

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
in Frankfurt am Main  
(Direktor: Prof. Dr. med. K. Jork)

**Patienten mit Dekubitus in der allgemeinärztlichen  
Versorgung und in der häuslichen Pflege**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
des Fachbereichs Humanmedizin  
der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

vorgelegt von

Doris Geisler

aus Aschaffenburg

Frankfurt am Main, 2001

Dekan :

Prof. Dr. med. G. von Jagow

Referent :

Prof. Dr. med. K. Jork

Korreferent :

Prof. Dr. med. A. Encke

Tag der mündlichen Prüfung :

06.07.2001

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1. Einleitung</b>	1
<b>2. Methodik</b>	5
2.1 Erstellung eines Angehörigenratgebers	5
2.1.1 Fragestellung	5
2.1.2 Instrumente	5
2.1.3 Praktische Durchführung	8
2.1.4 Methodenkritik	8
2.2 Befragung von pflegenden Angehörigen	9
2.2.1 Fragestellung	9
2.2.2 Indikatoren	9
2.2.3 Instrumente	9
2.2.4 Stichprobe	10
2.2.5 Durchführung der Befragung	17
2.2.6 Auswertung der Tonbandaufzeichnungen	17
2.2.7 Statistik	18
2.2.8 Methodenkritik	18
2.3 Schriftliche Befragung von Allgemeinärzten	19
2.3.1 Fragestellung	19
2.3.2 Indikatoren und Instrumente	19
2.3.3 Stichprobe	19
2.3.4 Praktische Durchführung	19
2.3.5 Auswertung	31
2.3.6 Statistik	33
2.3.7 Methodenkritik	33

<b>3. Ergebnisse</b>	<b>37</b>
3.1 Angehörigenratgeber „Dekubitus Betreuung - Pflege - Schulung Eine Anleitung für pflegende Angehörige“	37
3.2 Ergebnisse der Angehörigenbefragung	37
3.2.1 Einzelergebnisse	37
3.2.1.1 Interview Nummer 1	37
3.2.1.2 Interview Nummer 2	44
3.2.1.3 Interview Nummer 3	50
3.2.1.4 Interview Nummer 4	57
3.2.1.5 Interview Nummer 5	64
3.2.1.6 Interview Nummer 6	71
3.2.1.7 Interview Nummer 7	77
3.2.1.8 Interview Nummer 8	83
3.2.1.9 Interview Nummer 9	89
3.2.1.10 Interview Nummer 10	97
3.2.2 Tabellarische Übersicht	104
3.2.3 Zusammenfassende Ergebnisse	124
3.3 Ergebnisse der Ärztebefragung 1998	127
3.3.1 Einzelergebnisse	127
3.3.2 Zusammenfassende Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Nennungen	144
3.3.3 Zusammenfassende Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Ärzte	145
3.3.3.1 Antibiotika	145
3.3.3.2 Antidekubitusmatratze	145
3.3.3.3 Feuchter Wundverband	145
3.3.3.4 Negative Erfahrungen mit feuchtem Wundverband	145
3.3.4 Tabellarische Übersicht bezogen auf die Anzahl der Ärzte	146

<b>4. Diskussion</b>	147
4.1 Ratgeber für pflegende Angehörige	147
4.2 Betreuung zu Hause durch pflegende Angehörige	147
4.3 Ärztebefragung im Vergleich: 1998/1993	158
<b>5. Zusammenfassung</b>	171
<b>6. Literatur</b>	173
6.1 Bei der Erstellung des Angehörigenratgebers verwendete Literatur	173
6.2 In der Dissertation zitierte Literatur	175
6.3 Eigene Veröffentlichungen zum Thema	180
<b>7. Anhang</b>	181
7.1 Ärztebefragung im Vergleich: 1998/1993	181
7.1.1 Einzelergebnisse	181
7.1.2 Zusammenfassende Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Nennungen	199
7.1.3 Zusammenfassende Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Ärzte	200
7.1.3.1 Antibiotika	200
7.1.3.2 Antidekubitusmatratze	200
7.1.3.3 Feuchter Wundverband	200
7.1.3.4 Negative Erfahrungen mit feuchtem Wundverband	200
7.1.4 Tabellarische Übersicht bezogen auf die Anzahl der Ärzte	201
<b>Danksagung</b>	203
<b>Lebenslauf</b>	205
<b>Ehrenwörtliche Erklärung</b>	207

