im Interviewleitfaden zusammengestellt und im Gesprächsverlauf von den Interviewenden angesprochen werden können (vgl. ebd.). Im Rahmen der Person-Umfeld-Analyse wurden deduktiv zentrale Schwerpunktthemen und damit verbundene Fragen für den Leitfaden aus den induktiv gewonnenen Erkenntnissen des narrativen ersten Interviews abgeleitet. Zusätzlich ist bereits vorhandene Literatur zu den zentralen Schwerpunktthemen herangezogen worden, welche für die Herleitung der Leitfadenfragen berücksichtigt wurde.

Während der Durchführung des problemzentrierten Interviews sind anhand des Leitfadens (siehe Anhang) jeweils drei „Sondierungsfragen“ (vgl. Reinders, 2005, S. 121) zu den im Mittelpunkt stehenden Schwerpunktthemen (I.) Alltag, (II.) Freizeit, (III.) Außerfamiliäre Kontakte, und (IV.) Familie sowie jeweils zwei zur (V.) Krankheitsbewältigung und (VI.) Zukunft gestellt worden. Darüber hinaus wurde zur Fokussierung und Erzählstimulierung dieser Bereiche jeweils eine „Einstiegsfrage“ (vgl. ebd.) formuliert, an der die Sondierungsfragen anknüpften. Mittels „Ad-Hoc-Fragen“ (vgl. ebd., S. 122), die sowohl jederzeit spontan (vgl. Hussy, Schreier, Echterhoff, 2010, S. 216), als auch im Anschluss an die Sondierungsfragen (vgl. Reinders, 2005, S. 122) gestellt werden konnten, wurden Nachfragen zu unbeantworteten Themen des Leitfadens sowie zum Verständnis bereits getätigter Äußerungen des Rehabilitanden realisiert.

Die Interviewdurchführung als auch der gesamte Analyseprozess war neben der „Problemzentrierung“ (vgl. Witzel, 2000, Abs. 4), als dem Ausgangspunkt eines problemzentrierten Interviews (vgl. Reinders,

2005, S. 118), auch an den Grundprinzipien der „Gegenstands- und Prozessorientierung“ (vgl. Witzel, 2002, Abs. 4; Reinders, 2005, S. 118) ausgerichtet. Damit vollzog sich die Konstruktion des Analyseinstrumentes sowie die Durchführung des gesamten Verfahrens in Bezug auf den spezifischen Gegenstand (vgl. Mayring, 2002, S.68), d.h. auf den Rehabilitanden als Subjekt, und die von Hopf (vgl. 1978, S. 97-115) bereits vor einigen Jahren thematisierte „Leidfadenbürokratie“ konnte vermieden werden.

Anschließend sind die Audioaufzeichnungen unter Berücksichtigung ihres Bedeutungsgehaltes für die Person-Umwelt-Analyse „selektiv“ (vgl. Hussy, Schreier, Echterhoff, 2010, S. 236) und nach den Regeln einer „einfachen Transkription“ (vgl. Kuckartz et al., 2008, S. 27-28; Dresing & Pehl, 2011, S. 18-23) verschriftlicht worden.

Das Transkript (siehe Anhang) ist abschließend inhaltsanalytisch in Orientierung an eine „Valenz- und Intensitätsanalyse“ (vgl. Mayring, 2010, S. 14-16), die der Aussagenanalyse von Bessler (vgl. 1972) und der Bewertungsanalyse von Lisch und Kriz (vgl. 1978, S. 142-150) entlehnt wurde und auf die Evaluative Assertion Analysis von Osgood, Saporta und Nunnally (vgl. 1956, S. 47-102) zurück zu führen ist, ausgewertet worden. Dabei sind die bedeutungstragenden Textstellen auf der Basis des Kategoriensystems der ICF (vgl. DIMDI, 2005) mit Valenzen bewertet worden. Dafür wurde eine Ratingskala mit „bipolaren“ (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 177) Ausprägungen (positiv und negativ) entwickelt.

3.3 Fallvorstellung – Der Fall W.D.

W.D., ein ehemaliger Angestellter der Bank, ist 77 Jahre alt und wohnt gemeinsam mit seiner herzkranken Ehefrau in einem städtischen Einfamilienhaus. Er hat eine erwachsene Tochter, die zusammen mit ihrem Lebensgefährten und einem 18 Jahre alten Sohn in einer entfernten Großstadt lebt. Außerdem gibt es im näheren Verwandtenkreis von W.D. noch seinen 88 Jahre alten Bruder, der ebenfalls verheiratet ist und neun Kinder hat.

Am 07.11.2011 erlitt W.D. einen Schlaganfall mit einer Lähmung der rechten Extremität⁸. Bei ihm wurde ein Stammganglieninfarkt⁹ (ICD-10 I63.5) auf der linken Seite diagnostiziert. Als Folge daraus hat W.D. eine armbetonte Hemiparese¹⁰ und eine Gesichtslähmung rechtsseitig und leidet unter einem hirnorganischem Psychosyndrom¹¹ mit Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sowie Wort-

⁸ Gliedmaßen (Arme, Beine)

⁹ Der Stammganglieninfarkt wird als „eine akute, regional begrenzte Durchblutungsstörung des Gehirns definiert und ist klinisch an plötzlichen herdförmig bedingten Ausfällen wie Bewusstseinsstörungen, Lähmungen, Gefühlsstörungen einer Körperseite, Sprachstörungen, Verständnisschwierigkeiten und Kopfschmerzen erkennbar“ (Ludwig, 1998, S. 14).

¹⁰ „Eine Hemiparese ist also eine Halbseitenlähmung oder Lähmung einer Körperhälfte und stellt alleine oder in Verbindung mit Gefühlsstörungen die häufigste Folge eines Schlaganfalls dar“ (Krämer, 1998, S. 128).

¹¹ „Hirnorganisches Psychosyndrom ist ein Oberbegriff für ein Syndrom, das durch verschiedenste organische Hirnschädigungen [...] entsteht“ (Bandelow, Gruber & Falkai, 2008, S. 7).

abrufstörungen. Trotz eingeschränkter Funktion seines rechten Armes kann er sich pflegen und einfache alltägliche Handlungen ausführen.

Der psychische Zustand von W.D. ist charakterisiert durch eine niedergeschlagene Stimmung mit eingeschränkter affektiver Resonanz¹². Er ist psychomotorisch leicht unruhig und hat einen leicht geminderten Antrieb. Der Gedankengang ist verlangsamt und inhaltlich durch reaktive depressive Episoden¹³ und Zukunftsängste eingeengt. In diesem Zusammenhang sorgt er sich insbesondere über die Funktionstüchtigkeit seines rechten Armes und die Hilflosigkeit seiner herzkranken Ehefrau, was direkt nach dem Schlaganfall zu Durchschlafstörungen sowie Suizidgedanken führte. Derzeit ist allerdings keine akute oder latente Suizidalität und keine produktiv psychotische Symptomatik festzustellen.

In Bezug auf die Krankheitsverarbeitung fällt darüber hinaus auf, dass W.D. mehrfach den Wunsch der Wiedererreichung des prämorbidem Zustandes betont. Dies äußert sich vor allem auch durch Leistungsdruck und vorschnellen Handlungen in den Therapien.

Vom 07.11.2011 bis zum 29.11.2011 wurde W.D. in einer neurologischen Klinik stationär behandelt. Eine weiterführende Rehabilitation in der Phase C erfolgte auf einer Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte vom 29.11.2011 bis zum 29.12.11. Im Anschluss daran wurde W.D. bis Februar 2012 in der neurologischen Abteilung eines Rehabilitationszentrums therapiert. Während der Rehabilitationsaufenthalte bestanden die Therapiemaßnahmen aus therapeutischer Pflege, Krankengymnastik, Ergotherapie, Kunsttherapie, Logopädie, Physiotherapie, Neuropsychologie und Sozialdienst unter ärztlicher Leitung.

3.4 Ergebnisdarstellung – ICF-bezogene Person-Umfeld-Analyse und Identitätskonzept

3.4.1 Familialer Wirkungsraum

Aus den Schilderungen von W.D. geht hervor, dass seine Familie den höchsten Stellenwert in seinem Leben hat. Diesbezüglich ist vor allem die Beziehung zu seiner Ehefrau zentral, welche die primäre Bezugsperson in seinem Lebensumfeld ist.

Nach der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 117) wird die eheliche Beziehung (d7701) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation zu den interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (ICF Kapitel 7) gezählt und hier unter die intimen

¹² Unter affektive Resonanz versteht man „einen Mangel an Einfühlungsvermögen, Empathie und affektiver Ansprechbarkeit“ (Payk, 2010, S. 203).

¹³ „Die depressive Episode ist eine klinisch relevante Senkung der Stimmungslage mit oder ohne begleitende Angst in Verbindung mit einer Minderung des allgemeinen körperlichen und psychischen Aktivitätsniveaus von durchgehend mindestens 2 Wochen Dauer“ (Felber, 2003, S. 118).

Beziehungen (d770) als besondere interpersonelle Beziehung (d730-d779) klassifiziert. Aufgrund des positiv beschriebenen Verhältnisses zwischen W.D. und seiner Frau, wird diese Kategorie mit einer positiven Valenz belegt.

+ **d7701 Eheliche Beziehung** (Ehefrau als primäre Bezugsperson)

In Bezug zu seiner Ehefrau, berichtet W.D. darüber hinaus, dass er ihr vor seinem Schlaganfall viele Aufgaben im Haushalt abgenommen habe und begründet:

„(...) weil ich wusste, dass es meiner Frau schwer fällt. Sie kann nicht richtig heben. Sie hatte einen Herzinfarkt gehabt und sie ist schlecht drauf; wenig belastbar und kann nicht tragen.“ (W.D., Z. 343-345)

Gegenwärtig betrachtet W.D. diese starke Unterstützung in der Vergangenheit allerdings als Fehler:

„Ich hab das alles gerne meiner Frau abgenommen, was ein Fehler war“. (W.D., Z. 330-331)

Dass W.D. die intensive Unterstützung seiner Frau bei den Aufgaben im Haushalt nach seinem Schlaganfall als Fehler bezeichnet, deutet auf ein Bedauern hin. Aufgrund der großen Sorge, die er in Bezug auf ein eigenständiges Leben seiner Ehefrau äußert, kann vermutet werden, dass er vor allem die aktuell mangelnde Selbstständigkeit der Frau bedauert, die durch seine vergangene Aufgabenübernahme im Haushalt möglicherweise gefördert wurde. Zudem ist jetzt auch er durch die Folgen des Schlaganfalls in seiner Selbstständigkeit beeinträchtigt, sodass er sie jetzt nicht mehr wie gewohnt unterstützen kann.

Nach der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 114-115) wird die Fähigkeit anderen zu helfen (d660) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation zum Kapitel des häuslichen Lebens gezählt und hier unter Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen (d650-d669) klassifiziert. Da W.D. aufgrund seiner Einschränkungen vermutet, seine Ehefrau zukünftig weniger unterstützen zu können, wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- **d660 Anderen helfen** (Ehefrau im Haushalt unterstützen)

Neben der Ehefrau wird von W.D. insbesondere seine Tochter erwähnt, die gemeinsam mit seinem Enkelsohn und ihrem Lebensgefährten in einer entfernten Großstadt wohnt und deshalb räumlich von W.D. getrennt ist. Das Verhältnis zu ihr wird durch regelmäßigen Telefonkontakt aufrecht erhalten und kann anhand der Aussagen von W.D. als harmonisch bezeichnet werden. Zudem scheint es, als wäre seine Tochter für ihn die sekundäre Bezugsperson in der Familie.

Nach der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 117) wird eine Eltern-Kind-Beziehung (d7600) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation zu den interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (ICF Kapitel 7) gezählt und hier unter die Familien-

beziehungen (d760) als besondere interpersonelle Beziehung (d730-d779) klassifiziert. Da W.D. ein gutes Verhältnis zu seiner Tochter beschreibt, wird diese Kategorie mit einer positiven Valenz belegt.

+ **d7600 Eltern-Kind-Beziehung** (Tochter als sekundäre Bezugsperson)

Allerdings äußert W.D. wiederholt das Bedauern über die räumliche Trennung zur Tochter und zum Enkel:

„Meine Tochter in erster Linie, aber die ist ja weit vom Schuss. Die kann wohl telefonisch mitreden und gute Ratschläge geben, aber damit hat es sich. Groß Einsteigen kann sie nicht mit, denn sie ist berufstätig und kann höchstens dann im Urlaub mal rüber kommen oder wenn sie Überstunden zusammenaddiert.“ (W.D., Z. 382-385)

In diesem Zusammenhang gibt W.D. an, dass hauptsächlich er seit seiner Rente zusammen mit seiner Frau Familienbesuche zur Tochter unternommen habe. Jetzt, nach dem Schlaganfall, wird von ihm erwartet, dass die Besuche umgekehrt von der Tochter ausgehen. Zugleich zeigt W.D. aber die Einsicht, dass dies aufgrund der Berufstätigkeit der Tochter zu weniger Besuchen führen wird:

„Aber in den letzten Jahren, seitdem ich aus dem Beruf weg bin, ist das unsere Aufgabe gewesen hinzufahren, aber das muss jetzt umgekehrt laufen. Dadurch ist es weniger, aber so ist das halt.“ (W.D., Z. 420-422)

Zurückzuführen ist die Einschränkung der Besuchsmöglichkeit von W.D. auf ein Defizit in der Fahrtüchtigkeit als Folge seines Schlaganfalls. Aus der mangelnden Fahrtüchtigkeit, kann wiederum eine eingeschränkte Mobilität abgeleitet werden. Da W.D. gegenwärtig keine öffentlichen Verkehrsmittel nutzen möchte, kann diese Einschränkung derzeit nicht ausgeglichen werden.

Nach der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 109) wird das Fahren eines motorisierten Fahrzeuges (d4751) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation zum Kapitel der Mobilität gezählt und hier unter die Kategorie des Fahrzeugfahrens (d475) klassifiziert, welches unter die Fähigkeit, sich mit Transportmitteln fortzubewegen (d470-d489), geordnet ist. Aufgrund der mangelnden Fahrtüchtigkeit von W.D. als Folge seines Schlaganfalls, wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- **d4751 Fahren eines motorisierten Fahrzeuges**

Dennoch ist er optimistisch, dass zumindest sein Enkel ihn besuchen werde:

„Der Enkelsohn ist inzwischen fahrtüchtig. Der wird nach dem Abi hin und wieder kommen, kann ich mir vorstellen.“ (W.D., Z. 386-387)

Die Vermutung von W.D., dass sein Enkelsohn ihm nach dem Abitur gelegentlich besuchen kommt, lässt die Annahme eines positiven Verhältnisses zwischen beiden zu.

Nach der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 117) zählt das Verhältnis zwischen Enkeln und Großeltern zu den Beziehungen des erweiterten Familienkreises (d7603), die unter die Familienbeziehungen (d760) geordnet sind, welche im Kapitel der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen in der Komponente der Aktivitäten und Partizipation klassifiziert sind. Das scheinbar positive Verhältnis zwischen W.D. und seinem Enkelsohn wird mit einer positiven Valenz belegt.

+ **d7603 Beziehungen zum erweiterten Familienkreis** (Beziehung zum Enkelsohn)

Auf den Lebensgefährten der Tochter angesprochen, äußert W.D., dass dieser stets sehr mit seinem Beruf beschäftigt sei:

„Der ist auch berufstätig natürlich und es ist auch ziemlich stressig im Beruf. Er ist Bauingenieur für Altbauten und hat gut zu tun und ist auch immer im Stress, hat wenig Freizeit. Er ist selbständig und dann ist es meist immer schlecht mit der Freizeit bestellt.“

(W.D., Z. 414-417)

Da Lebenspartnerschaften in der ICF nicht kategorisiert sind, wird der Lebensgefährte der Tochter als anders bezeichnete Familienbeziehungen (d7608) klassifiziert, die ebenfalls zu den Familienbeziehungen (d760) zählen und unter die besonderen interpersonellen Beziehungen (d730-d779) im Kapitel der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation geordnet sind. Das persönliche Verhältnis zwischen W.D. und dem Lebensgefährten wird in seinen Schilderungen insgesamt nicht deutlich. Aus den wenigen Beschreibungen die W.D., trotz Nachfrage, zum Lebensgefährten der Tochter gibt, kann eine geringe Bedeutung dieser Beziehung abgeleitet werden, die weder eindeutig mit einer positiven, noch negativen Valenz belegt werden kann.

+/- **d7608 Familienbeziehungen, anders bezeichnet** (Lebensgefährte der Tochter)

Neben den bereits genannten familiären Kontakten ist der ältere Bruder von W.D. zu nennen. Allerdings bestehe zu ihm lediglich loser Kontakt, da dieser eine Großfamilie habe, die viel Zeit in Anspruch nimmt:

„Mein Bruder. Der ist achtundachtzig. Der ist zwar noch fahrtüchtig, also fährt noch Auto, aber der hat eine Großfamilie, die auch zwar schon alle erwachsen sind und auf eigenen Füßen stehen, aber der hat genug mit seiner eigenen Familie zu tun. Der ist vollbeschäftigt, rund um die Uhr. Der war fleißig und die sind alle verheiratet und haben selbst Kinder und es sind auch schon Enkelkinder und Urenkel dabei. Mit achtundachtzig ist das ja nicht außergewöhnlich. Aber der hat mit seiner eigenen Familie genug zu tun. Wir sehen uns hin und wieder. Er war jetzt auch zweimal hier im Krankenhaus, aber wenn ich jetzt zu Hause bin, dann wird das auch weniger. Dann leben wir schon ein

bisschen nebeneinander her, kann man nicht sagen, aber nur auf losen Kontakt beschränkt.“ (W.D., Z. 393-402)

Während des Interviews vergleicht W.D. sich mit seinem Bruder und äußert, dass er ihn beneidet, weil er mit 88 Jahren noch Auto fahren kann (vgl. W.D., Z. 474). Vermutlich vergleicht sich W.D. mit seinem Bruder und beneidet ihn, weil er wissen möchte, warum ausgerechnet er einen Schlaganfall erlitten hat und nicht sein älterer Bruder. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass W.D. in Phase 2 der Krankheitsverarbeitung ist, in der der Rehabilitand nach einem Schuldigen seiner Situation sucht.

Die Beziehungen unter Geschwistern (d7602) werden in der ICF unter die Familienbeziehungen (d760) geordnet, die zu den besonderen interpersonellen Beziehungen (d730-d779) zählen und im Kapitel der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation klassifiziert sind. Es bleibt allerdings vorerst offen, ob die Beziehung und die Vergleiche zwischen W.D. und seinem Bruder förderlich oder hinderlich sind. Aus diesem Grund kann das Verhältnis zum Bruder ebenfalls nicht eindeutig mit einer positiven oder negativen Valenz belegt werden.

+/- d7602 Beziehungen zu Geschwistern (älterer Bruder)

3.4.2 Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit)

W.D. ist Rentner und gibt an, keinen Beruf oder Nebenberuf auszuführen sowie keine besonderen Aufgaben beziehungsweise Tätigkeiten zu haben, die bewältigt werden müssten (vgl. W.D., Z. 20). Auf die Frage, welche Alltagsaufgaben er hatte bzw. hat, antwortet er:

„Ach, das sind wirklich alltägliche Aufgaben, denn es ist nichts Besonderes darunter. Das tägliche Einkaufen, was man so für den Haushalt braucht, was ums Haus herum passiert und familiäre Angelegenheiten halt, aber nichts, sagen wir mal, was in die Richtung geht, von wegen Beruf oder Nebenberuf. Das hab‘ ich alles nicht.“ (W.D., Z. 17-20)

Eine Analyse des beruflichen Lebensbereiches von W.D., ist aus diesem Grund irrelevant. Festgehalten werden kann allerdings, dass W.D. aufgrund seiner früheren Berufstätigkeit höchstwahrscheinlich ein gesichertes Ruhegehalt in Anspruch nimmt.

Nach der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 120) wird die wirtschaftliche Eigenständigkeit (d870) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation gefasst und hier unter das wirtschaftliche Leben (d860-d879) klassifiziert, welches zu den bedeutenden Lebensbereichen (ICF Kapitel 8) geordnet ist. Da W.D. als ehemaliger Bankangestellter Rente bezieht, ist davon auszugehen, dass die wirtschaftliche Eigenständigkeit von W.D. gesichert ist und mit einer positiven Valenz belegt werden kann.

+ d870 Wirtschaftliche Eigenständigkeit

In Bezug auf außerberufliche Aufgaben und Tätigkeiten betont W.D. (Z. 21-22):

„Die Einschränkungen liegen eben im familiären Bereich. Das was die Haushaltsangelegenheiten angeht, was ums Haus herum passiert, was da an Arbeiten anfällt inzwischen.“

In diesem Zusammenhang berichtet er auch von Aufgaben, die aufgrund seiner Abwesenheit zu Hause, als Folge der stationären Rehabilitation, mittlerweile auf ihn bzw. die Beseitigung warten (vgl. W.D., Z. 26). Dabei werden auch Bedenken der eigenen Leistungsfähigkeit für die Lösung der durch diese Aufgaben bedingten Anforderungen geäußert, die mit einer körperlichen Beeinträchtigung seiner Art nach eigener Ansicht schlecht zu bewältigen sind:

„Selbst kann ich das ja nicht. Mit einem Arm können Sie weder 'ne Motorsäge oder Heckenschere betätigen. Das müssten Sie alles mit der Hand machen. Das kann man gar nicht.“ (W.D., Z. 27-28)

Seine Schilderungen verdeutlichen, dass W.D. insgesamt Einschränkungen bei der Bewältigung seiner häuslichen Aufgaben erwartet. Hier wird von ihm u.a. auch das Einkaufen erwähnt (vgl. W.D., Z. 18).

In der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 112-115) wird das häusliche Leben im Kapitel sechs unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation gefasst. Darunter ist das Einkaufen (d6200) klassifiziert, welches wiederum unter die Beschaffung von Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs (d620) geordnet ist und zur Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten (d610-d629) zählt. Da W.D. das Einkaufen in Verbindung mit den Aufgaben im Haushalt eindeutig als Problem beschreibt, wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- d6200 Einkaufen

Darüber hinaus wird von W.D. auch das Erledigen von Hausarbeit (d640) angeführt (vgl. W.D., Z. 540). Auch diese Tätigkeiten sind in der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 113) dem häuslichen Leben (ICF Kapitel 6) zugeordnet, welches unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation klassifiziert ist. Allerdings zählt das Erledigen von Hausarbeit nicht zur Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, sondern zu einer gesonderten Klassifizierung der Haushaltsaufgaben (d630-d649). Weil W.D. aufgrund der Folgen seines Schlaganfalls Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Hausarbeit äußert, wird diese Kategorie ebenfalls mit einer negativen Valenz belegt.

- d640 Hausarbeiten erledigen

Mit Sorge schildert W.D. zudem Alltagsaufgaben, die in Verbindung mit seinem Kraftfahrzeug zu erledigen sind, aber seiner Ansicht nach von ihm selbst mit seiner körperlichen Beeinträchtigung ebenfalls nicht mehr bewältigt werden können:

„Was meine Behinderung jetzt angeht, na ich muss mich mehr um mein Auto kümmern, das heißt, ich selbst kann's nicht. Ich muss also auch dafür sorgen, dass der Wagen bewegt wird. Ich selbst darf ja zurzeit nicht fahren. Naja, es müssen Winterreifen drauf montiert werden oder abmontiert werden. Der Wagen muss ja in Ordnung gehalten... Ich kann ihn ja nicht da vergammeln lassen. Und das ist etwas, was nun, das eben, wie gesagt, wo man initiativ werden muss. Was man nicht einfach vergessen kann. Das geht nicht.“ (W.D., Z. 53-62)

In der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 114) zählt das Instandsetzen und die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit von Fahrzeugen zur Pflege von Haushaltsgegenständen (d650). Diese Kategorie ist ebenfalls unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation geordnet und zählt hier zum häuslichen Leben (ICF Kapitel 6). Unter dem Kapitel des häuslichen Lebens ist die Pflege von Haushaltsgegenständen unter die Kategorie „Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen“ (d650-d669) geordnet. Weil W.D. in Bezug auf die Pflege und Instandhaltung seines Fahrzeuges Einschränkungen äußert, wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- d650 Haushaltsgegenstände pflegen (KFZ)

Während der Schildrung der häuslichen Aufgaben und in Anbetracht dieser erwähnt W. D. zudem wiederholt, dass diesbezüglich „eins zum anderen“ (W.D., Z. 30-31; 40) kommt und sich „Kleinigkeiten zu einem Bild zusammensetzen“ (W.D., Z. 371). Unterstützungen durch Handwerker werden dabei letztlich in Erwägung gezogen (W.D., Z. 30; 40; 200).

In der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 133) sind persönliche Hilfs- und Pflegepersonen (e340) unter die Komponente der Umweltfaktoren geordnet und zählen zum Kapitel der Unterstützung und Beziehungen. Da W.D. professionelle Unterstützung für die Bewältigung von Haushaltsaufgaben in Anspruch nehmen würde, wird diese Kategorie mit einer positiven Valenz belegt.

+ e340 Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen

Auch ein Umzug wird in Anbetracht der häuslichen und grundstücksbezogenen Aufgaben von W. D. derzeit gedanklich nicht ausgeschlossen, die Umsetzung allerdings auf unbestimmte Zeit zurückgestellt:

„Das muss man entweder machen lassen oder man muss eben sehen, dass man sich das ganze Haus oder das Grundstück eben verkauft und sich 'ne Mietwohnung nimmt oder Eigentumswohnung, eben, in einem Mehrfamilienhaus. Das steht noch bevor. Das wird

über kurz oder lang wahrscheinlich kommen. Aber das muss man nicht übers Knie brechen. Das darf ja wohl ’n bisschen Zeit kosten.“ (W.D., Z. 152-156)

Die Beschaffung von Wohnraum (d610) wird in der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 112) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation gefasst und hier zur Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten (d610-d629) unter das häusliche Leben (ICF Kapitel 6) geordnet. Da aus den Aussagen von W.D. nicht eindeutig zu interpretieren ist, ob ein Umzug ernsthaft in Erwägung gezogen oder lediglich auf unbestimmte Zeit aufgeschoben wird, kann für diese Kategorie keine eindeutige Valenz festgelegt werden.

+/- d610 Wohnraum beschaffen

Insgesamt verdeutlicht W.D., dass er in Bezug auf die Aufgaben im Haushalt und im Garten nach dem Herzinfarkt seiner Frau und bis zu seinem Schlaganfall gerne „federführend“ (W.D., Z. 330) war und dafür gesorgt hat, „dass alles stimmig war“ (W.D., Z. 351). Auch wenn W. D. anmerkt, dass er die Führungsrolle für den Einkauf jetzt nicht mehr so intensiv wahrnehmen kann, möchte er diese Tätigkeiten nach der Beendigung der stationären Rehabilitation, wieder „koordinieren“ (W.D., Z. 328). Zusätzlich werden von ihm Firmen erwähnt, welche die Einkäufe nach Hause bringen und deren Hilfe er diesbezüglich ggf. in Anspruch nehmen würde (vgl. W.D., Z. 66).

Die Übernahme von Einzelaufgaben (d210) oder Mehrfachaufgaben (d220) ist in der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 99-100) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation geordnet und hier im zweiten Kapitel unter allgemeine Aufgaben und Anforderungen klassifiziert. Weil W.D. die Aufgabe der Haushaltsführung nach seiner Rückkehr aus der Rehabilitationsklinik zu Hause wieder übernehmen möchte, wird diese Kategorie mit einer positiven Valenz belegt.

+ d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen/d220 Mehrfachaufgaben übernehmen

Neben den Alltagsaufgaben im Haushalt und im Garten, merkt W. D. in Bezug auf seine alltäglichen Tätigkeiten auch Probleme mit dem Ankleiden an:

„Ne, also da wird es wohl die eine oder andere Schwierigkeit geben. Und wenn’s eben sich Einzukleiden neu. Man braucht ja von Zeit zu Zeit neue Kleidung und so. Und dies morgens Anziehen und so. Das ist immer ’ne Katastrophe.“ (W.D., Z. 132-134)

Sich kleiden (d540) ist in der ICF ebenfalls unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation gefasst und hier unter das Kapitel der Selbstversorgung geordnet. In Anbetracht der Probleme und Schwierigkeiten, die W.D. in Bezug auf die Aufgabe des Ankleidens äußert, wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- d540 Sich kleiden

Auch das Duschen wird aufgrund einer zu kleinen Dusche zu Hause, laut W. D., mit Barrieren verbunden sein, weshalb er sich bereits jetzt einen rostresistenten Duschhocker als Hilfsmittel bestellt hat (vgl. W.D., Z. 78-83).

Sich waschen (d510) ist in der ICF, ebenso wie das Ankleiden, unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation gefasst und hier unter das Kapitel der Selbstversorgung geordnet. Der Duschhocker kann unter die Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben (e115) gezählt werden und wird somit unter das Kapitel der Produkte und Technologien klassifiziert, welches zur Komponente der Umweltfaktoren geordnet ist. Aus den negativen Schilderungen von W.D. im Zusammenhang mit dem Duschen, ergibt sich eine negative Valenz. Da der Duschhocker diesbezüglich als Hilfsmittel eine unterstützende Funktion hat, wird dieser mit einer positiven Valenz belegt.

- d510 Sich waschen (duschen)

+ e115 Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben (Duschhocker)

3.4.3 Alternativer Wirkungsraum (Freizeit)

In Übereinstimmung zu den dargestellten Aufgaben im Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) berichtet W.D. von seiner Freizeit, die dem alternativen Wirkungsraum zugeordnet werden kann:

„Ja, Freizeit, das ist das ganze sich kümmern ums Haus, um Garten. Das ist das, was mir wirklich fehlen wird, denn das ist so mein Hobby gewesen.“ (W.D., Z. 128-129)

Da die Aufgaben im alternativen Wirkungsraum identisch den Tätigkeiten seiner Nicht-Freizeit sind, kann vermutet werden, dass bei W.D. eine klare Trennung dieser beiden Wirkungsräume fehlt. Dies könnte eventuell darauf zurückzuführen sein, dass W.D. den Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) seit seiner Rente mit berufersetzenden Tätigkeiten im alternativen Wirkungsraum (Freizeit) ausfüllt. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass der Verlust der oben beschriebenen Tätigkeit im Haushalt und im Garten vermutlich zugleich zu einem Verlust der Freizeitaktivitäten von W.D. führen wird.

Die Gleichstellung von Alltags- und Freizeitbeschäftigungen hält er während des gesamten Gesprächsverlaufes aufrecht:

„Alltagsaufgaben, ja, die hab‘ ich erwähnt. Was ich gemacht habe, was ich nicht mehr machen kann. Das, eben Hausarbeit, Heimwerkerarbeiten. Hab‘ gern‘ gebastelt. Hab‘ gern‘ dies oder das selbst gemacht, allein‘ des Bastelns wegen, mit Sachen, die man auch gewiss kaufen kann, aber das Selbstmachen, das macht Spaß. Das hab‘ ich immer gern‘

gemacht und das würd' ich gern' wieder gemacht haben, aber das werde ich unter diesen Umständen nicht mehr können.“ (W.D., Z. 539-544)

Eine eindeutige Differenzierung zwischen den Tätigkeiten, die im Haushalt und Garten erledigt werden müssen, und ausschließlichen Freizeitaktivitäten, ist somit letztlich nicht möglich. Auch in Bezug auf das Automobil führt W.D. beispielsweise den Reifenwechsel und die Lackpflege einerseits als anfallende Aufgaben an, die bewältigt werden müssen, andererseits bestätigt er, dass er diese Tätigkeiten immer gerne eigenständig in seiner Freizeit durchgeführt hat, weil ihm diese Freude bereitet haben. Damit sind im alternativen Wirkungsraum (Freizeit) ähnliche Kategorien und Valenzen vorhanden, die bereits oben im Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) klassifiziert und mit Valenzen belegt wurden.

- d640 Hausarbeiten erledigen

- d650 Haushaltsgegenstände pflegen (KFZ)

Neben den häuslichen und grundstücksbezogenen Alltagsaufgaben, welche von W.D. ebenso wie die Reparatur und Pflege seines Kraftfahrzeugs auch als Freizeitbeschäftigungen bezeichnet werden, gibt er des Weiteren als zukünftigen Wunsch an, wieder mit seiner Frau Fahrrad fahren zu können (vgl. W.D., Z. 481).

Das Fahrradfahren zählt in der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 109) zum Fahren eines von Menschenkraft betriebenen Fahrzeuges (d4750). Diese Kategorie ist ebenso wie das Fahren eines motorisierten Fahrzeuges unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation zum Kapitel der Mobilität geordnet und hier unter die Kategorie des Fahrzeugfahrens (d475) klassifiziert, welches unter die Fähigkeit, sich mit Transportmitteln fortzubewegen (d470-d489), geordnet ist. Weil W.D. aufgrund der Folgen seines Schlaganfalles gegenwärtig nicht Fahrrad fahren kann, wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- d4750 Ein von Menschenkraft betriebenes Fahrzeug fahren (Fahrrad)

Im Zusammenhang mit Freizeitbeschäftigungen teilt W. D. darüber hinaus mit, dass er mit seiner Ehefrau zukünftig gerne wieder Urlaubsreisen machen möchte. Diese Aktivität kann unter Erholung und Freizeit (d920) summiert werden. Erholung und Freizeit ist in der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 121) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation gefasst und zählt zum Kapitel des Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Lebens. Weil W.D. seinen aufgrund seiner Einschränkungen nach eigenen Aussagen derzeit keine Urlaubsreisen unternehmen kann, wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- d920 Erholung und Freizeit

3.4.4 Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup)

W.D. hatte zusammen mit seiner Frau seit dem jungen Erwachsenenalter mehrere Freundschaftsbeziehungen zu Paaren in der Nachbarschaft. Diese beschreibt W.D. als Beziehungen zwischen Paaren, mit denen gemeinsame Freizeitaktivitäten unternommen wurden. Zudem unterstützte sich das soziale Umfeld gegenseitig, wodurch ein Nachbarschaftsnetzwerk entstanden ist, in welchem er sich sehr wohl fühlte. Mit dem Versterben der Ehemänner in der Nachbarschaft, haben sich seine Freundschaftsbeziehungen in den letzten Jahren allerdings weitestgehend aufgelöst. Die Interessen der hinterbliebenen Ehefrauen beschreibt W.D. als gegensätzlich zu seinen eigenen, weshalb er die Männerfreundschaften vermisst:

„Die Frauen treffen sich, aber als einziger Mann dazwischen rum zu laufen oder dazwischen zu sitzen, das ist für alle unbefriedigend. Die Frauen mögen dann lieber einen richtigen Kaffeeklatsch machen und ich vermisse ein bisschen die Herrenbekanntschaften, die Herren, die Männer dabei, und dann unterlässt man das tunlichst.“ (W.D., Z. 211-218)

Insgesamt ist den Schilderungen von W.D. zu entnehmen, dass diese Freundschaften einen hohen Stellenwert in seinem Leben hatten, deren Fehlen W.D. bedauert. Die Freundschaftsbeziehungen sind in der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 117) unter die informellen sozialen Beziehungen (d750) geordnet, zählen zu den besonderen interpersonellen Beziehungen (d730-d779) und sind im Kapitel der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation klassifiziert. Durch den Tod seiner Freunde lösten sich die Freundschaftsbeziehungen von W.D. auf. Da er angibt, dass er diese Freundschaftsbeziehungen vermisst und gegenwärtig keine anderen hat, wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- d750 informelle soziale Beziehungen (männliche Freundschaften)

Weil W.D. aufgrund seiner geschlechtsspezifischen Interessen in der Vergangenheit hauptsächlich Kontakte zu männlichen Personen pflegte, schließt er eine freundschaftliche Beziehung mit den verbliebenen Witwen in der Nachbarschaft aus. Allerdings pflegte seine Frau diese Kontakte weiterhin. W.D. selbst unterstützte die verbliebenen Witwen gelegentlich bei handwerklichen Tätigkeiten und betont in diesem Zusammenhang:

„Wichtig war es schon [anderen zu helfen]. Die haben meine Hilfe auch wohl geschätzt. Die Töchter der verstorbenen Nachbarin, die haben mich reichlich mit Blumen eingedeckt, auch zu Weihnachten. Aber ich kann nur danke sagen, mehr kann ich nicht tun, kann ich nicht mehr.“ (W.D., Z. Z. 187-189)

Da er der einzig übrige Mann im Freundeskreis ist, schien es ihm wie bei seiner eigenen Ehefrau wichtig gewesen zu sein, eine fürsorgende und helfende Rolle für die Witwen einzunehmen. Diese Rolle kann er aufgrund der Folgen seines Schlaganfalls allerdings nicht mehr wie bisher erfüllen.

Nach der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 114-115) wird die Fähigkeit anderen zu helfen (d660) unter die Komponente der Aktivitäten und Partizipation zum Kapitel des häuslichen Lebens gezählt und hier unter Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen (d650-d669) klassifiziert. Ebenso wie in Bezug zu seiner Frau, gibt W.D. an, dass er den hinterbliebenen Witwen aufgrund seiner aktuell erworbenen Einschränkungen nicht mehr unterstützen kann. Deswegen wird diese Kategorie mit einer negativen Valenz belegt.

- **d660 Anderen helfen** (Witwen helfen)

In Bezug auf mögliche neue Kontakte gibt W.D. an, dass das Knüpfen neuer Bekanntschaften in seinem Alter nicht mehr so relevant sei und er seinen Lebensmittelpunkt vorrangig innerhalb der Familie sieht:

„Ich weiß nicht, nein ich glaube nicht. Da bin ich wohl altersmäßig drüber hinaus mit siebenundsiebzig neue Bekanntschaften zu schließen. Das wird nichts mehr. In dem Alter steht glaube ich niemandem mehr der Sinn nach näheren Bekanntschaften, die auch zu irgendwelchen gemeinsamen Ausflügen animieren. Das halte ich für ziemlich aussichtslos. Es könnte mal die eine oder andere Situation entstehen, dass man mal zwischendurch eine flüchtige Bekanntschaft macht und sagt 'Ach Mensch, gehen wir mal zusammen aus oder machen mal zusammen eine Reise', aber das sieht im Moment äh nicht danach aus, muss ich sagen. Da sind die familiären Kontakte erst einmal wichtiger und dass man sich da noch andere neue Bekannte wieder anlacht, das wird glaube ich nichts.“ (W.D., Z. 223-234)

Daraus wird deutlich, dass W.D. keine informellen Beziehungen mehr eingehen möchte, was er auch mit seiner gegenwärtigen Einschränkung in der Mobilität begründet und damit, dass die Auseinandersetzung mit sich selbst in seiner aktuellen Lebenssituation derzeit Vorrang hat:

„Im Moment, möchte ich es gar nicht [neue Freundschaften]. Im Moment habe ich mit mir genug zu tun und ich kann mir auch nicht vorstellen, dass es dann... Man kann sich kaum gegenseitig besuchen. Ja gut, mit einem Taxi irgendwo hinfahren, aber wenn man selbst nicht fahren kann, dann lässt man das schon ganz gerne.“ (W.D., Z. 238-241)

Wie bereits im Wirkungsraum der Familie, kann somit auch im Zusammenhang mit den informellen Beziehungen im Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup), eine negative Valenz für die eingeschränkte Mobilität vergeben werden

- **d4751 Fahren eines motorisierten Fahrzeuges**

Soziale Beziehungen in einer Betroffenenengruppe einzugehen, könnte sich W.D. hingegen vorstellen:

„Wenn einer eine gleichgelagerte Behinderung hat, da kommt man schon zu einem Austausch, um sich irgendwelche Sachen, die man vereinfachen kann, da spricht man ja

gerne mal drüber. Ich mach das so und so, mach das doch auch. Das könnte ich mir vorstellen, aber die Gelegenheit hat sich bisher auch noch nicht ergeben und ich weiß nicht ob sich so etwas ergibt.“ (W.D., Z. 279-283)

Nach der ICF (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 116) sind formelle Beziehungen (d740) unter die besonderen interpersonellen Beziehungen (d730-d779) geordnet und zählen hier zum Kapitel der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen, welche der Komponente der Aktivitäten und Partizipation untergliedert sind. Aufgrund der positiven Einstellung von W.D. gegenüber möglichen neuen formellen Kontakten zu Gleichbetroffenen (z.B. in einer Selbsthilfegruppe), wird diese Kategorie mit einer positiven Valenz belegt.

+ **d740 Formelle Beziehungen** (Gleichbetroffene)

3.4.5 Umwelt/situative Bedingungen

Zur Zeit des Erst- und Kennlerngespräches befand sich W.D. in der postprimären Rehabilitation (Phase C der neurologischen Rehabilitation) auf einer Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte. Die vital-vegetativen Funktionen der Rehabilitanden sollten in dieser Phase bereits stabil sein, sodass keine Gefahr lebensbedrohlicher Komplikationen besteht und eine intensivmedizinische Überwachung oder Therapie nicht mehr erforderlich ist (vgl. Rüsseler, 2009, S. 80). Bei den alltäglichen Verrichtungen (Hygiene, Nahrungsaufnahme) könnte hingegen noch die Notwendigkeit einer Unterstützung der Rehabilitanden bestehen (vgl. ebd.). Mit den Therapiemaßnahmen wird in der postprimären Rehabilitation das Ziel verfolgt, die Alltagskompetenz der Rehabilitanden wieder herzustellen (vgl. ebd.). Hierzu zählen vor allem die Regeneration des Antriebs, des Affektes, der Motivation, der Orientierung, der einfachen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen, der Kommunikation, der sensomotorischen Funktionen sowie der Handlungsfähigkeit (vgl. ebd.). Das Erreichen dieser Rehabilitationsphase setzt folgende Bedingungen bei den Rehabilitanden voraus (vgl. ebd.):

- Bewusstseinsklarheit
- Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln)
- Fähigkeit zur Befolgung einfacher Handlungsanweisungen
- Fähigkeit zur aktiven Teilnahme an mehreren täglichen Therapiemaßnahmen, die eine Dauer von ca. 30 Minuten umfassen
- Teilmobilisation (z.B. wenn die Rehabilitanden ca. vier Stunden im Rollstuhl verbringen können)

- Ausschluss von Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. durch Weglauftendenz oder schwere aggressive Durchbrüche)
- Kleingruppenfähigkeit

Die Erfüllung dieser Kriterien durch W.D. kann anhand des Erst- und Kennlerngespräches weitestgehend bestätigt werden. Insbesondere die Bewusstseinsklarheit, die Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit, die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme an mehreren täglichen Therapiemaßnahmen und die Teilmobilisation von W.D. sowie der Ausschluss einer Selbstgefährdung sollen nachfolgend thematisiert werden, da diese Aspekte relevant für die Darstellung seiner Umwelt/situativen Bedingungen in der stationären Rehabilitation während des Interviewzeitpunktes sind.

In Bezug auf den Bewusstseinszustand wirkte W.D. während des Interviews überwiegend aufmerksam und handlungsfähig. Nur vereinzelt wurden leichte Konzentrationsdefizite wahrgenommen, die durch wiederholtes Nachfragen zum Ausdruck kamen. Diese Konzentrationsdefizite könnten sowohl auf Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit als eine Folge des Schlaganfalls, als auch auf die abendliche Tageszeit der Interwiederdurchführung und den durch Therapiemaßnahmen stark strukturierten Tagesablauf von W.D. zurückzuführen sein. Aufgrund des zeitlich sehr intensiv gegliederten Therapieplans von W.D. war ein Interview mit ihm nur am Abend möglich. In diesem Zusammenhang wurde ersichtlich, dass er innerhalb eines Tages mehrere Therapiemaßnahmen motiviert wahrnimmt und sich dadurch vor allem die Wiedererreichung seines prämorbidem Zustandes erhofft.

Während des gesamten Erst- und Kennlerngespräches zeigte sich W.D. darüber hinaus sehr Kommunikations- und Interaktionsfähig sowie -freudig. Er berichtete unmittelbar zu Beginn der Gesprächssituation unaufgefordert und ausführlich von seiner Krankheits- und Lebenssituation. Auch die Nachfragen zu seinem Privatleben beantwortete W.D. dem Anschein nach sehr gewissenhaft und erschöpfend. Daraus wurde deutlich, dass er sich gedanklich äußerst intensiv mit seiner persönlichen Situation beschäftigt, allerdings im Rahmen des stationären Aufenthaltes scheinbar nicht hinreichend die Gelegenheit dazu hat, diese in einem Gespräch mit anderen zu reflektieren.

Eine Teilmobilisation von W.D. war durch die Verwendung eines Rollstuhls sowie einer Gehhilfe gegeben. Durch die behindertengerechte Bauweise der Krankenhausstation war eine barrierefreie Fortbewegung von W.D. innerhalb der Klinik möglich. In Bezug auf eine uneingeschränkte Mobilität nach der Rehabilitation und außerhalb der Klinik, äußerte er hingegen Bedenken.