# 1. Einleitung

Der Begriff „Dekubitus“ ist im klassischen Altertum nicht überliefert, sehr wohl aber das lateinische Verb „decubare = niederlegen“ oder auch der Ausdruck „in lectulo decubantem = (krank) im Bett darniederliegen“, von welchem sich die heutige Bezeichnung ableitet.

Erst im Jahre 1750 wird die Bezeichnung „Dekubitus“ in England und Frankreich eingeführt (69), so daß das Phänomen älter als die Begriffszuordnung erscheint. Im Jahre 1701 veröffentlicht Johann Jakob Ammann sein Werk „De Decubitu“ in Tübingen (42), während Wilhelm Fabricius von Hilden in seinem 1593 veröffentlichten Werk „De gangraena et spacelo“ (38) bzw. in seiner 1603 erweiterten und in deutscher Sprache verfassten Abhandlung „Vom heissen und vom kalten Brandt, welcher auch S. Antonii und Martilis Feuer genannt wirdt“ (39), spricht.

Seine Beschreibung erinnert in manchen Zügen an unsere heutige Stadieneinteilung, aber auch Therapie und Entstehungsursachen (40) finden sich teilweise in heutigem Wissen wieder.

<b>Heisser Brand</b>	<b>Kalter Brand</b>
Oberflächlich lokalisiert, betrifft nur Haut, Muskeln und andere Weichteile	Betrifft auch Knochen
Haut ist rötlich und heiß, gleich wie brennende Glut oder Kohle	Aschfarben oder schwarz, gleich wie ausgebrannte oder erloschene Kohle
Kein böser Geruch	Stelle ist faul und riecht überaus übel
Empfindung vorhanden, wenn man mit einem spitzen Instrument in den erkrankten Teil sticht	Keine Empfindung

<b>Behandlung des heissen Brandes</b>	<b>Behandlung des kalten Brandes</b>
Verhindern, daß Fäulnis eintritt	Faules und Verdorbenes entfernen, sei es durch Schneiden, Ätzen oder Brennen

<b>Entstehungsursachen</b>	
1.	Durch starke Veränderung einer offensichtlichen und bekannten Eigenschaft, z.B. übermäßige Hitze, Kälte, Feuchtigkeit oder Trockenheit, was die Ärzte Intemperies nennen.
2.	Durch eine verborgene und unbekante Eigenschaft etwa giftige und scharfe, böse Feuchtigkeit, gleich ob sie im Leibe entstanden und weitergeleitet sei oder uns durch eine äußere und zufällige Ursache zugeführt wurde.
3.	Wenn die Geister, besonders solche, die das Herz durch die Pulsadern den Gliedmaßen zusendet, aufgehalten werden.

Die Begriffe Brand und Nekrose werden später synonym verwendet (13) und beschreiben einen lokalen Zelltod, dessen Ursache, im Falle des Dekubitus, äußere längerfristige Druckeinwirkung ist.

Die Kompression von Gefäßen führt zu trophischer Störung von Geweben (v.a. Haut- und Unterhautfettgewebe), bedingt durch lokale Ischämie.

Wird eine bestimmte Ischämietoleranz überschritten, treten irreversible Schäden mit äußerst langsam heilenden Nekrosen ein, wobei bereits Druckamplituden von 2kPa sowie Druckverweilzeiten ab 2 Stunden (67) einen Dekubitus auslösen können.