Akute Anzeichen einer Selbstgefährdung, die in der Phase der Frührehabilitation von W.D. vorhanden waren, konnten zum Zeitpunkt des Interviews, aufgrund von psychotherapeutischen Maßnahmen, ausgeschlossen werden. Dennoch wirkte W.D. bei der Schilderung seiner Situation bedrückt bis niedergeschlagen und zeigte sich vor allem besorgt über die Anforderungen, die nach der stationären Rehabilitation im familialen und häuslichen Bereich an ihn gestellt werden würden. Zudem hatte es den Anschein, als würde er sich durch den Aufenthalt in der Klinik gebremst und machtlos gegenüber

seinen gewöhnlichen familialen und häuslichen Pflichten fühlen, die er während seiner Abwesenheit zu Hause nicht erfüllen kann. Neben dieser intensiv gedanklichen Auseinandersetzung mit seinen „zurückgelassenen“ Verpflichtungen, steht die Frage nach den Ursachen seines Schlaganfalls sowie die Frage, warum ausgerechnet er davon betroffen ist, im Mittelpunkt seiner Überlegungen. Diese Fragen deuten darauf hin, dass W.D. sich zum Zeitpunkt des Erst- und Kennlerngespräches in der zweiten Phase der Krankheitsverarbeitung befand. Diese Phase wird mit den Worten „Aggression/Wut“ bezeichnet und ist dadurch gekennzeichnet, dass die eigene Betroffenheit bei den Rehabilitanden das Gefühl auslöst, ungerecht behandelt worden zu sein (vgl. Dehn-Hindenbergh, 2010, S. 148). Die Frage „Warum trifft es gerade mich?“ in der Phase der Aggression/Wut impliziert häufig die Frage „Was habe ich getan, um das zu verdienen?“ und den Wunsch nach Gerechtigkeit (vgl. ebd.). Aus der Ansicht, mit der Krankheit ungerecht behandelt worden zu sein, können Gefühle der Wut, Kränkung und/oder Aggression entstehen, die sich dann gegen Personen aus dem sozialen Umfeld oder gegen die eigene Person richten (vgl. ebd.).

Zur Zeit des zweiten leidfadengestützten Interviews befand sich W.D. in der Anschlussheilbehandlung (AHB, Phase D der neurologischen Rehabilitation) in einer neurologischen Abteilung eines Rehabilitationszentrums. In dieser Phase weisen die Rehabilitanden häufig noch leichte alltags- und berufsrelevante kognitive und psychische Störungen auf (vgl. Rüsseler, 2009, S. 80). Mit den Therapie-maßnahmen in dieser Rehabilitationsphase wird das Ziel verfolgt, die Funktionen des zentralen Nervensystems wieder herzustellen, sodass eine aktive Teilnahme am alltäglichen Leben in der Gesellschaft (z.B. durch Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder beruflicher Wiedereingliederung) wieder möglich ist (vgl. ebd.). Das Erreichen der AHB setzt folgende Bedingungen, zusätzlich zu den Kriterien der Phase C, bei den Rehabilitanden voraus (vgl. Rüsseler, 2009, S. 80):

- durchgängige Lern-, Handlungs- und Kooperationsfähigkeit
- weitgehende Selbstständigkeit in den Alltagsverrichtungen (insbesondere Waschen, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Essen, Mobilität)

Von diesen Kriterien wurde die Selbstständigkeit in den Alltagsverrichtungen im Zusammenhang mit den Bedingungen der Umwelt/situativen Bedingungen in der stationären Rehabilitation im zweiten Interview thematisiert. Diesbezüglich berichtete W.D. von Schwierigkeiten des zeitgerechten Kleidungswechsels zwischen den zeitlich kurz aufeinanderfolgenden Therapiemaßnahmen. Darüber hinaus bestätigten sich im zweiten Interview die Bedingungen der Umwelt/situativen Bedingungen der stationären Rehabilitation von W.D. aus dem Erst- und Kennlerngespräch. Auch der Aufenthalt in der Abteilung eines neurologischen Rehabilitationszentrums war durch stark strukturierte und intensive Therapiemaßnahmen gekennzeichnet. Die Möglichkeiten des reflexiven Gedankenaustausches der Rehabilitanden in Bezug auf ihre „einschneidende“ Lebenssituation schien ebenfalls gering zu sein. Die Umweltkriterien der behindertengerechte Bauweise waren mit dem stationären Aufenthalt der Phase C

vergleichbar. Und die familien- und haushaltsbezogenen Sorgen von W.D. sowie die Phase seiner Krankheitsbewältigung entsprachen größtenteils den Erfahrungen aus dem Erst- und Kennlerngespräch.

Zusammenfassend können folgende Bedingungen der Umwelt/situative Bedingungen der stationären Rehabilitation von W.D. in den Phasen C und D festgehalten werden:

1. Die stationäre Rehabilitation von W.D. ist durch einen mit Therapiemaßnahmen stark strukturierten Alltag gekennzeichnet.
2. Die stationäre Rehabilitation von W.D. bietet wenig Gelegenheit für Reflexionsgespräche mit anderen über die neue („einschneidende“) Lebenssituation.
3. Die stationäre Rehabilitation von W.D. ist mit einem Gefühl der Deprivation in Bezug auf seine häuslichen Verpflichtungen verbunden.
4. Die stationäre Rehabilitation von W.D. bietet eine behindertengerechte Umwelt.

3.4.6 Epoche/Gesellschaft

Auf der Ebene der Epoche/Gesellschaft ist in Bezug auf die PUA von W.D. danach zu fragen, welche gesamtgesellschaftliche Bedeutung die Familie, die Arbeit beziehungsweise eine Tätigkeit, die Freunde und die Freizeit haben und welche Folgen sich daraus für W.D. in seiner spezifischen Situation ableiten lassen.

Familie

Die Familie ist soziologisch betrachtet eine soziale Gruppe, die mindestens zwei Generationen umfasst und in allen Gesellschaften durch die folgenden fünf gemeinsamen Funktionen gekennzeichnet ist (vgl. Nave-Herz & Onnen-Isemann, 2001, S. 291):

1. *Befriedigung der Bedürfnisse* nach Liebe und emotionaler Geborgenheit ihrer Mitglieder.
2. *Regulierung der Sexualität* durch sexuelle Verhaltensgebote zwischen den Mitgliedern.
3. *Selbstrekrutierung* durch biologische Reproduktion der Mitglieder.
4. *Schutz und Fürsorge* gegenüber den Mitgliedern.
5. *Soziale Platzierung eines Individuums* durch Sozialisation der Mitglieder.

Die Ausgestaltung dieser Funktionen führt im Zuge der in unserer Gesellschaft stattfindenden Pluralisierung und Individualisierung (vgl. Beck & Beck-Gernsheim, 1994) zu differenzierten Familienformen, sodass neben der zwar noch immer vorherrschenden sogenannten modernen Klein- oder auch Kernfamilie, vielfältige Familienformen existieren, wie beispielsweise die nichtehelichen Lebensgemeinschaften, die getrennt Zusammenlebenden („living apart together“), die gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften, die Ein-Eltern-Familien (Alleinerziehende), die Stieffamilien

(Fortsetzungsfamilie, „Patchworkfamilie“), die Adoptivfamilien, die heterologen Inseminationsfamilien oder auch die Drei- und Mehrgenerationenhaushalte (vgl. Peuckert, 2007, S. 40-48). Dieser Differenzierungsprozess der Familienformen ist nach Peuckert (vgl. 2008, S. 339) mit einer Steigerung der Flexibilität verbunden, die wiederum zu einer Erhöhung der Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Umweltbedingungen führt. In diesem Zusammenhang verweist er auch darauf, dass ein wesentlicher Grund für die rasche Expansion der neuen Familienformen darauf zurückzuführen ist, dass diese Lebensformen insbesondere in Bezug auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes mehr Unabhängigkeit und Reversibilität garantieren, als eine weniger spezialisierte, auf Dauer angelegte, geschlechtsspezifisch strukturierte „Normalfamilie“ (vgl. ebd.). Daraus lassen sich Wechselwirkungen zwischen der Familie und den sozioökonomischen Bedingungen der Gesellschaft ableiten, die historisch bestätigt werden (vgl. ebd., S. 94-146).

Im Alter werden die familialen Lebensformen darüber hinaus stark durch demografische Faktoren einer Gesellschaft bestimmt (vgl. Backes & Clemens, 2008, S. 68). Dementsprechend haben sinkende Geburtenraten und steigende Lebenserwartungen die Entwicklung der sogenannten „Bohnenstangenfamilie“ begünstigt, die durch die Gleichzeitigkeit von mehreren Familienmitgliedern aus kulturell divergierenden Generationen gekennzeichnet ist, die nicht im selben Haushalt leben (vgl. ebd.). Die Generation der sogenannten „Alten“ lebt indes überwiegend alleine in Ein- und Zweipersonenhaushalten zusammen (vgl. ebd., S. 69). Dieses Zusammenleben in Zweipersonenhaushalten bei älteren Ehepaaren, die sich im Ruhestand befindend, ist häufig bedingt durch eine ausgeprägte zeitliche Gemeinsamkeit, die sinnstiftend gefüllt und durch neue räumlich-zeitliche Arrangements organisiert werden muss (vgl. Backes & Clemens, 2008, S. 69, zitiert nach Schäuble, 1989). In diesem Rahmen kann nach Backes und Clemens (vgl. 2008, S. 69) auch eine Neuverteilung der häuslichen Aufgaben stattfinden, bei der die Ehepartner in bisher unabhängige und selbstständig gestaltbare Bereiche des jeweils anderen „eindringen“.

Trotz der sehr engen Partnerschaft in Zweipersonenhaushalten, ist auch die übrige Familie im Alter weiterhin ein dominierender sozialer Raum für soziale Beziehungen (vgl. ebd., S. 223). Nach Backes und Clemens (vgl. ebd., S. 224) sind geringe oder keine Familienbeziehungen hingegen mit einer weitgehenden Reduktion von sozialen Handlungs- und Kontaktmöglichkeiten sowie einem Defizit sozialer und materieller Unterstützungen verbunden (vgl. ebd.). Im Falle der Unterstützungsbedürftigkeit erbringen vor allem Töchter beziehungsweise Schwiegertöchter einen großen Teil der Hilfe- und Pflegeleistungen (vgl. ebd., S. 71), was auf die gesellschaftlich zugeschriebene Rolle der Frau als „soziale Dienstleisterin der Familie“ zurückzuführen ist (vgl. Röttger-Liepmann, 2007, S. 39-48).

Die Familie von W.D. entsprach in der Vergangenheit einer Klein- beziehungsweise Kernfamilie, bestehend aus zwei getrenntgeschlechtlichen Elternteilen mit einem Kind, und zählte damit zu den sogenannten „Normalfamilien“ in unserer Gesellschaft. Mittlerweile hat sich seine Tochter von ihrer Herkunftsfamilie gelöst und führt in einer entfernten Großstadt eine eigene nichteheliche

Lebensgemeinschaft, in der es einen 18jährigen Sohn gibt. Folglich wohnt W.D. gegenwärtig zusammen mit seiner Ehefrau in einem für ältere Paare gewöhnlichen Zweipersonenhaushalt. In diesem Haushalt hat W.D. seiner Ehefrau nach eigenen Schilderungen viele Aufgaben abgenommen und begründet dies vor allem mit der Herzerkrankung seiner Partnerin. Zusätzlich kann vermutet werden, dass er durch die Übernahme der häuslichen Aufgaben seiner Ehefrau eine sinnstiftende Erfüllung sowie eine Tagesstrukturierung seines Ruhestandes erhielt. Daraus resultierte für die Ehefrau möglicherweise ein Verzicht auf ihre unabhängig und selbstständig gestaltbaren Bereiche innerhalb des Haushaltes, was wiederum zu einer Unselbstständigkeit ihrerseits und damit zu einer Abhängigkeit von W.D. beigetragen haben könnte. Bestätigt werden diese Annahmen durch die Tatsache, dass W.D. die Übernahme der Aufgaben seiner Ehefrau nach seinem Schlaganfall bedauert. Höchstwahrscheinlich befürchtet er, dass nun weder seine Ehefrau, noch er die anfallenden Aufgaben im Haushalt bewältigen können.

Diese Ängste werden dem Anschein nach dadurch verstärkt, dass seine Tochter aufgrund ihres entfernten Wohnortes, keine alltägliche und persönliche Unterstützung ihrer Eltern leisten kann. Dabei ist die Entfernung der Tochter von ihrem ursprünglichen Sozialraum höchstwahrscheinlich auf die Entwicklungen der Pluralisierung sowie Individualisierung in unserer Gesellschaft zurückzuführen und durch sozioökonomische Faktoren des Arbeitsmarktes bedingt. Diese Faktoren scheinen zur Notwendigkeit der Flexibilisierung beizutragen und bestimmen dadurch die Familienbeziehungen von W.D. zwischen der Eltern- und der Kindergeneration. Insgesamt kann aus der räumlichen Trennung zwischen W.D. und seiner Tochter ein Defizit in der Erfüllung der gegenseitigen Fürsorge als eine gesellschaftliche Funktion der Familie abgeleitet werden, was möglicherweise gleichsam zu Mängeln in der gesellschaftlichen Familienfunktion der Befriedigung von Bedürfnissen nach Liebe und emotionaler Geborgenheit führt. Es ist denkbar, dass sich diesbezüglich bei W.D. Gefühle der Enttäuschung entwickelt haben, die durch die sozial zugeschriebene Rollenerwartung an die Tochter, als „soziale Dienstleisterin der Familie“ im Falle der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, verstärkt werden. Diese Enttäuschung drückt sich vor allem dadurch aus, dass W.D. betont, seine Tochter könne aufgrund ihrer Entfernung nicht wirklich unterstützen, sondern lediglich gute Ratschläge am Telefon erteilen. Dennoch scheint die Tochter von W.D., nach seiner Ehefrau, die zweitwichtigste Bezugsperson in seinem Leben zu sein.

Arbeit

Arbeit ist in unserer Gesellschaft eine Grundlage für Teilhabe und Wohlfahrt (vgl. Minssen, 2012, S. 7). Durch sie werden Personen mit Einkommen versorgt, erfahren Anerkennung auf der gesellschaftlichen Ebene (vgl. Kropf, 2005, S. 169) und erhalten dadurch soziales Prestige (vgl. Voswinkel, 2005, S. 244). Auch nach Prahl und Schroeter (vgl. 1996, S. 140) bewegt sich der Mensch im Beruf in einem sozialen System, das ihn gesellschaftlich verortet, ihn vergesellschaftet, mit Einkommen ausstattet, ihm Aufgaben und Kompetenzen verleiht, seinen Alltag strukturiert und soziale Beziehungen gewährt. Darüber hinaus bestimmen die Autoren Arbeit und Leistung als Kernpunkte grundlegender Werte sowie der Weltauffassung in modernen Gesellschaften (vgl. ebd.).

Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und der Übergang in den Ruhestand wiederum ist in unserer gegenwärtigen Gesellschaft sowohl mit dem Verlust von Aufgaben und sozialen Rollen, als auch mit dem Gewinn neuer Freiheiten verbunden (vgl. ebd.) und symbolisiert zudem die stärkste gesellschaftliche Zuschreibung von „Alter“ (vgl. Backes & Clemens, 2008, S. 60). Der Zerfall sozialer Schlüsselrollen und die damit zusammenhängende Einengung des sozialen Bezugsfeldes durch den Ruhestand, ist nach Prahl und Schroeter (vgl. 1996, S. 143) oftmals auch an einen Rückgang von Macht, Autorität, Prestige und sozialem Ansehen gekoppelt. Daraus können sich Gefühle der Nutzlosigkeit entwickeln, die zur Minderung des Selbstwertgefühls beitragen (vgl. ebd.). Des Weiteren können die mit einem Ruhestand oft einhergehenden ökonomischen Einschränkungen, die verminderte Teilhabe und Verfügungsgewalt an knappen sozialen Werten und Diensten sowie die Änderung des Tagesrhythmus zur Orientierungslosigkeit führen (vgl. ebd.). Der Umgang mit diesen möglichen Folgen des Ruhestandes ist von gesellschaftlich-politischen, historischen, beruflichen, individuellen beziehungsweise biografischen sowie sozialen Faktoren abhängig (vgl. ebd.).

W.D. berichtet in Bezug auf Arbeit zwar, dass er keiner beruflichen oder nebenberuflichen Tätigkeit nachgeht, schildert aber viele Aufgaben und Verpflichtungen, die er rund um seinen Haushalt wahrgenommen hat. Zudem erwähnt er, dass es ihm immer wichtig war, anderen zu helfen und bezieht sich in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Witwen der verstorbenen Ehemänner seines ehemaligen Freundes- und Bekanntenkreises. Seine Schilderungen verdeutlichen, dass er es sehr bedauert, die unterstützenden Tätigkeiten aufgrund der Folgen seines Schlaganfalls aufgeben zu müssen. Insgesamt zeigt sich, dass W.D. seine soziale Rolle stark über die anfallenden Aufgaben zu Hause sowie über die Nachbarschaftshilfen definiert hat. Möglicherweise hat er in der Phase der Neuorientierung des Ruhestandes, seine ehemaligen beruflichen Aufgaben mit Tätigkeiten im und am eigenen Haushalt sowie in und an den Haushalten der verwitweten Nachbarinnen ersetzt, wodurch er soziale Anerkennung und soziales Prestige erfuhr sowie soziale Beziehungen aufrecht erhalten konnte. Es ist anzunehmen, dass er dadurch mögliche Gefühle der eigenen Nutzlosigkeit sowie Minderwertigkeit nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben relativieren konnte. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass der Verlust seiner unterstützenden Tätigkeiten aufgrund der Folgen seines Schlaganfalls, mit einem Ausbleiben seiner sozialen Anerkennung, seines sozialen Prestiges und seiner sozialen Beziehungen sowie im Ganzen mit einer eigenen Abwertung seiner sozialen Rolle verbunden ist, die zu Gefühlen der Nutzlosigkeit sowie Minderwertigkeit führen und damit zur niedergeschlagenen Stimmung von W.D. beitragen.

Freundschaft

Freundschaften sind in der Soziologie Spezialfälle sozialer Beziehungen, die wechselseitig aufeinander orientiert sind und dadurch ein soziales System bilden (vgl. Esser, 2000, S. 14). Soziale Beziehungen wiederum sind wiederholte und regelhafte Interaktionsmuster zwischen zwei oder mehreren Personen, aus deren Kreuz- und Querverbindungen beständige soziale Netzwerke entstehen können (vgl. Weymann, 2007, S. 117). Auf der gesellschaftlichen Ebene beeinflussen soziale Netzwerke nach Weyers

(vgl. 2007, S. 33) Handlungsmöglichkeiten und Normen der in sie eingebetteten Individuen oder Gruppen, kanalisieren den Zugang zu Ressourcen und prägen das Verhalten der Akteure.

Im Alter sind soziale Beziehungen und soziale Netzwerke in unserer Gesellschaft von besonderer Bedeutung, da diese im Falle der Hilfs- beziehungsweise Pflegebedürftigkeit unterstützend wirken (vgl. Backes & Clemens, 2008, S. 74). Diesbezüglich wird davon ausgegangen, dass sie dazu beitragen, Belastungen zu vermeiden, gesundheitsschädigenden Stress und Stressfolgen zu verringern, eingetretene Krisen und Krankheiten zu bewältigen sowie langfristig andauernde Beeinträchtigungen von Wohlbefinden und Gesundheit zu überwinden oder dauerhaft damit leben zu lernen (vgl. Nestmann, 1999, S. 98). Daneben vermitteln Freundschaftsbeziehungen vorrangig soziale Anerkennung und helfen dabei, Emotionen auszutauschen sowie die Freizeit zu gestalten, während Nachbarn vor allem für Hilfen und den Austausch im häuslichen Bereich notwendig sind (vgl. Backes und Clemens, 2008, S. 75).

Das Funktionieren der außerfamilialen sozialen Beziehungen und sozialen Netzwerke ist im Alter von der Möglichkeit abhängig, wie gut diese aufrecht erhalten werden können (vgl. ebd., S. 74). Für die Aufrechterhaltung der strukturellen und qualitativen Charakteristika des sozialen Netzwerkes ist neben dem Alter einer Person, auch ihre Netzwerkorientierung (z.B. Geschlechtszugehörigkeit) sowie die Netzwerkoffenheit ihrer Lebenssituation (z.B. sozioökonomische Lage, soziale Rolle, Lebensort) entscheidend (vgl. Nestmann, 1999, S. 104). Mit einem Verlust der sozialen Beziehungen, z.B. durch den Tod von Freunden, verringert sich die Unterstützungsquellen und Hilfequellen des Alltags, wodurch die Gefahr von Krisen zunimmt (vgl. ebd., S. 100). Eine Reduzierung der außerfamilialen Kontakte kann allerdings durch die sozialen Beziehungen zu den Kindern, den Enkeln und den Urenkeln kompensiert werden (vgl. ebd.).

W.D. hatte in der Vergangenheit einen festen Freundeskreis, der sich aus bekannten Ehepaaren der Umgebung zusammensetzte. Gemeinsam mit seiner Ehefrau pflegte er diese Kontakte durch regelmäßige und wiederholte Interaktionen in Form von Geburtstagsfeiern. Zudem waren seine außerfamilialen Beziehungen durch gegenseitige Unterstützung und Nachbarschaftshilfen gekennzeichnet. Diese Beziehungen veränderten sich für W.D. im Laufe der Zeit vor allem durch den Tod der befreundeten männlichen Ehepartner, sodass er in den letzten Jahren der einzig übrige Mann in seinem Freundeskreis war. In diesem Zusammenhang erwähnt W.D., dass er seine männlichen Kontakte vermisst, was vermutlich mit Einschränkungen in der Freizeitgestaltung und des emotionalen Austausches verbunden ist.

Aufgrund seiner geschlechtsspezifischen Netzwerkorientierung, bei der Männer mit Männern und Frauen mit Frauen befreundet sind, vermeidet er den freundschaftlichen Kontakt zu den hinterbliebenen Witwen der verstorbenen Ehemänner. Begründet werden kann diese geschlechtsspezifische Netzwerkorientierung wahrscheinlich mit den geschlechtsspezifischen Interessen von Männern und Frauen, die gesellschaftlich stark durch die sozialen Geschlechterrollen zugeschrieben werden. Diese Zuschreibung wies W.D. vor seinem Schlaganfall im Freundes- und Bekanntenkreis die

soziale Rolle des „männlichen Helfers“ zu, der die Witwen vor allem durch handwerkliche Tätigkeiten unterstützte und dadurch vermutlich soziale Anerkennung erhielt. Daraus kann abgeleitet werden, dass die außerfamilialen Kontakte von W.D. vorrangig auf Austauschprozessen basierten, die auf seine „männlichen Ressourcen“ zurückzuführen waren. Die Verminderung dieser Ressourcen als Folge seines Schlaganfalles ist nun möglicherweise mit dem Verlust seiner sozial normierten Rolle im Freundeskreis verbunden und damit, mit einer Reduzierung seines sozialen Ansehens. Netzwerkunterstützung der außerfamilialen sozialen Beziehungen in Bezug auf die Krankheitsbewältigung, kann W.D. nach eigenen Aussagen nicht erwarten, da die Witwen mit der Bewältigung ihrer eigenen Erkrankungen genug belastet seien. Aus dem Defizit der außerfamilialen sozialen Beziehungen von W.D. resultiert möglicherweise seine Hinwendung auf die familialen Beziehungen. Diese Hinwendung kommt nach seinem Schlaganfall durch den verstärkten Wunsch eines gemeinsamen Lebensabends mit der Ehefrau, dem Bedauern über die Entfernung zur Tochter sowie der Hoffnung einer Intensivierung des Kontaktes zum Enkelsohn zum Ausdruck.

Freizeit

„Freizeit ist der Maßstab für den Freiheitsgrad, für die Teilhabe am sozialen Leben und für das Wohlbefinden des Einzelnen in einer Gesellschaft.“ (Agricola, 2001, S. 107) Darüber hinaus kann Freizeit ein bedeutender gesellschaftlicher Faktor für die Lebensqualität sein (vgl. Agricola, 2001, S. 107), da sie aus individualpsychologischer Perspektive als eine Phase der Erholung, Entspannung und Selbstverwirklichung betrachtet wird (vgl. Prahl, 2002, S. 144). Die gesellschaftliche Voraussetzung für Freizeit ist Existenzsicherung und Wohlstand (vgl. ebd.). Daraus schlussfolgert Agricola (vgl. ebd.), dass eine Gesellschaft, die ihren Mitgliedern ein besonderes Verfügungsrecht über freie Zeit einräumen kann, eine vergleichsweise hohe gesellschaftliche und kulturelle Entwicklungsstufe erreicht hat. Daneben kann die frei zur Verfügung stehende Zeit in einer Gesellschaft ein Katalysator für gesellschaftliche, kulturelle und wirtschaftliche Entwicklung sein (vgl. ebd.). Dementsprechend verweist Brinkmann (vgl. 2010, S. 77) darauf, dass aus den individuellen Präferenzen, Normen und Zielen, durch die Freizeit unter anderem gekennzeichnet ist, eine Pluralisierung der Gesellschaft mit vielfältigen Milieus und Lebensstilgruppen resultiert. Umgekehrt zeigt sich in der Freizeit auch der soziale Wandel einer Gesellschaft (vgl. ebd.).

In Bezug auf das Alter, werden die Wechselbeziehung zwischen Freizeit und Gesellschaft vor allem durch den demografischen Wandel bestimmt. So hat die demografische Entwicklung nach Brinkmann (vgl. ebd.) mit den Tendenzen Alterung, Schrumpfung und Heterogenisierung der Bevölkerung insgesamt Einfluss auf Bereiche der alltäglichen Freizeitkultur sowie im Speziellen auf Kultur- und Freizeiteinrichtungen und bedingt zukünftig eine Freizeitwirtschaft, die verstärkt auf die Bedürfnisse von Senioren ausgerichtet ist. Zudem steht für die meisten älteren Menschen, aufgrund des Renteneintrittsalters im Vergleich zur gestiegenen Lebenserwartung, mehr freie Zeit zur Verfügung (vgl. Stampfl, 2011, S. 160). Daraus kann eine Wechselwirkung zwischen dem demografischen Wandel, der deutschen Sozialpolitik und der Freizeit im Alter abgeleitet werden.

Nach dem Renteneintritt kann die zur Verfügung stehende Zeit von den älteren Menschen zunächst als Urlaub wahrgenommen werden (vgl. Prahl, 1996, S. 147). Später erfolgt nach Prahl (vgl. ebd.) jedoch in der Regel die Einsicht, dass frei zur Verfügung stehende Zeit nicht mit Freizeit gleichzusetzen ist, woraus eine Unterscheidung zwischen Freizeit (z.B. lange schlafen, ausgiebig frühstücken, Ausflüge unternehmen) und Nicht-Freizeit (z.B. Hausarbeit, Behördengänge, Besorgungen) resultiert. Die Nicht-Freizeit erfüllt dabei die einstige Funktion der Arbeit und kann als neuer Gegenpol der Freizeit verstanden werden (vgl. ebd.). Daraus entsteht im Alltag eine Ersatzstruktur, die mit neuen Pflichten und Aufgaben verbunden ist (vgl. ebd.). Die Erhaltung dieser Alltagsstruktur wird dann oft durch ritualisiertes Alltagsverhalten erreicht, wohingegen Ungewohntes und Veränderungen eher abgelehnt werden (vgl. ebd., S. 149).

Der alternative Wirkungsraum von W.D. war vor seinem Schlaganfall stark mit tagesstrukturierenden Tätigkeit im eigenen Haushalt und Garten sowie mit unterstützenden Aufgaben in der Nachbarschaft ausgefüllt, die als Nicht-Freizeit interpretiert werden können. Seine Äußerungen führen zu der Annahme, dass es ihm bei der Erfüllung seiner eigens bestimmten freizeithlichen Pflichten weniger um Erholung und Entspannung, als vielmehr um die Selbstverwirklichung seiner sozialen Rolle ging, die durch ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Nützlichkeit gekennzeichnet war. Auf der gesellschaftlichen Ebene katalysierte dieses Bedürfnis der Nützlichkeit vermutlich sein soziales Engagement in Form von Nachbarschaftshilfe, wodurch er zugleich eine soziale Anerkennung sowie soziales Prestiges erfuhr.

Durch die Folgen des Schlaganfalls scheint W.D. seine üblichen Freizeitgestaltungen nun nicht mehr aufrecht erhalten zu können. Dies ist vermutlich mit einem Anstieg an freier Zeit und zugleich mit einem Verlust seiner gewohnten Tagesstruktur sowie seiner sozialen Rolle verbunden. Aus der daraus anzunehmenden verminderten gesellschaftlichen Teilhabe von W.D., kann eine Verringerung seiner Lebensqualität und damit seines Wohlbefindens abgeleitet werden. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die für ältere Menschen vergleichsweise umfangreich zur Verfügung stehende freie Zeit in unserer Gesellschaft, von W.D. nicht nur als Gewinn für die eigene Freiheit, sondern auch als Belastung empfunden wird, wenn diese nicht nach eigenen Bedürfnissen gestaltet werden kann.

Als Gegenpol zu seiner Nicht-Freizeit erwähnt W.D. Freizeitaktivitäten wie Urlaubsreisen und Fahrrad fahren. Er nimmt an, dass er diese Freizeitaktivitäten aufgrund der Folgen seines Schlaganfalls vorerst nicht mehr ausführen kann und betont, dass er höchstens noch „Alte-Leute-Urlaub“ machen könne. Diese Bezeichnung ist vermutlich auf ein gesellschaftliches Bild von Alter zurückzuführen und möglicherweise zugleich ein Hinweis darauf, dass sich W.D. nach seinem Schlaganfall selbst als alter Mensch betrachtet, der durch seine Einschränkungen und die gesellschaftlichen Zuschreibungen scheinbar dazu gezwungen ist, sein Identitätskonzept anzupassen.

3.4.7 Identitätskonzept von W.D.

Das Identitätskonzept von W.D. kann auf der theoretischen Grundlage des Interaktionsmodells sowohl anhand von externen sozialen Zuschreibungen aus der Umwelt, als auch mithilfe innerpsychischer Prozesse erklärt werden. Die externen Zuschreibungen der Umwelt bestehen aus normativen und probabilistischen Rollenerwartungen an W.D. in den vier Wirkungsräumen. Demnach werden an W.D. beispielsweise Erwartungen an seinen Status als Ehemann, Vater, Großvater und Bruder (familialer Wirkungsraum), Ehemann der Freundin, Nachbar (Wirkungsraum der Freundschaften), Rentner, ehemaliger Kollege (Wirkungsraum der Tätigkeiten) sowie Tourist, Freizeithemwerker oder Konsument (alternativer Wirkungsraum) herangetragen und von ihm innerpsychisch durch sein soziales und privates Selbst reflektiert. Mit dem sozialen Selbst definiert W.D. seine Identität auf der internen Ebene der Selbsterfahrung aus der Perspektive seiner Umwelt und mit dem privaten selbst aus der Perspektive seiner eigenen Person. Zwischen dem sozialen und dem privaten Selbst findet ein Integrations- und Balanceakt statt, der die nach außen dargestellte Identität von W.D. vor seinem Schlaganfall als fürsorglich, hilfsbereit, handwerklich begabt und männlich bestimmt hat.

Mit dem Schlaganfall und den daraus resultierenden körperlichen Einschränkungen ergibt sich für W.D. allerdings eine Statusänderung, die zu einer Diskontinuität seines Identitätskonzeptes führt und somit Identitätsprobleme sowie innere psychische Unausgeglichenheit bedingt. Sein prämorbidem Identitätskonzept wird von Inkongruenz bedroht und steht plötzlich im Widerspruch zu den postmorbiden externen Zuschreibungen aus der Umwelt sowie seinen aktuellen innerpsychischen Prozessen. Nun scheint er ein hilfsbedürftiger, körperlich beeinträchtigter, alter Mann zu sein. Durch diese Zuschreibungen macht W.D. negative Selbsterfahrungen, was zu Minderwertigkeitsgefühlen beiträgt. Nach dem hedonistischen Prinzip versucht er nun durch Identitätsstrategien, seine negativen Selbsterfahrungen zu minimieren und positive Selbsterfahrungen zu maximieren. Dies äußert sich bei ihm vor allem auf der Handlungsebene, indem er seine Umwelt, insbesondere durch Selbstdarstellung in Form von vorschnellen Handlungen in den Therapien, davon zu überzeugen versucht, dass er nicht wirklich eingeschränkt sei, sondern alle Handlungen wie vor dem Schlaganfall ausführen könne. In diesem Zusammenhang ist anzunehmen, dass W.D. die vorschnellen Handlungen in der Therapie als besondere Leistungen versteht, mit denen er versucht, seine Einschränkungen zu kompensieren und damit sein prämorbidem Identitätskonzept aufrecht zu erhalten.

3.6 Zwischenfazit – Empirie

Die Person-Umfeld-Analyse von W.D. zum Zeitpunkt seiner stationären Rehabilitation (Phase C und D) hat ergeben, dass aus den Folgen seines Schlaganfalls überwiegend negative Valenzen im Wirkungsraum der (sinnstiftenden) Tätigkeiten (Nicht-Freizeit), im alternativen Wirkungsraum (Freizeit) sowie im Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup) existieren, während im Wirkungsraum der Familie vorrangig positive Valenzen vorherrschen. Auf der Grundlage dieser Feldkräfte entstehen Spannungen, die eine Attraktion des familialen Wirkungsraumes sowie eine Aversion der drei übrigen Wirkungsräume bedingen. Dies bewirkt eine Lokomotion von W.D. in die Richtung seines familialen Wirkungsraumes sowie einen Bindungsprozess an diesen, während er sich von den anderen Wirkungsräumen entfernt und ablöst.

Die starke Bindung an den familialen Wirkungsraum sowie die Ablösung von den übrigen drei Wirkungsräumen kann ambivalent diskutiert werden. Einerseits können die intensiven Familienbeziehungen die Motivation von W.D. in Bezug auf seine Krankheitsbewältigung fördern, andererseits besteht dadurch aber auch die Gefahr des sozialen Rückzuges bis hin zur familialen Isolation. In diesem Zusammenhang ist ein verstärkter Aufenthalt von W.D. im ehelichen Zweipersonenhaushalt anzunehmen, der das Risiko einer weiteren Einnahme bisher unabhängiger und selbstständig gestaltbarer Lebensbereiche der Ehefrau birgt und damit ihre Abhängigkeit sowie Unselbstständigkeit weiter erhöhen würde. Für W.D. kann diese Einnahme hingegen als Ressource interpretiert werden, wenn es sich dabei um häusliche Tätigkeiten, Aufgaben und Verpflichtungen handelt, die nützlich sind. Dadurch hätte er die Möglichkeit, einen Teil seines prämorbidem Identitätskonzeptes, d.h. seiner einstigen sozial zugeschriebenen Rolle als „handwerklich begabter, hilfsbereiter und fürsorglicher Mann“, aufrecht zu erhalten.

Zwischen dem familialen Wirkungsraum von W.D. und dem Wirkungsraum seiner Freundschaften (Peergroup) gibt es Wechselbeziehungen, die auf dem freundschaftlichen Verhältnis seiner Ehefrau zu den Witwen seiner ehemaligen männlichen Freundschaftsbeziehungen basieren. W.D. selbst hatte zu den Witwen vor seinem Schlaganfall keine Freundschafts-, sondern eine Dienstleistungsbeziehung, indem er sie mit Heimwerkerarbeiten unterstützte und dafür soziales Ansehen sowie soziales Prestiges erhielt. Dadurch konnte er sein Identitätskonzept aufrecht erhalten. Seit seinem Schlaganfall und den damit bedingten körperlichen Einschränkungen, kann er die Heimwerkerarbeiten für die Witwen nicht mehr durchführen, weshalb er sich von diesen Beziehungen ablöst und Identitätsprobleme entwickelt. Auch ansonsten hat er keine informellen sozialen Beziehungen. Deswegen ist sein Zugang zum Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup) mit einer Barriere abgegrenzt, was seine Möglichkeiten für emotionalen Austausch insgesamt beschränkt. Die Barriere grenzt W.D. allerdings nicht vollständig aus, da er es nicht ausschließt über formelle soziale Beziehungen zu Gleichbetroffenen (z.B. in einer Selbsthilfegruppe) neue informelle soziale Beziehungen einzugehen. Dadurch könnte die Barriere zum Wirkungsraum der

Freundschaften (Peergroup) von W.D. bewältigt werden. Gegenwärtig hofft W.D. allerdings darauf, dass er seine defizitären informellen Beziehungen im Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup) durch seine Familienbeziehungen ausgleichen kann. Dies kommt insbesondere durch den Wunsch einer Intensivierung des Kontaktes zur Ehefrau, zur Tochter und zum Enkelsohn zum Ausdruck.

Zwischen dem Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup) von W.D. und seinem alternativen Wirkungsraum (Freizeit) existierten vor seinem Schlaganfall Wechselbeziehungen, die darauf basierten, dass W.D. seine Freizeitaktivitäten in Form von Heimwerkerarbeiten gerne in Verbindung mit unterstützenden Tätigkeiten bei den Witwen seiner ehemaligen männlichen Freundschaftsbeziehungen eingesetzt hat. Nach seinem Schlaganfall ist der alternative Wirkungsraum von W.D. allerdings ausschließlich mit negativen Valenzen belegt und von einer Barriere abgegrenzt, was auf seine jetzigen körperlichen Beeinträchtigungen sowie den daraus resultierenden Einschränkungen seiner Funktionsfähigkeit in Bezug auf seine Freizeitaktivitäten zurückzuführen ist. Dadurch fehlt der Gegenpol zum Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) und damit ein Lebensraum, in dem W.D. sich selbst verwirklichen konnte, z.B. mit Heimwerkerarbeiten oder Urlaubsreisen. Dies scheint wiederum Auswirkungen auf sein Identitätskonzept zu haben, da er in Bezug auf Urlaubsreisen betont, dass er seiner Frau als Mann etwas bieten müsse. Möglicherweise kommt dadurch die starke Identifikation von W.D. mit einem gesellschaftlich zugeschriebenen Männerbild zum Ausdruck, in dem der Mann als „finanzieller Haushaltsvorstand (Ernährer)“ verstanden wird, der für den materiellen Wohlstand im Eheleben zu sorgen hat.

Zwischen dem alternativen Wirkungsraum (Freizeit) und dem Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) existierten vor dem Schlaganfall von W.D. starke Wechselbeziehungen, die darauf basierten, dass er seine heimwerkenden Freizeitaktivitäten einerseits als Selbstverwirklichung betrachtet hat und viel Freude daran hatte, diese aber andererseits von ihm auch als Hausarbeit geschildert wurden, die ein Mann pflichtgemäß erledigen muss. Nach seinem Schlaganfall können seine wirtschaftliche Eigenständigkeit sowie die Bereitschaft in Bezug auf die zu erledigende Hausarbeit Hilfspersonal zu finanzieren als Ressource interpretiert werden, die den Zugang zu diesem Wirkungsraum aufrecht erhalten. Auch der Wunsch von W.D., nach seiner stationären Rehabilitation wieder koordinierende sowie organisierende Aufgaben im Haushalt übernehmen zu wollen, kann als Ressource betrachtet werden, da er dadurch voraussichtlich ein Gefühl der Nützlichkeit und Selbstwirksamkeit erhält. Da sich W.D. in Bezug auf die Haushaltsaufgaben als „federführend“ bezeichnet, ist anzunehmen, dass er innerhalb der Ehebeziehung eine dominante Rolle hat, die er durch die Aufgabenübernahme aufrecht erhalten möchte. Möglicherweise ergeben sich diesbezüglich nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation Konflikte mit seiner Ehefrau zu Hause. Zudem hat W.D. durch den Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) vermutlich eine Tagesstruktur erhalten, die seine frei zur Verfügung stehende Zeit im Ruhestand kompensiert. Dazu zählen auch alltägliche Aufgaben, wie das sich Waschen oder Duschen, das W.D. aufgrund von Hilfsmittel nach seinem Schlaganfall voraussichtlich weiter selbstständig durchführen kann.

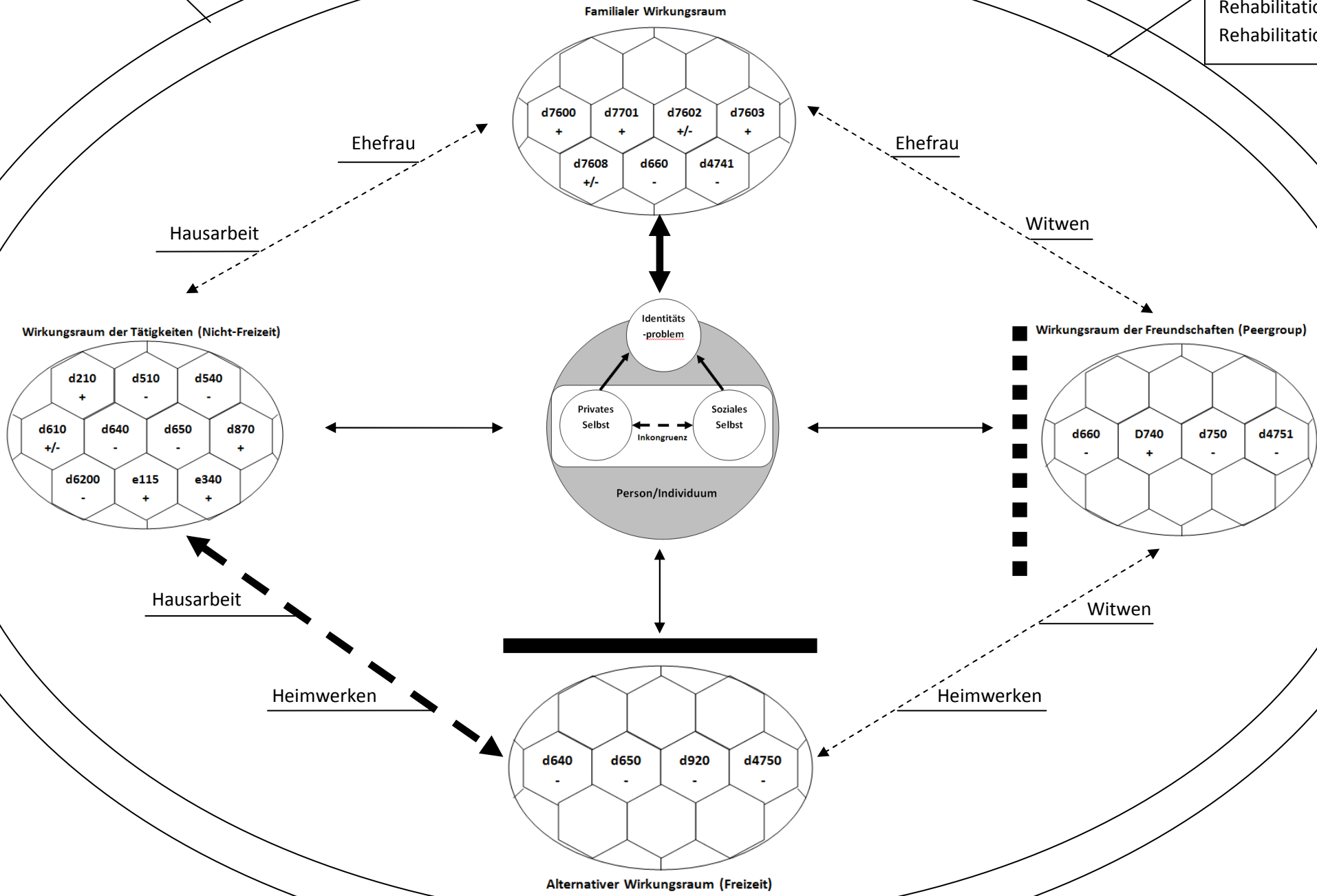
Zwischen dem Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) und dem Wirkungsraum der Familie von W.D. existierten vor seinem Schlaganfall Wechselbeziehungen, die darauf basierten, dass W.D. seiner Ehefrau die Hausarbeiten im Zweipersonenhaushalt abgenommen hat. Nach seinem Schlaganfall bereut er die starke Übernahme der häuslichen Aufgaben seiner Ehefrau, was vermutlich auf ihre dadurch bedingte Unselbstständigkeit zurückzuführen ist.