Bei Bettlägerigkeit zumeist über Knochenvorsprüngen, aber auch unter schlecht sitzenden Prothesen oder zu engen Gipsverbänden kommen Dekubitalulcera vor.

Im Mittelpunkt des Interesses dieser Arbeit stehen Ulcera, die durch Immobilität bei Patienten in häuslicher Pflege entstanden sind.

### **Bevorzugte Lokalisationen (43)**

- Os sacrum
- Os coccygis
- Os ischii
- Kalkaneus
- Os coxae
- Scapula
- Os occipitale
- Cubitus
- Malleolus lateralis

### **Risikofaktoren, die zur Dekubitusentstehung beitragen können (43)**

- Apoplexie
- Diabetes mellitus
- Para-, Tetraplegie
- Multiple Sklerose
- Depression
- Exsiccose
- Kachexie

- Schmerzen
- Sedierung
- Inkontinenz
- Infektionen
- Osteoporose
- Langdauernde Operationen

Die Bevölkerungspyramide der BRD zeigt eine Verlagerung der Altersverteilung zugunsten der Älteren, so daß mit zunehmender Lebenserwartung der Anteil immobiler, bettlägeriger oder auch rollstuhlpflichtiger alter Menschen ständig zunimmt. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist seit 1965 um rund 5 Jahre angestiegen und damit die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden und durch Immobilität dekubitusgefährdet zu sein.

Am Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt wurde 1993 eine Studie in der Modellregion Stadt- und Landkreis Offenbach durchgeführt, die schriftliche Interviews mit niedergelassenen Allgemeinärzten und praktischen Ärzten, mündliche Interviews mit Pflegekräften von Alten- und Pflegeheimen, Mitarbeitern von ambulanten Pflegediensten, Ärzten sowie pflegenden Angehörigen beinhaltet (55). Ziel dieser Studie war es, angewandte Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Dekubitus zu erfassen und Alltagsprobleme in der kooperativen Versorgung der Dekubituspatienten zu beschreiben. Dabei sind Probleme in der Versorgung bei Prävention, Diagnostik, Therapie und Kooperation sowie Informationsbedarf pflegender Angehöriger sichtbar geworden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die vorliegende Arbeit folgende Aufgaben:

- Ein zu erarbeitender Angehörigenratgeber soll Menschen, die Umgang mit Dekubituskranken haben, helfen, informieren und Denkanstöße liefern.
- Begleitend zur Erstellung des Ratgebers soll die psychische, physische und soziale Belastungssituation und Problematik der häuslichen Pflege aus Sicht der pflegenden Angehörigen erfaßt werden.
- Eine Wiederholungsbefragung der niedergelassenen Allgemeinärzte und Praktischen Ärzte soll Aufschluß geben über den Versorgungsalltag der Betreuung von Patienten mit Dekubitus und über eventuelle Veränderungen im Vergleich zu 1993.





## 2. Methodik

### 2.1 Erstellung eines Angehörigenratgebers

#### 2.1.1 Fragestellung

Aus der 1993 durchgeführten Studie des Institutes für Allgemeinmedizin mit Ärzten, Pflegepersonal und pflegenden Angehörigen wurde deutlicher Bedarf an Informationen bezüglich der Dekubituskrankung offenbar.

Der vorwiegende Informationsbedarf liegt bei den pflegenden Angehörigen.

Diesem kann, neben speziellen Schulungskursen, insbesondere durch einen Angehörigenratgeber Abhilfe geleistet werden.

#### 2.1.2 Instrumente

Zur Entstehung des Ratgebers trugen bei:

- Quellenstudium (siehe 6.1)
- Expertenbefragung
- Interviews mit pflegenden Angehörigen (siehe 3.2)
- Expertenveranstaltung zum Thema „Häusliche Weiterbehandlung von Schwerkranken“ am 16.05.1998 in der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim
- Teilnahme an einem Pflegekurs einer Krankenkasse, durchgeführt von Mitarbeitern des Arbeiter-Samariter-Bundes, an 10 Abenden im Sommer 1998
- Vorerfahrungen von A. Kelch bei der Erstellung eines Ratgebers für Schlaganfallpatienten, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt a. M., 1992.