Appetenz-Appetenz-, Aversions-Aversions- oder Appetenz-Aversions-Konflikte konnten bei W.D. nicht analysiert werden, da es innerhalb oder zwischen den Wirkungsräumen keine annähernd gleich starken Valenzen gibt, die sich gegenseitig ausschließen und W.D. in eine notwendige Entscheidungssituation versetzen würden. Vielmehr bedingen sich die Valenzen gegenseitig und entwickeln eine Dynamik im Feld von W.D., der er zwangsläufig ausgesetzt ist. Aus diesem Defizit an Entscheidungssituationen kann zudem ein Mangel an eigenen Gestaltungsmöglichkeiten in seinem Lebensraum abgeleitet werden und damit letztlich eine Reduzierung seiner Selbstwirksamkeitserfahrungen. Aus diesem Grund besteht die Notwendigkeit, positive Valenzen im Lebensraum von W.D., vor allem im Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup), im alternativen Wirkungsraum (Freizeit) sowie im Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit), zu schaffen.

Insgesamt ergibt die ICF-bezogene Person-Umfeld-Analyse von W.D. unter Berücksichtigung seines Identitätskonzeptes folgendes Schaubild seines Lebensraumes:

Gesellschaft

Phase C und D der neurologischen Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die sehr starke persönliche Identifikation von W.D. mit seinen Aufgaben sowie Verpflichtungen sowie die jetzige Verhinderung ihrer Ausführung, Auswirkungen auf alle Wirkungsräume seines Lebens haben und sein biopsychosoziales Kernproblem katalysieren. Dieses Kernproblem ergibt sich aus den Wechselbeziehungen zwischen den vom Schlaganfall bewirkten Einschränkungen seiner körperlichen Funktionsfähigkeit (bio), der dadurch bedingten verminderten Aktivität innerhalb der vier Wirkungsräume, die zum Verlust seiner sozialen Rolle und zur Reduzierung seiner gesellschaftlichen Partizipation führen (sozial), sowie den daraus resultierenden Minderwertigkeitsgefühlen, die auf Empfindungen der eigenen Nutzlosigkeit zurückzuführen sind und seine insgesamt niedergeschlagene Stimmung erzeugen (psycho).

Das Gefühl der Nutzlosigkeit wird zudem möglicherweise im Kontext einer sogenannten „Leistungsgesellschaft“ zusätzlich negativ beeinflusst, wodurch die niedergeschlagene Stimmung verstärkt wird. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang auch die Umweltbedingungen/situativen Bedingungen der stationären Rehabilitation von W.D. zu berücksichtigen, da der Aufenthalt in einem klinischen Sozialraum bei ihm durch ein Gefühl der Deprivation sowie einen zeitlich stark strukturierten Therapieplan gekennzeichnet war, der nur wenig Möglichkeiten für reflexive und kompensierende Gespräche bot.

4. Intervention – Teil III

4.1 Definition und Ziele von Intervention in der Rehabilitation

Der Begriff „Intervention“ leitet sich von dem lateinischen Verb „*intervenire* = *dazwischentreten, sich einschalten*“ ab und „bezeichnet generell eine Maßnahme, mit der in einen laufenden Prozess eingegriffen wird“ (Leutner, 2010, S. 63). Im allgemeinen Verständnis bedeutet Intervention „einen gezielten Eingriff in den Vermittlungsprozess zwischen gesellschaftlichen Handlungsanforderungen und individuellen Handlungskompetenzen der Gesellschaftsmitglieder“ (Zwick, 2004, S. 96 zit. n. Hurrelmann & Holler 1988, S. 81).

Laut einer Definition von Domnovski (vgl. 2005, S. 119) beinhaltet die pädagogische Intervention „ein Bündel von Tätigkeiten, die, unter Berücksichtigung der individuellen und jeweiligen Lernerfahrungen, -motivationen, -fähigkeiten, -behinderungen, Lebenssituationen und deren Hintergründe, Arbeitstechniken und Hilfeleistungssysteme entwickeln sollen, die nicht nur einen Weiterbildungscharakter haben, sondern darüber hinaus Angebote zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse bieten“.

Das Ziel der Intervention ist eine „Verfügbarkeit und angemessene Anwendung von Verhaltensweisen zu ermöglichen, die eine Person zur effektiven Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen befähigen, die für diese Person und/oder ihre Umwelt relevant sind“ (Zwick, 2004, S. 96 zit. n. Hurrelmann & Holler, 1988, S. 81). Der Schwerpunkt der Intervention ist darauf ausgerichtet, „den Aufbau, die Aufrechterhaltung und/oder die Wiederherstellung der individuellen Handlungskompetenz zu gewährleisten“ (ebd.).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat diese Ziele für den neurorehabilitativen Bereich konkretisiert, wonach übergeordnete Ziele für die rehabilitationspädagogische Arbeit „...die drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“ sind. Der Rehabilitant soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß ausüben, die für diesen Menschen als „normale“ (für seinen üblichen Lebenskontext üblich) erachtet werden (...)“ (BAR, 2010, S. 15). Demnach findet Rehabilitation auf der Ebene der medizinischen, beruflichen sowie sozialen Teilhabe statt, wie sie in SGB IX (vgl. 2012, S. 1254-1341) festgeschrieben ist.

Pädagogische Interventionen erfordern immer eine Bestandsaufnahme. „Im Idealfall besteht diese darin, dass die AdressatInnen der Intervention zuvor einer gezielten Diagnostik oder eines gezielten Assessments unterzogen werden“ (Leutner, 2010, S. 64). Diese Anforderungen erfüllt die ICF-

bezogene Person-Umfeld-Analyse, indem sie ein komplexes und umfassendes Bild zur Person erstellt. Am Fall W.D. kann nachfolgend aufgezeigt werden, welche potenziellen biopsychosozialen Interventionsmaßnahmen aus dieser Analyse abgeleitet werden können.

4.2 Biopsychosoziale Ziele in der Rehabilitation von W.D.

In der Phase C der stationären Rehabilitation von W.D. wurden laut Entlassungsbericht einer Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte folgende biopsychosoziale Ziele angestrebt:

- Steigerung der körperlichen und mentalen Belastbarkeit
- Besserung der rechtsseitigen Hemiparese
- Ggf. weitere Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren
- Besserung des hirnorganischen Psychosyndroms
- Stabilisierung der Stimmung

Diese Ziele wurden durch ärztliche, pflegerische, logopädische, ergotherapeutische, psychotherapeutische, neuropsychologische und kunsttherapeutische Instanzen sowie mit Hilfe von Angehörigenarbeit wie folgt erreicht:

- Steigerung der körperlichen und mentalen Belastbarkeit
- Besserung der Hemiparese
- Zufriedenstellende Einstellung der vaskulären Risikofaktoren
- Besserung der neuropsychologischen Beeinträchtigungen (Gedächtnis)
- Fortschreiten der Krankheitsverarbeitung
- Stabilisierung der Stimmung und die Erreichung eines suffizienten Nachtschlafes durch Umstellung einer antidepressiven Medikation

Mit dem Erreichen dieser Ziele konnte die Teilnahme von W.D. an der Phase D (AHB) der neurologischen Rehabilitation erfolgen. Des Weiteren wurden im Entlassungsschreiben der Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte folgende sozialmedizinische Perspektiven für eine Weiterbehandlung von W.D. empfohlen:

- Überwachung und ggf. Optimierung der vaskulären Risikofaktoren
- Vermeidung von Pflegeabhängigkeit anstreben
- Maßnahmen zur Ermöglichung von sozialer Teilhabe (vgl. SGB IX §§ 1 & 4, 2012, S. 1258-1259)

Darüber hinaus strebt W.D. folgende persönliche Ziele an:

- Rückkehr in das häusliche Umfeld und damit verbunden das Erreichen eines höheren Maßes an Beweglichkeit und Selbstständigkeit (Wunsch nach der Wiedererlangung des prämorbidem Zustandes)
- Verbesserung der Mobilität
- Erhalt der KFZ-, Haus-, Garten- und Grundstückspflege
- Aufbau außerfamiliärer Kontakte (vorwiegend zu Gleichbetroffenen)
- Motivation

Aus der ICF-bezogenen Person-Umfeld-Analyse von W.D. können letztlich folgende biopsychosoziale Ziele der Rehabilitation für mehr gesellschaftliche Aktivitäten und Partizipation abgeleitet werden:

Wirkungsraum der Familie

- *d7701 Ehe/liche Beziehung*: Stärkung der gemeinsamen Bewältigung der Hausarbeit und Schaffung von individuellen Freiräumen innerhalb des Zweipersonenhaushaltes
- *d7600 Eltern-Kind-Beziehung*: Klärung regelmäßiger Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeiten der Tochter
- *d7603 Beziehungen zum erweiterten Familienkreis*: Klärung regelmäßiger Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeiten des Enkelsohnes
- *d7602 Beziehungen zu Geschwistern*: Klärung von Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeiten durch den Bruder
- *d7608 Familienbeziehungen, anders bezeichnet*: Klärung von Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeiten durch den Lebensgefährten der Tochter
- *d4751 Fahren eines motorisierten Fahrzeuges*: Wiedererlangung der Fahrtüchtigkeit oder Schaffung des Zuganges zu alternativen Fortbewegungsmöglichkeiten (öffentliche Verkehrsmittel, Fahrgemeinschaften etc.)
- *d660 Anderen helfen*: Aufzeigen von Möglichkeiten des sozialen Engagements (Ehrenamt)

Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup)

- *d750 informelle soziale Beziehungen*: Schaffung von Kontaktmöglichkeiten
- *d740 Formelle Beziehungen*: Zugang zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe schaffen
- *d4751 Fahren eines motorisierten Fahrzeuges*: siehe Wirkungsraum der Familie
- *d660 Anderen helfen*: siehe Wirkungsraum der Familie

Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit)

- *d870 Wirtschaftliche Eigenständigkeit:* Festlegung des zur Verfügung stehenden Budgets für rehabilitative Maßnahmen
- *d6200 Einkaufen:* Stärkung der Fähigkeit, Einkaufen zu gehen und/oder ggf. Aufzeigen von Möglichkeiten der Haushaltsunterstützung
- *d640 Hausarbeiten erledigen:* Stärkung der Fähigkeit, Hausarbeit zu erledigen und/oder ggf. Aufzeigen von Möglichkeiten der Unterstützung
- *d650 Haushaltsgegenstände pflegen:* Stärkung der Fähigkeit, Haushaltsgegenstände zu pflegen und/oder ggf. Aufzeigen von Möglichkeiten der Unterstützung
- *e340 Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen:* Diagnose des Unterstützungsbedarfs und Aufklärung über sowie ggf. Organisation von möglichen Dienstleistungen der persönlichen Assistenz
- *d610 Wohnraum beschaffen:* Aufklärung über sowie ggf. Organisation von zukünftigen Wohnmöglichkeiten
- *d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen/d220 Mehrfachaufgaben übernehmen:* Diagnose der anfallenden Aufgaben
- *d540 Sich kleiden:* Stärkung der Fähigkeit, sich anzuziehen
- *d510 Sich waschen:* Stärkung der Fähigkeit, sich zu waschen
- *e115 Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben:* Bedarf weiterer Hilfsmittel klären, darüber informieren und diese ggf. organisieren

Alternativer Wirkungsraum (Freizeit)

- *d640 Hausarbeiten erledigen:* siehe Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit)
- *d650 Haushaltsgegenstände pflegen:* siehe Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit)
- *d4750 Ein von Menschenkraft betriebenes Fahrzeug fahren:* Wiedererlangung der Fahrtüchtigkeit eines Fahrrads oder ggf. Aufklärung über vergleichbare alternative Fortbewegungsmittel
- *d920 Erholung und Freizeit:* Möglichkeiten des Reisens und der Selbstverwirklichung in Form von Freizeitaktivitäten aufzeigen

4.3 Zwischenfazit – Intervention

Gegenwärtig erscheint aufgrund der noch vorhandenen und vergleichsweise hohen Selbstständigkeit von W.D. eine ambulante Rehabilitation als Basis von Interventionsmaßnahmen geeignet. Der Übergang von der stationären zur ambulanten Rehabilitation beinhaltet die Anpassung der Lebensform an seinen individuellen Bedarf. Diesbezüglich ist das Einleiten von Hilfsmitteln seitens des medizinischen Personals bereits begonnen worden (Duschstuhl, Gehhilfe) und kann durch rehabilitationspädagogische Unterstützung in den vier Wirkungsräumen seines Umfeldes im Kontext einer biopsychosozialen Nachsorge weitergeführt werden.

In Bezug auf den familialen Wirkungsraum von W.D. ist das primäre Rehabilitationsziel die Gestaltung einer partnerschaftlichen Beziehung zu seiner Ehefrau, die durch gegenseitige Unterstützung in der Bewältigung der Alltagsaufgaben sowie individuelle Freiräume im Zweipersonenhaushalt gekennzeichnet ist. Interventionsmaßnahmen könnten auf eine bedarfsgerechte Aufteilung der Hausarbeit und eine Festlegung der selbstbestimmten Lebensbereiche beider Ehepartner zielen.

Ein weiteres Rehabilitationsziel für den Wirkungsraum der Familie von W.D. ist die Klärung von regelmäßigen Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeiten durch seine Tochter, seinen Enkel sowie ggf. seinen Bruder und dem Lebensgefährten seiner Tochter. Dies erfordert gemeinsame Gespräche mit W.D. und den benannten Familienmitgliedern, in denen der Bedarf und die Möglichkeit der Aufrechterhaltung bzw. der Intensivierung des Kontaktes zur Unterstützung von W.D. geklärt werden könnte. Zum Abbau der räumlichen Distanz zwischen W.D. und seiner Tochter, kann das Erlernen neuer Kommunikationsmedien (z.B. Social Network) hilfreich sein. Zudem könnten Motivierungsarbeit und Fahrtrainings für öffentliche Verkehrsmittel durchgeführt werden.

In Bezug auf den Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup) von W.D. ist das primäre Rehabilitationsziel, die Schaffung von Kontaktmöglichkeiten zum Aufbau informeller Beziehungen. Da W.D. gegenwärtig sehr stark mit seiner Krankheitsverarbeitung beschäftigt ist und das Bedürfnis hat, anderen zu helfen, könnte als Interventionsmaßnahme die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe durchgeführt werden. Daraus könnten soziale Netzwerke entstehen, die unterstützend wirken und W.D. zugleich das Gefühl geben, eine nützliche Aufgabe für andere Menschen zu erfüllen.

In Bezug auf den Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) von W.D. ist das primäre Rehabilitationsziel, die Bewältigung der alltäglichen Lebensaufgaben und der Aufbau einer damit zusammenhängenden Tagesstruktur. Diesbezüglich ist die Bedarfsermittlung zu Hause eine Voraussetzung zur Einleitung von Interventionsmaßnahmen, die sich vor allem auf seine Arbeiten im Haushalt (einschließlich KFZ) und im Garten beziehen sollten.

4. Intervention – Teil III

In Bezug auf den alternativen Wirkungsraum (Freizeit) von W.D. ist das primäre Rehabilitationsziel, den Zugang zu Freizeitaktivitäten zur Selbstverwirklichung zu schaffen. Als Interventionsmaßnahme könnten zusammen mit W.D. und seiner Frau individuelle Urlaubsreisen organisiert werden, bei denen die Beeinträchtigungen von beiden berücksichtigt wird. Darüber hinaus kann die Wiedererlangung der Fähigkeit, Fahrrad zu fahren trainiert und/oder vergleichbare Möglichkeiten der Fortbewegung aufgezeigt werden. Auch eine Umrüstung des Fahrrads ist in Betracht zu ziehen. Zudem könnte mit W.D. in einem reflexiven Gespräch geklärt werden, welche freizeitlichen Interessen er in der Vergangenheit hatte und wie diese auf seine jetzige Situation angepasst werden könnten.

In Bezug auf das Identitätskonzept von W.D. ist das primäre Rehabilitationsziel, die gezielte Förderung sowie Stärkung von kognitiven und handlungsbezogenen Identitätsstrategien zur Aufrechterhaltung von Teilen seiner prämorbidem und/oder Unterstützung der Akzeptanz seiner postmorbidem Identität. Hierzu zählen Interventionsmaßnahmen, welche die Selbstwirksamkeit von W.D. fördern. Dies könnte auf der Handlungsebene vor allem durch selbstständig zu erledigende Aufgaben erfolgen, durch die sich W.D. nützlich fühlt. Auf der kognitiven Ebene könnten Beratungsangebote sowie psychotherapeutische Sitzungen zur Stärkung der Identität und Unterstützung der Krankheitsverarbeitung durchgeführt werden.

5. Gesamtfazit und Ausblick

Ausgehend vom biopsychosozialen Modell wurde in der vorliegenden Arbeit eine ICF-bezogene Person-Umfeld-Analyse nach Schulze mit einem 77-Jährigen Hirninfarkt-Rehabilitanden durchgeführt. Bei dieser Analyse wurde das Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Frey integriert. Als Ergebnis konnte die individuelle Lebenssituation des Falls W.D. umfassend dargestellt werden. Diese ist durch eine starke Bindung an den familialen Wirkungsraum sowie eine Ablösung vom Wirkungsraum der Freundschaften (Peergroup), alternativen Wirkungsraum (Freizeit) und Wirkungsraum der Tätigkeiten (Nicht-Freizeit) gekennzeichnet. Die Ablösungsprozesse sind auf die überwiegend negativen Valenzen in diesen drei Wirkungsräumen zurückzuführen. Die negativen Valenzen sind wiederum hauptsächlich durch die Folgen des Schlaganfalls bedingt und beeinflussen sich wechselseitig innerhalb sowie zwischen den Wirkungsräumen. Dies führt insgesamt zum biopsychosozialen Kernproblem von W.D., der aufgrund seiner eingeschränkten körperlichen Funktionsfähigkeit (bio), weniger aktiv in seinen vier Wirkungsräumen partizipieren kann (sozial) und dadurch Minderwertigkeits- und Selbstwirksamkeitsprobleme entwickelt (psycho). Dieses Kernproblem sowie die aktuelle und neue Lebenssituation von W.D. hat Auswirkungen auf sein Identitätskonzept. Insbesondere die Diskontinuität seines Identitätskonzeptes, die sich aus der Differenz zwischen seinem prämorbidem und postmorbidem Selbstbild ergibt, bedingt Inkongruenzen zwischen seinem sozialen und privaten Selbst und führt letztlich zu Identitätsproblemen.

Der Einbezug des gesellschaftlichen Kontextes der aktuellen Lebenssituation von W.D., erweitert das Fallverstehen um die soziologische Perspektive. Diese verdeutlicht, dass die vier Wirkungsräume von W.D. von sozialen Strukturen sowie Prozessen beeinflusst werden und somit seine aktuelle Lebenssituation mitbestimmen. Auch seine situativen Bedingungen in der Phase C und D der neurologischen Rehabilitation und der damit verbundene Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik haben vermutlich Einfluss auf seine aktuelle Lebenssituation, insbesondere auf sein gegenwärtiges psychisches Befinden.

Zu berücksichtigen ist, dass die Ergebnisse der Analyse der vorliegenden Arbeit auf die aktuelle Lebenssituation eines 77-Jährigen Hirninfarkt-Rehabilitanden zu diesem Zeitpunkt seiner neurologischen stationären Rehabilitation (Phase C und D) beschränkt sind. Damit konnten Valenzen, die sich erst nach der Rückkehr in sein häusliches Umfeld und gewohnten Sozialraum ergeben, nicht erfasst werden. Diesbezüglich könnten weitere Person-Umfeld-Analysen von W.D. neue Erkenntnisse und zusätzliche Ressourcen sowie Barrieren in seinem Lebensraum nachweisen. In diesem Zusammenhang könnten kontrastierende Vergleiche zwischen den verschiedenen Analysezeitpunkten, Entwicklungen im Lebens- und Krankheitsverlauf von W.D. aufzeigen, die eine mögliche Vorhersage zukünftiger Konflikte und damit die Ableitung von präventiven Interventionsmaßnahmen ermöglichen.

5. Gesamtfazit und Ausblick

Zudem könnte bei weiteren Analysen auch der Einbezug von Personen aus dem sozialen Umfeld von W.D. berücksichtigt werden. Damit werden die Ergebnisse der Analyse um die intersubjektive Perspektive erweitert und/oder validiert beziehungsweise widerlegt, was eine höhere Zuverlässigkeit der Schlussfolgerungen für geeignete Interventionsmaßnahmen ermöglicht.

Darüber hinaus erfordert die Umsetzung der potenziellen Interventionsmaßnahmen einen Transfer in die Praxis. Dieser Transfer sollte von einer professionellen Person beim Übergang von der stationären in die ambulante Rehabilitation sichergestellt und fachlich begleitet werden. Durch die Gewährleistung der Umsetzung der potenziellen Interventionsmaßnahmen könnte das übergeordnete Ziel der gesellschaftlichen Partizipation für W.D. persönlich erreicht und die gesellschaftlichen Folgekosten minimiert werden.

Literatur

Abelson, R. P., Aronson, E. M., McGuire, W. J., Newcomb, T. M., Rosenberg, M. J. & Tannenbaum, P. H. (1968). *Theories of cognitive consistency: a sourcebook*. Chicago: Rand McNally.

Agricola, S. (2001). *Freizeit. Grundlagen für Planer und Manager*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Backes, G. M. & Clemens, W. (2008). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (3. Auflage). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Bandelow, B., Gruber, O. & Falkai, P. (2008). *Kurzlehrbuch Psychiatrie*. Heidelberg: Steinkopff Verlag.

Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1994). *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Berlit, P. (2005). *Therapielexikon Neurologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Berlyne, D. E. (1965). *Structure and direction in thinking*. New York: Wiley.

Berlyne, D. E. (1960). *Conflict, arousal and curiosity*. New York: McGraw-Hill.

Bessler, H. (1972). *Aussagenanalyse* (2. Auflage). Düsseldorf: Bertelsmann Universitätsverlag.

Bone, H.-G. (2011). Schlaganfall. In F. Wappler, P. H. Tonner & H. Bürkle (Hrsg.), *Anästhesie und Begleiterkrankungen. Perioperatives Management des kranken Patienten* (2. Auflage, S. 319-324). Stuttgart: Thieme.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.

Bräutigam, W., Christian, P. & Rad, M. von (1997). *Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefasstes Lehrbuch* (6. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Brinkmann, D. (2010). Freizeit in gesellschaftlicher Dynamik. In R. Freericks, R. Hartmann & B. Stecker (Hrsg.), *Freizeitwissenschaft. Handbuch für Pädagogik, Management und nachhaltige Entwicklung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*. Frankfurt am Main: BAR.

- Busch, E. W., Diener, H. C., Grond, M., Kögerl, C., Meier, U., Reuther, P. & Wagner, M. (2007). Rahmenkonzept Schlaganfall. In U. Meier & H. C. Diener (Hrsg.), *Integrierte Versorgung in der Neurologie. Integrierte Versorgungskonzepte und kooperative Versorgungsstrukturen* (S. 23-37). Stuttgart: Thieme.
- Busse, O. (2002). Ischämischer zerebraler Insult. In J. Jörg (Hrsg.), *Neurologische Therapie* (3. Auflage, S. 163-185). Berlin: Springer.
- Cloerkes, G. (2000). Die Stigma-Identitäts-These. *Zeitschrift für integrative Erziehung*, 3, 104-111.
- Dehn-Hindenburg, A. (2010). *Gesundheitskommunikation im Therapieprozess*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organisation.
- Domnowski, M. (2005). *Burnout und Stress in Pflegeberufen. Mit Mental-Training erfolgreich aus der Krise* (2. Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* (3. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Esser, H. (2000). *Soziologie. Spezielle Grundlagen* (Band 2). *Die Konstruktion der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Felber, W. (2003). Depression. In M. Gastpar, S. Kasper, M. & Linden, M. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie. Affektive Störungen* (2. Auflage, S. 116-139). Wien: Springer Verlag.
- Feldmann, S. (1966). *Cognitive consistency – motivational antecedents and behavioral consequents*. New York: Academic Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (4. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

- Frey, H.-P. (1983). *Stigma und Identität. Eine empirische Untersuchung zur Genese und Änderung krimineller Identität bei Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Heuschmann, P. U., Busse, O., Wagner, M., Endres, M., Villringer, A., Röther, J., Kolominsky-Rabas, P. L. & Berger, K. (2010). Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie*, 37(7), 333-340.
- Hopf, C. (2009). Qualitative Interviews – Ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (7. Auflage, S. 349-360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hopf, C. (1978). Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitative Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 7(2), 97-115.
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Thieme.
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Jungnitsch, G. (2009). *Klinische Psychologie* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kaplan, H. B. (1975). *Self-attitudes and deviant behavior*. Pacific Palisades: Goodyear Publishing Company.
- Koll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kolominsky-Rabas, P. L. & Heuschmann, P. U. (2002). Inzidenz, Ätiologie und Langzeitprognose des Schlaganfalls. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 70(12), 657-662.
- Kolominsky-Rabas, P. L., Heuschmann, P. U., Marschall, D., Emmert, M., Baltzer, N., Neundörfer, B., Schöffski, O. & Krobot, K. J. (2006). Lifetime Cost of Ischemic Stroke in Germany: Results and National Projections. From a Population-Based Stroke Registry: The Erlangen Stroke Project. *Stroke Journal of The American Heart Association*, 37, 1179-1183.
- Krämer, G. (1998). *Schlaganfall*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kromrey, H. (2009). *Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung mit ausführlichen Annotationen aus der Perspektive qualitativ-interpretativer Methoden von Jörg Strübing* (12. Auflage). Stuttgart: Lucius & Lucius.

- Kropf, J. (2005). *Flexibilisierung – Subjektivierung – Anerkennung. Auswirkungen von Flexibilisierungsmaßnahmen auf die Anerkennungsbeziehungen in Unternehmen*. München: Biblion-Verlag.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Küsters, I. (2009). *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lang, A. & Lohr, W. (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern, Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Leutner, D. (2010). Perspektiven pädagogischer Interventionsforschung. In: T. Hascher & B. Schmitz (Hrsg.), *Pädagogische Interventionsforschung. Theoretische Grundlagen und empirisches Handlungswissen* (S. 63-72). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Lewin, K. (1963). Verhalten und Entwicklung als eine Funktion der Gesamtsituation (1946). In A. Lang & W. Lohr (Hrsg.), *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften* (S. 271-329). Bern, Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Lewin, K. (1963). Feldtheorie und Lernen (1942). In A. Lang & W. Lohr (Hrsg.), *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften* (S. 102-125). Bern, Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Lewin, K. (1963). Formalisierung und Fortschritt in der Psychologie (1940). In A. Lang & W. Lohr (Hrsg.), *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften* (S. 47-73). Bern, Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Lierse, M., Breckenkamp, J., Wingendorf, I. & Laaser, U. (2005). Morbiditäts- und Mortalitätsraten des Schlaganfalls in Deutschland: Eine bevölkerungsbezogene Szenarioanalyse. *Aktuelle Neurologie*, 32(3), 136-142.
- Lindau, S. T., Laumann, E. O., Levinson, W., & Waite, L. J. (2003). Synthesis of Scientific Disciplines in Pursuit of Health: the Interactive Biopsychosocial Model. *Perspectives in Biology and Medicine Journal*, 46(3), 74-86.
- Lisch, R. & Kriz, J. (1978). *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Bestandsaufnahme und Kritik*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Lohr, W. (1963). Einführung zur deutschsprachigen Ausgabe. In A. Lang & W. Lohr (Hrsg.), *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern, Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Ludwig, M. (1998). *Angiologie in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Minssen, H. (2012). *Arbeit in der modernen Gesellschaft. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nave-Herz, R. & Onnen-Isemann, C. (2001). Familie. In H. Joas (Hrsg.), *Lehrbuch der Soziologie*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Nestmann, F. (1999). Altern und soziale Beziehungen. In K. Lenz, M. Rudolph & U. Sickendiek (Hrsg.), *Die alternde Gesellschaft. Problemfelder gesellschaftlichen Umgangs mit Altern und Alter* (S. 97-120). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Osgood, C. E., Saporta, S. & Nunnally, J. C. (1956). Evaluative assertion analysis. *Litera*, 3, 47-102.
- Payk, T. (2010). *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose* (3. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Peuckert, R. (2008). *Familienformen im sozialen Wandel* (7. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Peuckert, R. (2007). Zur aktuellen Lage der Familie. In J. Ecarius (Hrsg.), *Handbuch Familie* (S. 36-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pohl, M. & Mehrholz, J. (2008). Hintergrund Schlaganfall – Häufigkeiten, Risiken, Überleben, Ursachen, Störungen und Chancen. In J. Mehrholz (Hrsg.), *Frühphase Schlaganfall. Physiotherapie und medizinische Versorgung* (S. 1-20). Stuttgart: Thieme.
- Prahl, H.-W. (2002). *Soziologie der Freizeit*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Prahl, H.-W. & Schroeter, K. R. (1996). *Soziologie des Alterns. Eine Einführung*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (2. Auflage). München: Oldenbourg.
- Reinders, H. (2005). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden*. München: Oldenbourg.

- Rentsch, H. P. & Bucher, P. O. (2006). *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (2 Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Ringelstein, E. B. & Nabavi, D. G. (2007). *Der ischämische Schlaganfall. Eine praxisorientierte Darstellung von Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rosenthal, G. (2011). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung* (3. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Röttger-Liepmann, B. (2007). *Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Rüsseler, J. (2009). *Neuropsychologische Therapie. Grundlagen und Praxis der Behandlung kognitiver Störungen bei neurologischen Erkrankungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schroettle, A. & Kuhlencordt, P. (2012). Krankheiten des Kreislaufs- und Gefäßsystems. In H. Wagner & M. Fischereder (Hrsg.), *Innere Medizin für Zahnmediziner. Mit Beiträgen zur Neurologie und Psychiatrie* (2. Auflage, S. 23-39). Stuttgart: Thieme.
- Schulze, G. C. (2010). Die Person-Umfeld-Analyse und ihr Einsatz in der Rehabilitation. In M. Baumann, C. Schmitz & A. Zieger (Hrsg.), *RehaPädagogik, RehaMedizin, Mensch. Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie- und Praxisfelder* (S. 132-147). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schulze, G. C. (2008). Der Feldtheoretische Ansatz nach Kurt Lewin. In M. A. Vernooij & M. Wittrock (Hrsg.), *Verhaltensgestört!?* (2. Auflage, S. 173-198). Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Schulze, G. C. (2003). Die feldtheoretische Lebensraumanalyse. Ein Konzept für eine prozessgeleitete Diagnostik zur Entwicklung von Fördermaßnahmen im Rahmen einer „cross-categorialen“ Sonderpädagogik. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 54(5), 204-212.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3), 283-293.
- Schütze, F. (1976). Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Kommunikative Sozialforschung. Alltagswissen und Alltagshandeln. Gemeindeforschung, Polizei, Politische Erwachsenenbildung* (S. 159-260). München: Fink.
- Sozialgesetz (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2012). In *Sozialgesetzbuch. Bücher I-XII: Allg. Teil. Grundsicherung. Arbeitsförderung. Gem. Vorschriften*.

Kranken-, Renten-, UnfallVers.. Kinder-/Jugendhilfe. Rehabilitation. Verwaltungsverfahren. Pflegevers.. Sozialhilfe (41. Auflage, S. 1254-1341). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Stampfl, N. S. (2011). *Die Zukunft der Dienstleistungsökonomie. Momentaufnahme und Perspektiven*. Belin: Springer.

Voswinkel, S. (2005). Reziprozität und Anerkennung in Arbeitsbeziehungen. In F. Adloff & S. Mau (Hrsg.), *Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität* (S. 237-276). Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Ward, A., Payne, K. A., Caro, J. J., Heuschmann, P. U. & Kolominsky-Rabas, P. L. (2005). Care needs and economic consequences after acute ischemic stroke: the Erlangen Stroke Project. *European Journal of Neurology*, 12(4), 264-267.

Weyers, S. (2007). *Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten. Ergebnisse einer medizinsoziologischen Studie im Ruhegebiet*. Berlin: LIT Verlag.

Weymann, A. (2007). Interaktion, Institution und Gesellschaft. In H. Joas (Hrsg.), *Lehrbuch der Soziologie* (3. Auflage, S. 107-136). Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Juttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-256). Heidelberg: Asanger.

Zwick, E. (2004). *Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin*. Münster: LIT Verlag.

Internetquellen

Statistisches Bundesamt (2011). *Gesundheit. Todesursachen in Deutschland*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400107004.pdf?__blob=publicationFile [20.06.2012]

Witzel, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview*. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> [09.03.2012]

World Health Organization (2012). *Stroke, Cerebrovascular accident*. Verfügbar unter http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/ [19.06.2012]

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Struktur der ICF..... 5

Abb. 2: Wechselbeziehungen zwischen den Komponenten der ICF..... 6

Abb. 3: Person in ihrem Lebensraum 8

Abb. 4: Interaktionsmodell zum Identitätskonzept von Frey 12

Abb. 5: Schaubild der PUA von W.D.

Tab. 1: Übersicht aller gesicherten, wahrscheinlichen und möglichen zerebrovaskulären Risikofaktoren

Anhang

1. Anhang – Leifaden

I. Eingangsfrage (Stichwort: Geburtstag)

II. Alltag

- Welche alltäglichen Aufgaben haben sie?
- Inwiefern erhalten sie Unterstützung bei den alltäglichen Aufgaben? (wer unterstützt?)
- Welche Bedeutung haben alltägliche Aufgaben für sie?

III. Freizeit

- Was ist Freizeit für sie?
- Wie gestalten sie ihre Freizeit (und mit wem)?
- Welche Bedeutung hat Freizeit in ihrem Leben?
(→ falls Überschneidungen mit Alltag, warum identisch?)

IV. Außerfamiliäre Kontakte

- Welche Kontakte haben sie außerhalb ihrer Familie? (Nachbarn, Freunde, Bekannte)
- Wie gestalten sich diese? (im Hinblick auf: Problematiken, Konflikte, Unterstützung, →Beziehung)
- Welchen Stellenwert haben Kontakte außerhalb der Familie für sie?
(→ warum?)

V. Familie

- Welche Kontakte haben sie innerhalb der Familie?
- Wie gestalten sich diese? (→Beziehung)
- Welche Bedeutung haben die einzelnen familiären Kontakte für sie? (warum?)

VI. Krankheitsbewältigung

- Inwiefern tauschen sie sich mit anderen (Personen / Gott) im Bezug auf ihre jetzige Situation aus? (Perspektiven, Therapiemöglichkeiten, Selbsthilfegruppen)
- Was glauben sie, wie sie von ihrem Umfeld wahrgenommen werden?

VII. Zukunft

- Woraus ziehen sie (derzeit) ihre Kraft?
- Was wünschen sie sich für die Zukunft?

VIII. Offen gebliebene Fragen

1 das aufnahmegerät wird eingeschaltet. es ist unverständliches gemurmel zu hören, bis das
2 aufnahmegerät in position gebracht wird.

3

4 WD: () das äh ist genau so wenig verständlich für mich, wie das ipad.

5

6 F: ja.

7

8 T: aber es reicht ja wenn man telefonieren kann.

9

10 WD: ja, das äh telefonieren, das geht grad noch damit (.) mehr brauch ich brauch ich, brauch ich nicht.
11 keine beruflichen oder ausserberuflichen tätigkeiten, die ich, nich? festhalten müsste oder so. (2) ja.

12

13 T: ja, sie haben ja eben schon gesagt, dass sie eingeschränkt sind, oder eingeschränkt sein werden und
14 das jetzt noch nicht so absehen können. ich würd ihnen trotzdem die frage stellen, welche alltäglichen
15 aufgaben sie so hatten, haben?

16

17 WD: (2) ach das sind wirklich alltäglich aufgaben, nicht? denn es ist nichts besonderes darunter,
18 nicht? das, das tägliche einkaufen, was man so für n haushalt braucht, was so ums haus herum passiert
19 und äh (2) familiäre angelegenheiten halt. aber nichts, sagen wir mal was in die richte- in die richtung
20 geht äh von wegen beruf oder nebenberuf. das hab ich alles nicht. das äh in sofern hab ich keine
21 einschränkung. die einschränkungen liegen eben im familiären bereich, nich? was, was äh (.) die
22 haushaltsangelegenheiten angeht, was ums haus herum passiert, was da an äh arbeiten anfällt.
23 inzwischen ist grad über die feiertage oder vor, zwei tage vor den feiertagen vor weihnachten wars hier
24 ziemlich windig es war auch mal sturm oder was hier, da ist bei mir zuhause natürlich die große (2)
25 palisadenwand umgestürzt bewachsen, also das liegt alles noch so wie es, da wo se umgefallen ist,
26 nich? das wartet auf mich, beziehungsweise auf die beseitigung. das äh muss ich dann machen lassen,
27 selbst kann ich das ja nicht. mit einem arm können sie weder ne motorsäge oder heckenschere
28 betätigen, das müssen sie alles, müssten sie alles mit einer hand machen, das kann man gar nicht.
29 Muss ich also jemand kommen lassen. das sind so sachen, da muss man sich um nen preiswerten
30 handwerker bemühen, nicht? der einem das dann auch wegschafft, auflädt wegschafft. ja da kommt
31 eins zum andern. andere sachen, die aber wirklich nicht interessant sind hierfür () ach so das

32 ((lacht)) wir haben so n garagendach, flachdach, nassdach und da setzt sich sehr leicht der abfluss zu
 33 und das läuft alles drüber weg. das läuft alles an der wand runter, alles ist durchnässt schon und äh die
 34 feuchtigkeit, die sitzt natürlich in dem mauerwerk drin und äh wenn man das jetzt nich endgültig mal
 35 beseitigt dann wird das alles sparkig, wird grün das äh möchte keiner gerne haben, nicht? und das ist,
 36 die feuchtigkeit geht bis ins haus, nich?, das hau- die garage ist direkt ans haus gebaut, das ist, die
 37 feuchtigkeit zieht dann letztendlich auch ins mauerwek der der wohnung, nich? ja, das sind so sachen,
 38 die einen dann (.) die werd ich auch nicht selbst wieder, mit der, mit der einen hand komm ich schlecht
 39 ne leiter rauf. das wär auch zu gefährlich glaub ich. auch darum muss man sich kümmern, nich? muss
 40 also auch mal wieder n handwerker her und dann kommt auch eins zum andern. ja, was meinen sie
 41 sonst noch mit den?

42

43 T: ja was wa- wenn wenn sie jetzt jemanden anderen wie uns beschreiben würden, was bedeuten für
 44 sie so alltägliche sachen, die sie gerade genannt haben? haushalt oder eben das jetzt mit dem
 45 garagendach und so, was was für nen stellenwert oder was für ne bedeutung hat das für sie?

46

47 WD: für sie, ja also für mich eigentlich ist das äh na ja gut, es gehört halt mit zum alltag. das is so
 48 reiner alltag für einen kleinen bürger. und äh was da noch an sonstigem jetzt mal auf mich zukommt
 49 das weiß ich nicht. größeres wahrscheinlich nicht. versicherungen und so weiter da muss man sich mit
 50 rumschlagen. weiß nicht ob das n fall für die versicherung ist, wenn jetzt die feuchtigkeit mir da ins
 51 haus dringt, könnte ja sein aber ich hoffe es nicht. na ja das wär ne sache die man sich so, aber das äh,
 52 das äh behindert mich ja ansich nicht wenn man da mal n paar telefonate führen muss. das ist ja nicht
 53 weiter schlimm (.) was meine behinderung jetzt angeht? (2) na ich muss mich mehr (3) um mein auto
 54 kümmern, das heisst ich selbst kanns nicht, muss dann also auch dafür sorgen, dass der wagen bewegt
 55 wird, ich selbst darf ja zur zeit nicht fahren. na ja es müssen winterreifen draufmontiert werden oder
 56 abmontiert werden, der wagen muss ja in ordnung gehalten ich kann ihn ja nicht da vergammeln
 57 lassen, nich?

58

59 T: nee, klar.

60

61 WD: und äh (.) das ist etwas, das äh, eben wie gesagt (3) meine () werden muss, nicht? was
 62 man nicht einfach vergessen kann, nicht? äh, das äh geht nicht. joa, ansonsten, wie gesagt, gibt es
 63 keine besonderen besonderheiten, die ich da nun berücksichtigen müsste, oder wo ich mich erst
 64 orientieren muss (2) einkauferei, gut, das ist äh meine frau hats nie gerne gemacht und sie kanns auch

65 nicht alleine. getränkeanschaffung und so weiter, das muss man sich bringen lassen. dafür gibt es ja
66 auch firmen, die ja auch sowas ins haus bringen, nich? das weiß ich inzwischen auch und das kann
67 man nicht selbst mehr machen das äh (2) aber sonst, es sind keine weltbewegenden dinge, die, die auf
68 mich warten, oder die ich jetzt nicht mehr machen könnte. ich weiß nicht, was sie da für ihren bericht
69 noch wissen müssen. ich hab da weiter nix. (2)

70

71 T: ja, das was sie sagen, wollen wir wissen ((lacht)) und ähm ja haben sie ja jetzt grad angesprochen,
72 dass sie so unterstützungsmöglichkeiten, haben sie hier dann erfahren was es auch so gibt oder?

73

74 WD: ja, das äh äh sagt man mir hier oder sagt man uns hier. s betrifft ja auch andere, die betroffen sind
75 von dieser krankheit oder andere krankheiten. äh (.) hilfsmittel, hilfsmittel die man sich besorgen kann
76 von äh solchen sanitätsfirmen und sanitätshäusern. ich hab mir ne bestellung geben lassen für einen (2)
77 hocker in der dusche. ich hab ne relativ kleine dusche zuhause da kann man so schöne fertige, also
78 sitze anbringen, wo man sich beim duschen hinsetzen kann. jetzt is die aber so klein die dusche, ist nur
79 80 mal 80 das becken, oder 90 mal 90, ich weiß das nicht so genau, auf jedenfall sie ist zu klein. wenn
80 man sich da hinsetzen würde, und bückt sich, dann stößt man mitm kopf schon gegen die glaswand,
81 nich? geht nicht also da muss man, darum hab ich mir jetzt so nen kleinen hocker bestellt. das äh
82 übernimmt wohl auch so wie ich gehört hab die krankenkasse. bestell ich mir also beim sanitätshaus
83 so einen äh nass- nassraumhocker, nich? also was ähm der.

84

85 T: das ist aber dann so ein freistehender und nich an die wand montiert?

86

87 WD: nein nein, der wird nicht an die wand montiert, nich? das das äh hab ich äh also abgelehnt, weil
88 ich glaube dass das dann wenn man sich so bückt und man stößt da mitm kopf gegen die wand, also
89 das ist schon möglich nich? (2) und dann wenn es glaswände sind und sie fallen da mitm kopf noch
90 gegen, dann ists ganz aus ((lacht)) nee, das geht nicht und dann, na ja dann hier so nen stock, siehste
91 ja, so nen krankenhaustock, sowas muss ich ja auch haben, denn äh ohne stock kann ich ja nicht
92 laufen und äh, na es gibt da noch so gehhilfen, nicht? so nen fußheber, so ne vorrichtung die man in n
93 schuh einbaut mitm gummizug ist das dann. dann kann man weniger auffällig laufen sonst latscht man
94 so durch die gegend, mit dem, wenn man den fuß nicht halten kann, nich? och es gibt noch mehr
95 dinge, die man äh sich bestellen könnte, ich hab da aber im moment keinen wert drauf gelegt. ja, um
96 was ich mich kümmern muss ist, dass ich eben äh noch äh ambulante hilfen bekomme. therapeuten,
97 die mir meinen arm noch n bisschen zurechtrücken irgendwas dran machen, machen, also was heisst,

98 machen können die auch nix und kann ja schließlich keine armprothese tragen, wenn man den arm
99 noch hat. da muss also irgendwass gemacht werden an an äh massagen (2) was die all so machen.
100 ansonsten hilfsmittel (2) gehstock hat ich gesagt und notsitz und sitzgelegenheit, alle anderen sachen
101 hab ich abgesehen. zunächst mal jedenfalls. das äh wird sich im laufe der zeit herausbilden (.) was ich
102 dann noch brauche an, an hilfsmitteln. denn äh (4) wenns die möglichkeit gibt für mich noch äh mal
103 wieder auto fahren zu können, dann werd ich auf jeden fall das auto umrüsten müssen, denn äh mit
104 gangschaltung und so ist das schonmal schlecht und äh das zündschloss zu bedienen ist auch schlecht.
105 sitzt an der falschen seite dann, nicht? das muss man dann umbauen. das kann man alles machen, das
106 ist dann äh das ist auch keine sache für die krankenkasse, also das muss man alles schon selbst
107 bezahlen nicht? ((lacht)) aber ich wäre schon froh wenn ich wieder fahren könnte (3) nein äh (3) um
108 familiäre dinge da zu wohltätigen. ich wollte gern mal wieder nach berlin hin, meine tochter und
109 meinen schwiegersohn in spee und auch meinen enkelsohn mal wieder zu besuchen. sind alle
110 berufstätig und äh die sind nicht abkömmlich. ich könnte gut weg, aber ich kanns ja dann nicht oder
111 müsste mitm zug fahren das (.) na ja auch das will gelernt sein (4) denn äh mit so einem so einer
112 behinderung und zug fahren, das ist äh will gelernt sein glaub ich, nich? treppenstufen rein und so,
113 aber das wird sich alles ergeben das ist alles, alles sekundär. nee, sonst äh hilfsmittel (3) hilfsmittel.