Die Expertenbefragung bestand in eingehenden Gesprächen mit Dr. S. Wilm, desweiteren in vielfältigen Telefongesprächen mit Mitarbeitern von Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung, Sozialamt, Versorgungsamt, Malteser-Telefon, Servicetelefon zur Altenhilfe, Bürgertelefon zur Pflegeversicherung sowie Schriftwechsel mit Verbänden, Organisationen und Schulungszentren.

Zur Erstellung des Ratgebers wurde keine methodische Anleitung benutzt.

Die inhaltlichen Zielvorstellungen orientieren sich an den Ergebnissen der Studie 1993 sowie an den Ergebnissen der Befragung von pflegenden Angehörigen. Der Ratgeber soll:

- Wissen vermitteln bezüglich der Entstehungsursachen eines Dekubitus
- Hilfestellung geben für Alltagssituationen
- Gesetzmäßigkeiten erläutern
- den Angehörigen stärken
- Dekubitusprophylaxen und –therapien aufzeigen
- Pflegeheimaufenthalte nicht um jeden Preis ablehnen
- Interessierten weiterführende Literatur aufzeigen
- Kontaktadressen beinhalten.

Nach eingehender Vorarbeit wurden folgende Inhalte festgelegt:

- Persönliche Ansprache an den Leser in der Einleitung
- Medizinische Informationen bezüglich Dekubitus
  - Aufbau der Haut
  - Druck und Lagerung
  - Lokalisationen
  - Früherkennung
  - Stadieneinteilung
  - Risikofaktoren
  - Prophylaxe
  - Therapien
  - Veraltete Therapien
  - Andere Therapien
  - Weiterführende Literatur
  - Medizinische Begriffserklärung
- Informationen zu sozialer und fachlicher Unterstützung
  - Ambulanter Pflegedienst
  - Hausarzt
  - Physiotherapeut
  - Psychologische Betreuung
  - Krankentransport
  - Sanitätshaus und Apotheke
  - Pharmazeutische Industrie
  - Heil- und Hilfsmittelfirmen
  - Mittagstisch / Essen auf Rädern
  - Zivildienstleistende
  - Mobiler Sozialer Dienst
  - Behindertenausweis
  - Malteser-Telefon
  - Selbsthilfegruppen
  - Betreuungsgesetz
  - Hilfe zur Pflege auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes
  - Befreiung in der gesetzlichen Krankenkasse
  - Sozialamt
  - Servicetelefon zur Altenhilfe
- Pflegeversicherung
  - Ziele der Pflege
  - Merkmale der Pflegebedürftigkeit
  - Sach- und Geldleistungen
  - Qualitätssicherung
  - Antragstellung, Begutachtung, Pflegestufen, Widerspruchsverfahren
  - Antrag auf Umstufung
  - Grund- und Behandlungspflege
  - Soziale Sicherung der Pflegeperson
  - Pflegehilfsmittel, technische Hilfen im Haushalt
  - Umbaumaßnahmen in der Wohnung
  - Kurse in häuslicher Krankenpflege
  - Teilzeitpflege
  - Ersatzpflegeleistung / Pflegevertretung
  - Kurzzeitpflege

- Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
- Pflege: Wie – Wo – Warum – Wie lange ?
  - Anforderungen an das Pflegezimmer
  - Anforderungen an den Bettstellplatz
  - Tagesablauf
  - Anforderungen an das Pflegebett
  - Pflege- und Hilfsmittel
  - Der Umgang mit dem Angehörigen
  - Beobachtung und Begleitung
  - Ernährung
  - Lagerung
  - Mobilisieren
  - Körperpflege
  - Ausscheidung und Inkontinenz
  - Medikamenteneinnahme
  - Umgang mit Depressionen
  - Sterbebegleitung
  - Überforderung der Pflegeperson
  - Familie / Beruf
  - Der Seelendekubitus des Angehörigen
  - Freizeit / Entspannung / Urlaub
  - Körperhaltung und Atmung der Pflegeperson
  - Pflege zu Hause, Sinnerfüllung oder finanzieller Zwang, Liebe oder Pflichtgefühl?
  - Ins Krankenhaus bei Komplikationen?
  - Oder doch ins Pflegeheim?

Medizinische Fachtermini werden weitgehend vermieden. Verwendete Begriffe werden im Text sowie im anhängenden medizinischen Begriffsverzeichnis erklärt. Inhaltliche und sprachliche Gegebenheiten orientieren sich an dem medizinischen Verständnis von Laien.

Eine übersichtliche und ausführliche Inhaltsangabe findet besondere Beachtung. Anhand des umfangreichen Stichwortverzeichnisses können Informationen schnell und sicher gefunden werden. Im Textbereich finden sich Querverweise auf andere Textstellen anhand von genauen Kapitelangaben. Ermüdende und ausladende Wiederholungen können somit vermieden werden. Dem interessierten Leser wird durch den Ratgeber die Möglichkeit gegeben, seinen Informationsbereich zu erweitern. Eine umfangreiche Anschriftensammlung im Anhang bietet Angehörigen und Erkrankten die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit Institutionen, Organisationen und ggf. gleichartig Betroffenen. Bei den Kontaktadressen konnten nur Adressen von Bundes- oder Hauptverbänden angegeben werden, weil der Ratgeber bundesweite Gültigkeit erhalten soll. Für Betroffene bedeutet dies, sich dort telefonisch oder schriftlich Adressen im häuslichen Umfeld besorgen zu müssen.

Die formalen Anforderungen an den Ratgeber orientieren sich an lesergerechten, motivierenden und praxisnahen Gegebenheiten. Deshalb wurden Gliederung, Aufbau sowie Gestaltung besondere Bedeutung zugemessen. Zeichnungen, Fallbeispiele, verständliche Sprache, großformatiger Schrifttyp sowie optisch ansprechendes Layout sollen den Ratgeber möglichst lesefreundlich gestalten.

### 2.1.3 Praktische Durchführung

Die Vorgehensweise bei der Erstellung des Ratgebers erfolgte in 8 Einzelschritten.

1. Stichwortsammlung relevanter Begriffe, die im Zusammenhang mit häuslicher Pflege von Dekubituspatienten stehen. In eingehender Diskussion mit Dr. S. Wilm wurden Ergänzungen sowie Eliminationen vorgenommen. Die zusammengetragenen Begriffe wurden alphabetisch geordnet und finden sich jetzt größtenteils im Stichwortverzeichnis des Ratgebers wieder.
2. Diese Stichwortsammlung stellte die Grundlage für das im Anschluß daran erstellte Inhaltsverzeichnis dar. Die einzelnen Stichwörter wurden kategorisiert und somit Übergruppen zugeordnet. Diese so entstandene Gliederung wurde mittels erneuter Diskussion und Abgleichung mit einer schon bestehenden Gliederung von Dr. S. Wilm bearbeitet. Die inhaltlichen Ziele waren festgelegt.
3. Jeder Bereich des Inhaltsverzeichnisses wurde mittels Quellenstudium, Expertengesprächen sowie parallel zur Verfassung des Ratgebers durchgeführten Interviews mit pflegenden Angehörigen von Dekubituspatienten erschlossen.
4. Die Niederschrift wurde durch graphische Elemente ergänzt, um besonders anschauliche Darstellungen zu erhalten. Desweiteren wurden Fallbeispiele an geeigneten Stellen eingefügt, um den Leser besser anzusprechen.
5. Nach Durchsicht des nun erstellten Ratgebers wurde die Reihenfolge der Themengebiete einer