114

115 T: ja vielleicht kommen wir sonst nochmal zu ähm zu dem thema ähm, also wir haben ja jetzt über
116 alltägliche aufgaben geredet und sie haben letztes mal ja schon gesagt sie schraub- haben gern an autos
117 rumgeschraubt und so.

118

119 WD: ja, das äh kann man sich alles abschminken, nich? also das muss man tatsächlich machen lassen.
120 das sagte ich ja schon vorhin mit reifenwechsel und so, nich?, das hab ich immer sonst ganz gerne
121 selbst gemacht, nich? das kann man nicht mehr. pflege zum beispiel auch. All das muss man eben jetzt
122 in der werkstatt machen lassen, nicht? aber (2) wenn ich nicht fahren kann, brauch ich das ja nicht so
123 oft zu machen. (3)

124

125 T: aber solche sachen, würden sie die als äh freizeit beschreiben oder was würden sie überhaupt sagen,
126 was für sie freizeit is?

127

128 WD: das das ja das freizeit, freizeit. das ganze sich kümmern ums haus, nicht? im garten dass ist das,
129 was mir wirklich fehlen wird, nicht? denn das ist äh (2) so mein hobby gewesen nich? und äh das ein
130 oder andere was man nicht mit einer hand machen kann, das mach ich natürlich. aber ist dann nicht

131 viel da können sie im garten nicht viel. können sie bisschen rosen schneiden. die müssen sie aber fallen
132 lassen. nee also da (3) wird es wohl die ein oder andere schwierigkeit geben und wenns eben sich
133 einzukleiden neu, man braucht ja von zeit zu zeit immer neue kleider und so, nicht? und äh probieren,
134 dies anziehen, anziehen, morgens anziehen und so das ist einfach katastrophe, nicht? muss ja hier auch
135 bewegungsband rein das gehört mit zur (.) zur reanimierung und äh das äh wenn man dann ausm bad
136 kommt ist eben ein bewegungsbad und dann haben sie vielleicht zwanzig minuten oder ne halbe stunde
137 zeit sich zu abzutrocknen und sich wieder anzuziehen und dann die nächste therapiestunde
138 wahrzunehmen und das ist tatsächlich schwer, wenn sie das mit einer hand machen sollen. dazu gehört
139 ne menge übung sich abzutrocknen (2) das geht alles nicht und dann in die kleidung zu kommen, wenn
140 die, wenn die haut noch feucht ist und so. (2) da muss ich natürlich zerren um da reinzukommen. na
141 ja, aber das ist alles übungssache. aber das sind auch schwierigkeiten die man hat, wenn man sich zum
142 beispiel äh dann (2) bekleidungshaus was neues kauft. (2) sind alles so kleinigkeiten, aber (2)
143 eigentlich gar nicht die erwähnung wert. es gibt auch viele leute, die solche behinderungen haben. ja,
144 was interessiert sie noch?

145

146 T: ja würden sie denn sagen, also sie haben ja jetzt viel über ihren äh alltag berichtet und über (.) wie
147 würden sie sagen, unterscheidet sich bei ihnen freizeit und äh alltag? oder ist das schon sehr ähnlich
148 was sie erzählen?

149

150 WD: freizeit, ja, freizeit ist das äh, ich muss mich umstellen. es gibt vieles, dass man mit zwei händen
151 machen kann, das kann man mit einer hand nicht mehr machen. die gleiche arbeit, nicht? also muss
152 man äh äh das sich abschwimmen. das äh muss man entweder machen lassen oder man muss eben
153 sehen, dass man äh das ganze haus oder das grundstück eben äh äh verkauft und sich ne mietwohnung
154 nimmt oder eigentumswohnung in einem mehrfamilienhaus, nicht? das äh steht noch bevor, das wird
155 über kurz oder lang wahrscheinlich kommen aber das muss man nicht übers knie brechen, das äh darf
156 ja wohl ein bisschen zeit kosten.

157

158 T: das haben sie ja auch letztes mal schon angesprochen dass sie überlegen mit dem umziehen.

159

160 WD: ja ja. ja, aber wie gesagt, ganz äh bewegungsunfähig bin ich ja nicht, gott sei dank (2) Zuerst
161 sahs da ja nach aus, aber (3) na ja aber wie gesagt, das s eine sache die man für die zukunft wohl ins
162 auge fasst, aber die man nicht übers knie bricht, nicht? ein haus zu verkaufen ist ja allein von der

163 jahreszeit her schon äh manchmal n bisschen unglücklich, nich? im winter n haus zu verkaufen ist
164 schwieriger als im sommer. also sollte man da tunlichst bis zum sommer mit warten.

165

166 T: sie haben ja auch ihre, ihre kontakte angesprochen, mit der nachbarin dass sie eigentlich n gutes
167 soziales.

168

169 WD: ja, das haus das haus was ich da noch mit versorgt habe, das äh konnt ich ja nun nicht. da
170 mussten sich die erben oder die töchter äh sich äh selbst drum kümmern. das haus ist auch noch nicht
171 verkauft, das läuft alles noch, aber da werd ich auch in zukunft nicht mehr einsteigen können, nich?
172 das äh da müssen sie sich selbst drum kümmern und oder jemanden dafür suchen. gut ich kann da
173 nochmal hingehen und kann gucken, ob das licht überall ausgeschaltet ist, ob die rolläden runter sind,
174 ob abgeschlossen ist und was weiß ich () sonst äh sauberhalten und so und und äh
175 schneiden, buschwerk zu beschneiden und so, das kann ich ja nicht mehr. na ja.

176

177 T: ausserhalb dieser nachbarin haben sie sonst jetzt momentan irgendwelche freundschaftlichen oder
178 sozialen kontakte im umfeld?

179

180 WD: ja, sicherlich waren da kontakte (2) äh die meisten sind selbst eigentümer, nich? ver- äh
181 verwitwete frauen, also, die ab und zu mal hilfe brauchen, wo ich mich immer ganz gerne
182 eingeschaltet hab, wenn ich konnte. tja, das is (2) wie gesagt, sehen auch alle ein, dass ich das nicht
183 mehr kann und die müssen sich eben auch anders orientieren. (4)

184

185 F: sind denn ähm, also inwiefern ist es denn wichtig für sie immer gewesen, den anderen zu helfen?

186

187 WD: ja, wichtig wars schon. die haben meine hilfe auch wohl geschätzt. die äh behaupte jetzt die
188 verstorbene nachbarin äh die töchter, die haben mich reichlich mit blumen eingedeckt ((lacht)) auch zu
189 weihnachten und so, aber ich kann nur danke sagen, nich? mehr kann ich, tun kann ich nichts mehr,
190 nicht? das äh, wie sacht man dazu selbst bewerkstelligen.

191

192 T: und generell, kontakte zu äh zu anderen in ihrem umfeld sind die sehr bedeutend für sie, würden sie
193 sagen?

194

195 WD: die waren bedeutend, die sind natürlich weniger geworden. ich sach, dass dass die äh verstorben
196 sind, die männer, von denen diesen bekannten familien, da sind die männer alle gestorben (2) und äh,
197 wir haben kontakte zu den frauen aber, ne? die müssen sich halt an andere wenden, wenn es um
198 irgendwelche tätigkeiten gegangen ist, die ich noch hätte machen können. das geht halt nicht und äh
199 das äh, wie gesagt die haben sich sofern es möglich war, haben die sich schon anders orientiert, nich?
200 die haben sich also handwerker genommen oder kommen lassen und äh haben sich so geholfen. (2)
201 jaa, och.

202

203 T: und kannten sie die von früher oder waren das wirklich?

204

205 WD: ja nein, das waren gewachsene bekanntschaften von früher, nich? aus der frühen erwachsenen
206 zeit würd ich mal sagen.

207

208 F: und äh gibt es da jetzt noch jemand vergleichbares, wo sie sagen würden, ähm da haben sie halt
209 noch sehr guten kontakt, auch bis heute noch?

210

211 WD: sehr guten kontakt, ja (3) is halt weniger geworden, nich? kontakte also familienfeiern, nicht? die
212 finden kaum noch statt. jedenfalls die frauen treffen sich. aber als einziger mann dazwischen
213 rumzulaufen oder dazwischen zu sitzen ((lacht)) das is äh für alle unbefriedigend. ((alle lachen))

214

215 F: ja, ((lacht)) das versteh ich.

216

217 WD: ja, die frauen mögen dann lieber nen richtigen kaffeeklatsch machen und äh ich vermisse n
218 bisschen die herrenbekschaften, nich? die herren, die männer dabei und dann äh unterlässt mans
219 tunlichst.

220

221 T: könnten sie sich denn vorstellen neue kontakte zu knüpfen?

222

223 WD: ach, ich weiß nicht, nein ich glaube nicht. das äh da bin ich wohl altersmäßig drüber hinaus mit
224 siebenundsiebzig neue bekanntschaften schließen das äh (.) das wird nichts mehr.

225

226 F: warum wird das nix mehr?

227

228 WD: ja gut, dass äh äh in dem alter äh steht glaub ich niemandem mehr der sinn nach nach, nach
229 näheren bekanntschaften, die sagen wir mal auch zu irgendwelchen gemeinsamen ausflügen noch äh
230 animieren, das äh (2) halt ich für ziemlich aussichtslos. es könnte mal die ein oder andere situation
231 entstehen, dass man mal zwischendurch ne flüchtige bekanntschaft, da sagt man: „ach mensch, gehen
232 wir mal zusammen aus oder machen mal zusammen ne reise“ aber das äh im moment äh siehts da
233 nicht nach aus, muss ich sagen. da sind die familiären kontakte erstmal wichtiger und äh dass man sich
234 da noch andere neue bekannte wieder anlacht, ich glaube das wird nix.

235

236 F: glauben sie, dass es nichts wird, oder möchten sie das auch nicht wirklich?

237

238 WD: äh im moment, möchte ichs gar nicht (.) im moment hab ich mit mir genug zu tun und äh ich
239 kann mir auch nicht vorstellen, dass es dann, man kann sich kaum gegenseitig besuchen, nich? ja gut,
240 mitm taxi irgendwo hinfahren (.) und äh wenn man selbst nicht fahren kann, dann lässt mans schon
241 ganz gerne.

242

243 T: wie war das hier im, haben sie hier, von betroffenen sag ich mal ähm leute kennengelernt?

244

245 WD: och, das sind äh sichtbekanntschaften, nicht? man sieht sich, man sagt „guten morgen“ man sagt
246 „guten tag“ und man sitzt vielleicht auch mal äh für ne längere zeit äh an einem tisch zu den
247 mahlzeiten, aber dann kommt auch schon wieder ne umbesetzung. dann hab ich zweimal gewechselt
248 schon wieder hier in diesem haus, nich? hier sind mehrere speisesäle, nich? weil äh rollstuhlfahrer
249 und äh sagen wir mal andere körperliche, also die sich nicht selbst betätigen können am buffet, kann
250 ich auch recht schwer mit einer hand und äh ich hab mir da schon n gummiband drangebunden an den

251 stock damit ich ihn mir äh ans, ans handgelenk hängen kann, sonst kann man sich nicht selbst
 252 bedienen das geht gar nicht äh mit dem ding. hauptsächlich sonst kriegt man das essen auch an den
 253 tisch gebracht .das muss man aber so sagen, wenn es eben jemand an den tisch bringt, das geht sonst
 254 nicht (2) ja äh aber sonst bekannschaften, hab ich hier nicht geschlossen, dass man sich sagt: „och,
 255 möchtest mich mal gegenseitig besuchen“ oder so, soweit ist nicht gekommen. Ich hab hier noch einmal
 256 einen, einen gestern gerade wieder getroffen der mit mir zusammen im evangelischen krankenhaus
 257 war. und na ja, wir lagen auf demselben zimmer und dann wird man doch so n bisschen miteinander
 258 warm, nich? und dann gabs erstmal großes hallo aber dann wars das auch, nich? er hatte sich hier
 259 wiederum zu einer reha angemeldet, zu einer, er musste sich nochmal operieren lassen und so. na ja,
 260 das sind so, aber das sind wie gesagt alles keine bekannschaften die auch nicht zu einer dauerhaften
 261 beziehung führen, nicht? (2) nee, das ist nix. ich glaub auch nicht, dass in dem alter noch andere dazu
 262 lust hätten, glaub ich nicht. kann ich mir gar nicht vorstellen. das ist in dem alter wahrscheinlich so,
 263 dass man da dann sich selber um seine eigenen sachen kümmert. es gibt, gibt, natürlich kann ich mir
 264 wohl vorstellen, dass es da einige gesellige leute gibt, die auch dann eine einer neuen bekannschaft
 265 nicht, nichts im wege liegen würden, aber (2) für mich (2) ich kanns mir nicht vorstellen. durch
 266 irgendwelche umstände vielleicht durch ganz besondere umstände, dass man dann sagt: „wir passen
 267 gut zusammen, wir machen mal was zusammen“ (2) aber das ist so mit, mit ner behinderung ,wie ich
 268 sie jetzt habe, ist das alles so mit hindernissen verbunden. dann ist n gemeinsam irgendwas, früher
 269 sind wir gern tanzen gegangen (.) meine frau und ich, hatten auch bekannte mit denen wir gemeinsam
 270 dann beim presseball waren oder zum handwerkerball hier in oldenburg, hier gibts n handwerkerball
 271 ich weiß nicht obs den inzwischen überhaupt noch gibt. und äh das würde man gern mal wieder
 272 mitnehmen, aber das geht nicht. tanzen kann ich nicht, anfassen kann ich auch nicht mehr ((lacht))
 273 umfassen zum tanzen mein ich. na ja das wie gesagt, das hört einfach auf, wird weniger. das muss ich
 274 halt abschminken.

275

276 T: aber könnten sie sich vorstellen vielleicht den austausch, wenn sie nach hause kommen inner
 277 betroffenen gruppe oder sowas zu finden, oder?

278

279 WD: (4) wenn einer ne gleichgelagerte behinderung hat da kommt man schonmal zu einem austausch,
 280 nicht? um sich sagen wir mal irgendwelche sachen die man vereinfachen kann, nicht? da spricht man
 281 ja gern mal drüber, nicht? ich mach das so und so, mach das doch auch, nich? (.) das könnte ich mir
 282 vorstellen, aber die gelegenheit hat sich bisher auch noch nicht ergeben und weiß nicht ob sich sowas
 283 ergibt.

284

285 F: und wenn sich die gelegenheit ergeben würde, würden sie sie ergreifen?

286

287 WD: das kommt drauf an. wie gesagt, wenn das, wenn das harmoniert, wenn das, nich? die frauen
288 müssen sich einander auch verstehen, das ist ja klar sonst äh sonst gibt das ja nichts. dann könnt ich
289 mir das vorstellen, aber wie gesagt, das muss passen, nich? und das kann man, das muss die zeit
290 geben.

291

292 F: ja.

293

294 T: sagen sie, mit wem tauschen sie sich momentan aus über, also über ihre situation gerade?

295

296 WD: ja, austauschen. zumindest mal mit meiner familie, nich? is klar. und äh die wollen natürlich
297 auch einzelheiten wissen und so aber das sind dann die witwen von diesen verstorbenen männern, die
298 ich schon erwähnte. da, das ist nur ein loser kontakt, nich? die interessiert das auch nicht weiter was
299 nun wird und und (.) die sehen die behinderung, die haben selbst mit ihrer eigenen behinderung zu
300 ((lacht)) kämpfen und äh die fragen nicht groß: „was macht die hand“, oder was weiß ich. ich glaube
301 nicht, dass da (3) irgendwelcher austausch findet da nicht statt.

302

303 T: aber mit ihrer familie haben sie oder sind sie in?

304

305 WD: ja ja ja ja.

306

307 T: wer, wer ähm mit welchen kontakt haben sie innerhalb der familie, da haben sie ja letztes mal
308 schon?

309

310 WD: ja, das ist zunächst mal meine frau, mein mein mein bruder mit seiner familie natürlich und äh
311 die verwandten meiner frau, die fragen wohl „was macht er denn“ und so, „wie geht's ihm“, „wie
312 geht's dir“ aber das sind auch nur lose, nicht? die wohnen alle n bisschen weiter weg, weswegen wir
313 die jetzt nicht mehr besuchen können, na ja und dann unterbleibt das. nein, aber n austausch innerhalb

314 der äh der ansässigen familien da sind schon kontakte und äh werden auch gepflegt. ja meine frau ist
315 da die, die redet mir gut zu „ach du kannst ja schon wieder ganz gut laufen ((lacht)) dann wird das mit
316 der hand auch noch was“. na ja, die redet einem dann guten mut zu, nich? aber (.) was daraus wird,
317 das muss man abwarten.

318

319 T: kann sie denn gut her kommen?

320

321 WD: ja jetzt ja, jetzt wohnen wir ja nur vierhundert fünf sechshundert meter von weg.

322

323 T: optimal.

324

325 WD: hm hm, das ist optimal. deswegen wollte ich ja auch gerne hierher, nicht? (3) ja, aber nun wie
326 gesagt, die zeit ist ja in einer woche abgelaufen. dann bin ich auch wieder zuhause. da kann ich wieder
327 aufn tisch gucken und dann kann ich wieder sagen was gibts? ((lacht)) nein, aber dann kann man das
328 alles besser koordinieren mit dem einkauf und so. „bring doch mal das mit“ und „bring doch mal das
329 mit“ und „das kriegst am besten da“ und so. das ist was man früher eigentlich auch gemacht hat, nicht?
330 bloß hab ich das alles äh, da war ich federführend. ich hab das gerne immer meiner frau abgenommen,
331 was n fehler war, hab ich ja schon mal betont.

332

333 F: war das wichtig für sie?

334

335 WD: bitte?

336

337 F: war das wichtig für sie, inwiefern war das wichtig für sie, das abzunehmen?

338

339 WD: das immer zu machen?

340

341 F: hm hm gabs da?

342

343 WD: ja äh das äh weil ich wusste, dass äh meiner frau das schwer fällt. die kann nicht, nicht heben. sie
344 hat da n äh äh nen schlaganf- nen herzfarkt gehabt und äh ist also (2) eigentlich schlecht drauf muss
345 ich sagen. ist wenig belastbar und äh kann nicht tragen und so. ist äh (3) man hat zuhause seine
346 getränke, die man gerne trinkt und die man immer wieder kauft und äh das äh jetzt muss man das alles
347 dem zufall überlassen. denn äh wenn ich jetzt sage: „ich brauche trinken zuhause“, also trinkwasser
348 aus flaschen, dann muss ich mich auf den, den äh händler verlassen, der wird dann das
349 zusammenstellen und ob das dann hinhaut und so weiß man noch nicht .und dann haben se das mal
350 nicht da, dann haben se anderes geliefert und sowas hab ich immer damals immer gerne gemacht. hab
351 das, hab dafür gesorgt und das alles stimmig war und äh na ja das das geht jetzt eben nicht mehr so,
352 aber ich kann jedenfalls mitreden, wenn ich wieder zuhause bin. ((lacht))

353

354 F: und ähm.

355

356 WD: ja.

357

358 F: dann hör ich so raus, dass sie wahrscheinlich auch ne menge aufgaben abgeben müssen, ist das
359 richtig oder?

360

361 WD: ja, aufgaben. ich sagte schon, aufgaben hab ich eigentlich ja nicht, also aufgaben hab ich.

362

363 F: aber so alltagsaufgaben, würden sie da sagen da.

364

365 WD: alltagsaufgaben ((lacht)) mülleimer an die straße stellen. ((lacht)) ja, natürlich das äh, das war
366 alles männersache bisher bei uns, nicht? und äh das hab ich gemacht. das musste meine frau ja jetzt.
367 ich sag immer: „haste auch schön den müll getrennt und so?“, „ach was“. ((alle lachen)) das lass man
368 niemand sehen, äh da achten die müllabfuhrleute ansich sehr genau drauf, nich? also ob der müll
369 getrennt wird und so, nicht? die lassen auch mal gerne schon nen eimer stehen, wenn sie merken das
370 ist nicht getrennt und so, nicht? dann hab ich den ärger nachher den müll los zu werden. na ja, das
371 sind, ach alles so kleinigkeiten, die sich zu einem bild zusammensetzt und so. na ja.

372

373 T: ja mach du.

374

375 F: also hm den intensivsten kontakt haben sie ja dann auch sicherlich mit ihrer frau zuhause.

376

377 WD: ja ja natürlich.

378

379 F: was würden sie sagen, wer würde dann kommen in ihrer familie? nach ihrer frau, wer würde dann
380 kommen nach ihrer frau?

381

382 WD: ja, meine tochter in erster linie, aber die is ja wie gesagt weit vom schuss, nich? die kann wohl
383 telefonisch mitreden, aber (.) gute ratschläge geben, aber das, damit hat sichs, nich? groß einsteigen
384 kann sie nicht mit, denn wie gesagt, sie ist berufstätig und äh kann höchstens dann urlaub mal
385 rüberkommen oder wenn sie überstunden mal zusammenaddiert mal einen kleinen urlaub ergeben. der
386 enkelsohn ist inzwischen ja auch fahrtüchtig. der wird wenn er sein abitur in der tasche hat. jetzt ähm
387 ist er grad dabei. der wird dann auch vielleicht hin und wieder mal kommen, könnt ich mir vorstellen.
388 ansonsten kann ich immer nur hoffen, dass ich irgendwann mal wieder fahrbereit werde aber
389 fahrtüchtig.

390

391 F: wie ist das mit dem schwager? den haben sie vorhin angesprochen?

392

393 WD: schwager? mein bruder, bruder. ja, ach, der hat ist achtundachtzig, der is zwar noch äh
394 fahrtüchtig, also fährt, fährt noch auto, aber der hat ne großfamilie, die auch zwar schon alle schon,
395 schon äh erwachsen sind und auf eigenen füßen stehen, aber der hat genug mit seiner eigenen familie
396 zu tun. der ist äh voll beschäftigt. rund um die uhr. der hat äh fleißig ((lacht)) und äh wie gesagt, die
397 sind alle verheiratet und äh haben selbst kinder und und und sind auch enkelkinder, auch urenkel sind
398 schon dabei. Mit achtundachtzig is das ja nich, nich aussergewöhnlich. nee, aber der hat mit seiner
399 eigenen familie genug zu tun. wir sehen uns hin und wieder, er war jetzt auch zweimal hier im
400 krankenhaus (3) und aber wie gesagt, wenn ich jetzt zu hause bin dann wird das auch weniger. dann (.)

401 leben wir ansich schon so n bisschen nebeneinander her, kann man nicht sagen, aber nur auf losen
402 kontakt beschränkt, nicht?

403

404 F: und dann hatten sie gesagt äh, hat ihre tochter hat ja noch n mann und an dem?

405

406 WD: n lebensgefährten, ja.

407

408 F: und da so, wie ist da die möglichkeit?

409

410 WD: äh kontakte meinen sie jetzt?

411

412 F: ja

413

414 WD: ja kontakte, wenn wir hingekommen sind ja und äh äh der ist auch berufstätig natürlich und äh ist
415 auch ziemlich stressig im beruf. ist bauingenieur für, für alte bauten, für altbauten und äh hat gut zu
416 tun und äh aber wie gesagt, ist auch immer im stress. hat wenig freizeit. ist selbständig und dann ist
417 meist sowas immer schlecht mit der freizeit bestellt, nicht? nee also das wird, die tochter, ja die macht
418 sich dann schon mal frei, nicht? die ist tätig in einer in ner apotheke und äh da ist das schon mal mehr
419 machbar aber ansonsten (.) war das in der letzten zeit in den letzten jahren seit dem ich ausm beruf
420 weg bin, also seit vierzehn jahren ists her, ja äh (2) war das äh (2) seit dem ich wie gesagt in rente bin,
421 ist das äh nur unsere aufgabe gewesen, also das wir dann meistens hingefahren sind, nicht? aber das äh
422 muss jetzt umgekehrt laufen. (2) daurch zwangsläufig weniger nicht, aber ach so ist das halt. ja, das
423 sind so sachen, die für sie von wenig interesse sein werden.

424

425 F: doch äh eigentlich schon. gibts denn noch jemande,n wo sie sagen würden den, der erwähnt werden
426 müsste, innerhalb ihrer familie?

427

428 WD: innerhalb der familie? nein, nicht. so ne große familie haben wir nicht. also ich und meine frau.
429 der andere, wie gesagt, der bruder war tüchtiger ((lacht)) (2) wenn da mal n geburstag is, da sind also
430 mit 30 personen, das ist, ist wenig.

431

432 F: ja, ok.

433

434 WD: aber das gibts auch in der heutigen zeit noch.

435

436 T: ja, selten.

437

438 WD: selten, ja.

439

440 T: was würden sie sagen, woraus ziehen sie im moment ihre kraft?

441

442 WD: äh aus der kraft äh äh aus aus der hoffnung, die ich äh wiedergewonnen habe, dass ich nochmal
443 wieder n bisschen äh bisschen von der alten von dem alten zustand wiedererlange, nicht (2) das äh gibt
444 mir hoffnung und und äh äh och, mut zum, zum weitermachen, nich? zuerst hatte ich äh das gefühl,
445 also „jetzt ist alles aus“. jetzt kannst dich ruhig hängen lassen, da wird nix mehr von, aber dann äh so
446 langsam wurde es dann doch n bisschen anders und dann ähm hab ich gesagt: „so, jetzt erst recht,
447 jetzt muss noch was wiederkommen“. hoffnung ist ein (.) guter berater, aber (2) raten ist alles. alles
448 muss man äh abwarten was daraus wird. fragen sie was sie wissen wollen. ich hab nicht viel zu
449 erzählen ((lacht))

450 F: ähm sie haben jetzt äh schon sehr viele personen aus dem umfeld, bekannte angesprochen, ähm
451 familienangehörige angesprochen ähm ähm was würden sie sagen, oder was meinen sie, wie zum
452 beispiel die jetzt ähm mit der situation umgehen? die da wie die die situation jetzt wahrnehmen, ihre
453 situation?

454

455 WD: ja, weiß ich das?

456

457 F: oder vermuten.

458

459 WD: ich vermute, dass die da das durchaus ernst nehmen und dass die das durchaus realistisch sehen,
 460 obwohl sie sagen: „ach das wird wieder, das kommt noch, du musst geduld haben“ und äh aber ich
 461 weiß ganz genau das der ein oder andere denkt äh: „pech gehabt“. (2) aber, (.) mein gott. ich weiß
 462 selbst, dass ich pech gehabt habe, nicht? ich sage natürlich auch: „ja, ich gebe die hoffnung nicht auf,
 463 ich hoffe ganz bestimmt dass da noch wieder was von wird dass ich nochmal den schlüssel wieder
 464 rumdrehen kann“, aber äh für mich selbst denk ich äh: (3) „das muss einfach die zukunft zeigen“.so
 465 groß jetzt was, was das angeht mit autofahren zum beispiel da hab ich keine so großen hoffnungen,
 466 nicht? denn das is ja auch nicht ungefährlich. angenommen ich würde laufen, ich könnte wieder
 467 autofahren und setz mich dann ans steuer (.) damit würde ich nicht nur für mich n risiko eingehen,
 468 nich?, ich kann ja auch n unfall bauen und jemand kommt zu schaden, nicht? der dabei ganz
 469 unbeteiligt ist, sofern äh bin ich vorsichtig und äh bin deshalb auch äh skeptisch, was das angeht, das
 470 ich wieder fahren kann. aber, es gibt genügend andere leute, die auch nicht mehr auto fahren können
 471 (3) ich beneide meinen bruder, der mit achtundachtzig noch durch die gegend juckelt und äh vielleicht
 472 nicht mehr ganz so lange touren macht wie wenn man vielleicht früher mal in urlaub gefahren ist, ins
 473 nach ausland oder so. das wird er wahrscheinlich nicht mehr machen aber mit achtundachtzig noch
 474 auto fahren und sicher auto zu fahren. das ist beneidenswert ,nicht? (.) ja (4) ich wüsste nicht was ich
 475 ihnen noch interessant vorsetzen könnte.

476

477 F: gibts denn neben dem autofahren noch irgendetwas was sie sich für die zukunft wünschen würden
 478 ein-?

479

480 WD: wünschen, ja wünschen. wünschen würd ich mir ((lacht)) ich wär ich wäre also nicht nur ich,
 481 auch meine frau ist gerne fahrrad gefahren. ich würde mir wünschen zu wieder fahrrad zu fahren zu
 482 können, nicht? und äh da sind die hoffnungen ja äh etwas größer, denn äh dadurch gefährde ich mich
 483 höchstens selbst, wenn ich wieder fahrrad fahre. da äh brauch ich nicht angst haben das ich jemand
 484 anders schädige, nicht? und äh insofern äh (.) seh ich da noch ne chance, dass ich nochmal wieder rad
 485 fahren kann, das äh dass würd ich gerne tun, ja. allein der gesundheit wegen, nicht? was heisst
 486 gesundeit? vorausgesetzt ich keinen unfall baue, dann kann das gesundheitsfördernd sein. (2) ja auch
 487 ansonsten urlaub machen sicher. das möchte man gern schon mal wieder, aber ob das nochmal klappt,
 488 das müssen wir uns erstmal abschminken. vielleicht klappt das nochmal und wenss irgendwie nur ne
 489 flugreise ist, nicht? man kann sich ja von zuhause abholen lassen und äh zum flughafen bringen lassen
 490 und das gepäck nimmt einem vielleicht auch noch jemand ab. das müsste eigentlich machbar sein. gut

491 ja, urlaub machen, ja (3) man muss seiner frau ja auch n bisschen was bieten, nicht? die is ja nun äh
492 (3) hier nicht geschädigt mit sowas wenn sie sonst auch nen herzinfarkt hatte, nicht? aber damit kann
493 man ja reisen, der muss ich das ja auch bieten. Ich kann ja nicht sagen: „fahr du mal alleine in urlaub“,
494 nicht? das wird sie nicht machen. nein, das wär ne idee, dass man das nochmal macht in der- aber in
495 diesem jahr wohl kaum. wer weiß wie es im nächsten jahr aussieht. vielleicht hab ich schon n zweiten
496 schlaganfall ((lacht)) das ist ja nicht von der hand zu weisen, nicht?

497

498 T: ja?

499

500 WD: ja, die ärzte, die sagen also die gefahr eines zweiten schlaganfalles, die ist immer gegeben und äh
501 erfahrungsgemäß fällt der zweite schlaganfall auch noch schlimmer aus. das will natürlich keiner
502 hoffen, nicht? möchte keiner erleben aber solche fälle gibt's.

503

504 T: und nehmen sie denn äh auch wenn?

505

506 WD: ja äh, da muss ich noch äh warten bis mein hausarzt mir äh dann das entsprechende mitgibt oder
507 verordnet. sicher, muss ich mich darauf einstellen, dass ich äh oder auch zeitlebens medikamente
508 nehmen muss, um, um eine solchen zweiten schlaganfall zu verhindern und wrenns eben nur ein
509 blutverdünnendes mittel ist, nicht? dies macomar ist da ja sehr bekannt. das könnte durchaus sein, dass
510 man mir das für die zukunft verschreibt. ob man sonst noch was machen kann, um ne vorsorge zu
511 treffen? das ist natürlich gut, man sollte möglichst gesund leben, nicht? dass man also nicht zu fett
512 isst, man schreibt ja der, dem cholesterin auch äh verursacherqualitäten, was den schlaganfall angeht
513 zu und äh gibts sicher noch einige andere sachen, obwohl die für mich nicht in frage kommen, zum
514 beispiel das rauchen und äh trinken hab ich eigentlich nie gemacht. trotzdem hat mich n schlaganfall
515 erwischt, nich? aber kann einem ja kein arzt sagen woher es gekommen ist ,was was was die ursache
516 dafür ist.

517

518 F: ich hab noch ne frage, sie haben über ihren alltag geredet, oder über ihre freizeit auch n bisschen
519 noch am anfang.

520

521 WD: ja.

522

523 F: ähm, wenn sie jetzt den begriff freizeit erklären würden und abgrenzen zum begriff alltag, wie
524 würden sie das machen?

525

526 WD: abgrenzen?

527

528 F.: ja.

529

530 WD: ja, ich kann ja nur dann hypothetisch werden und, und sagen: äh „ich würde gern das und das
531 gemacht haben“.

532

533 F: das ist ja für sie freizeit?

534

535 WD: freizeit, ja.

536

537 F: und was wäre dann alltag? alltagsaufgaben?

538

539 WD: alltagsaufgaben, ja die hab ich erwähnt, nich? was ich äh gemacht habe, was ich nicht mehr
540 machen kann. das äh eben hausarbeit äh äh heimwerker arbeiten, nich? die, ich hab gern gebastelt, hab
541 gern dies oder das selbst gemacht. allein des bastelns wegen, nich? für sachen, die man auch gewiss
542 kaufen kann, nich? aber das selbst machen, das macht spaß, das (2) das hab ich immer gern gemacht,
543 das äh würd ich gern wieder gemacht haben, aber das äh werd ich unter diesen umständen nicht mehr
544 können, nich?

545

546 T: also wenn sie wenn sie jetzt sagen, sie freuen sich aufs reisen oder würden gerne wieder reisen,
547 sehen sie denn auch irgendwie so n bisschen auch ne chance in der zukunft für, für sich selbst was
548 ruhiges und was nettes zu machen was ihnen-?

549

550 WD: was netteres?

551

552 T: ja also was nettes, nein sowas, wie reisen und was ihnen persönlich einfach, was ihnen gut tut.

553

554 WD: reisen is ja ne feine sache, nich? bisschen geld ausgeben. ((lacht)) nein aber, aber reisen, gut ich
555 mein reisen und reisen das ist n unterschied, nich? man kann erlebnisreisen machen, die beinhalten
556 eben viel bewegung und äh teils schwimmen oder spazieren gehen oder wandern oder. (.) aber das
557 alles muss ich mir absminken. ich kann nur noch alte leute urlaub machen, nich? entweder ans
558 wasser fahren und äh im liegestuhl liegen, oder, oder vielleicht mal auf und ab laufen, aber (.) das
559 versteht man ja eigentlich nicht unter urlaub, nich?

560

561 T: also ich mags ganz gern ((lacht)) einfach mal ne woche lang zu machen.

562

563 WD: ne woche. ja gut, ne woche hält man aus. dann äh wenn man da im strandkorb liegt, oder, oder,
564 oder im sand, wo man sitzen kann, im café an der stranpromenade sitzen und so. ((lacht)) ja, das kann
565 den einen reizen, den anderen weniger. also äh n bisschen, bisschen bewegung im urlaub äh würd ich
566 sagen, ist ne feine sache. man will ja auch, wenn man ins ausland fährt, mal n bisschen von der, von
567 der umwelt sehen, mitnehmen nach hause, nich? also in gedankenn bisschen. müssen ja nicht gleich
568 fotos sein, fotos hass ich. aber (2) dann eher filme, ja. bisschen urlaubfilme machen ja. aber das äh
569 dazu muss man eben beweglich sein. das äh kann man nich vom rollstuhl aus oder vom, vom äh
570 strandstuhl. (.) ja, faulheit oder wie sagt man? bequemlichkeitsurlaub, nich? das äh, schön im
571 liegestuhl rekeln, das hat was für sich aber für n () nich. ja. (3)

572

573 F: gibts noch irgendwas wenn sie jetzt sagen würden, also wir hatten alltag, freizeit, familie
574 angesprochen, dann hatten wir die ausserfamiliären kontakte angesprochen gibts noch-?

575

576 WD: ausserfamiliär würd ich sagen, die haben sich wie gesagt, sehr reduziert. da äh das ist eigentlich
577 wenig, zu wenig. aber das äh sind wie gesagt die umstände auch, die das haben zusammenschmelzen
578 lassen. denn wenn da keine ehpartner mehr sind, nich? das sind alles witwen die frauen, damit
579 können sie keinen urlaub machen, zum beispiel, nich? und dass äh man kann auch keine feiern
580 veranstalten, mal abgesehen von einem leichten kaffeeklatsch, wenn einer geburtstag hat, nich? das,

581 das is äh, nich? aber auch früher hat man auch mal n bisschen gefeiert . feiern kann man das ja nich
 582 nennen wenn man da nen kaffeeklatsch macht, nich? äh ja, das hat sich alles (3) verflüssigt, weg. gibts
 583 nich mehr. nein, in sofern hab ich keine ambitionen da noch irgendwelche (2) sachen auf die beine zu
 584 stellen. ich bin froh, wenn ich mein leben äh (4) relativ äh beweglich beenden kann, denn äh (2) da
 585 darf man sich keine hoffnungen mehr machen, dass man jetzt mal wieder das wieder herbringen kann.
 586 da weiß man was man vorher gemacht hat und äh das ist, ist aus das äh muss man als äh
 587 schlaganfallpatient muss man sich das abscminken. es gibt wirklich, es gibt schlaganfälle, die sind
 588 harmlos, nich? die sind harmlos, die gehen n paar tage in die klinik, kriegen ihre medikamnte und
 589 dann sind die äh behinderungen oder wenns solche gegeben hat sind dann auch wieder vergessen,
 590 nich? die, die können wieder bock springen und so, nich? auch solche fälle hab ich erlebt jetzt in
 591 dieser ganzen zeit`. aber wenns einen so erwischt, wie es mich erwischt hat, dann ist das eben alles
 592 schnee von gestern. da muss man äh ganz kleine brötchen backen (.) das is so.

593

594 T: aber sehen sie jetzt schon ne verbesserung in dem krankenhaus?

595

596 WD: ne verbesserung ist zweifellos da. deswegen hab ich ja auch wieder hoffnung geschöpft. zu
 597 anfang war ich ja wie gesagt sehr deprimiert. da hab ich gedacht meine arme frau, nicht? die die
 598 tochter, die haben ihr eigenes leben, die werden damit fertig. Ja, is dann alles vorbei. Ja, der opa, der
 599 hatte nen schlaganfall, der kann überhaupt nichts mehr, dann werden die damit fertig. meine frau, die
 600 würde dabei sehr sehr äh (2) teilnehmen müssen. aber wie gesagt, hoffnung ist da und man kann das
 601 leben auch noch so n bisschen geniessen, n bisschen.

602

603 F: ja, gibts denn irgendwas, was äh sonst noch jetzt wichtig ist, wo sie jetzt noch so irgendwie nen
 604 gedanken haben, das spielt auch noch ne wichtige rolle in ihrem leben und das ist, wurde jetzt noch
 605 nicht angesprochen, aber ist eigentlich doch ganz wichtig für sie?

606

607 WD: wichtig, is mir nix mehr, für wichtig. bei mir dreht sich alles nur darum hier im krankenhaus was
 608 man hier erlebt und erleben muss und äh was man von rehabilitation erfährt. alles andere ist dann n
 609 neuer lebensabschnitt, wenn ich nächste woche wieder zuhause bin. dann äh wird sich das erst mal
 610 finden müssen, was noch äh was ich, ich setzte da eigentlich große hoffnung drin, wenn ich die hand
 611 wieder gebrauchen muss, nich? wenn mir, wenn mir das, die zweite hand richtig fehlt , dass ich dann
 612 noch n bisschen äh auch dass die hand noch mehr aktivieren kann, muss. dass da noch n bisschen
 613 leben wieder reinkommt. da setz ich meine hoffnung drin. das is äh mein lebensziel, nich? dass ich da

614 noch (2) jaa, an aktivi- aktivität zurückgewinne (.) ansonsten hab ich (.) pläne hab ich keine mehr.
615 früher hat man gedacht: „mensch, hast n alten wagen, der müsste eigentlich nochma neu, der is, der
616 bruder ist achtundachtzig, der fährt immer noch. kannst dir nochmal n auto kaufen“, nicht? das ist alles
617 weg, das ist passé.

618

619 F: ja, wenn wenn sie sonst äh nichts mehr haben, was sie los werden möchten?

620

621 WD: ich, ich hab nichts was ich loswerden will, kann. also, aber wenn sie fragen haben, dann machen
622 sie mal.

623

624 F: das war ja auch nun recht viel und auch recht informativ für uns. auch genau das was wir brauchen.

625

626 T: ja.

627

628 F:also.

629

630 WD: ja, ich weiß nicht, ob das, ich kann mir einfach nicht vorstellen, dass sie das gebrauchen können,
631 was ich ihnen erzählt hab. ((lacht))

632

633 T: ja, das ist schon ziemlich wichtig, auch gerade was die beziehungen angeht. wie verändert sich das,
634 wie, wenn sowas plötzlich kommt?

635

636 WD: ja, es kommt drauf an. je älter sie sind und es widerfährt ihnen sowas, umso äh einschneidender
637 ist das ganze dann auch, nich? dann haben sie auch keine pläne mehr, dann können sie auch keine
638 pläne mehr haben, nich? dann ist dann äh relativiert sich alles und so ist leben dann (3) und wenn man
639 keine pläne mehr hat, dann äh ist das schon einschneidend. zudem eben all das, was man vorher
640 geschätzt hat, und wenss auch kleinigkeiten waren, aber all das ist, hat plötzlich einen ganz anderen
641 stellenwert, nich? (4)

642

643 F: ja, auf jeden fall vielen vielen dank.

644

645 WD: gern geschehen, wenn sie äh, wenn ihnen noch etwas einfällt, können sie jederzeit anrufen. ich
646 ihnen da ne telefonnummer gegeben, das war die handy nummer, nicht? oder auch die richtige
647 telefonnummer?

648

649 F: ähm, ich habe beide.

650

651 WD: beides.

652

653 F: ja und ähm die telefonnummer hab ich damals noch von herrn professor zieger gekriegt, dem hatten
654 sie die telefonnummer gegeben von sich und.

655

656 WD: ja, kann sein.

657

658 F: und äh, der hat die mir weitergereicht.

659

660 WD: ja das ist ja gut. sie können mich jederzeit anrufen.

661

662 F: wär auch noch ne frage, ähm wären sie daran interessiert, dass wir, wir ihnen jetzt quasi von dem,
663 dem interview nochmal ne rückmeldung geben, was wir eigentlich damit machen, sind sie daran
664 interessiert?

665

666 WD: ach, wissen sie äh äh sie müssen das erstmal ja niederschrieben und so.

667

668 F: ja.

669

670 WD: äh, was ich ihnen erzählt habe, das ist hier oben drin, das brauch nich, höhö, das brauch ich
671 eigentlich nicht und äh mich würde natürlich interessieren und wenns nur äh so n gespräch() ist,
672 was sie daraus eigentlich machen können, nich? das is mir noch schleierhaft. ((lacht))

673

674 F: ok, ok ähm dann geben wir ihnen dann auf jeden fall noch ne rückmeldung, was wir daraus gemacht
675 haben und äh.

676

677 WD: würd mich freuen.

678

679 F: also dann rufen wir sie nochmal an und ähm dann können wir dann auch ihnen nochmal zeigen, was
680 wir daraus gemacht haben und dann können sie auch nochmal sagen äh was sie eigentlich davon
681 halten, ob sie dass vielleicht auch äh so richtig sehen, was wir da gemacht haben.

682

683 WD: ja.

684

685 F: das wär uns auch nochmal wichtig, dass sie da nochmal n blick drüber werfen.

686

687 WD: ja natürlich, dass kann ich machen.

688

689 F: weil könnte ja sein, dass wir irgendwas nicht ganz so richtig verstanden haben, oder n bisschen
690 falsch verstanden haben und da können sie dann nochma sagen: „so war das aber nicht“.

691

692 WD: das ist so banal, da kann man eigentlich nix falsch verstehen.

693

694 F: ja, ja, ok. ja aber ansonsten äh haben wir noch ne kleinigkeit ((lacht))

695

696 im folgenden wird ein kleines präsent als dankeschön überreicht und die aufnahme endet

3. Anhang – Kontrakt mit W.D.

Kontrakt

zwischen
der/dem Interviewteilnehmer/in
und
dem Forscherteam

Ich, _____, erkläre mich mit folgenden Punkten einverstanden:

Aufnahme
Aufzeichnung des Interviews auf Tonträger

Veränderungen

Veränderung der Verschriftlichung der Tonaufzeichnungen in anonymisierter Form (keine Namensnennung/allerdings Personenmerkmale Geschlecht und Alter)

Weitergabe

Veröffentlichung der Verschriftlichung zu wissenschaftlichen Zwecken innerhalb des universitären Rahmens.

Im Gegenzug erwarte ich vom Forscherteam folgende Leistungen:

- ein Exemplar des Transkripts (ausschnittsweise Transkription) des mit mir geführten Interviews

Nach Beendigung des Projekts soll die Tonbandaufnahme

- in meinen Besitz übergehen
- vom Forscherteam gelöscht werden

Datum: _____

Unterschrift (Befragte):

Unterschrift (Forscherteam):
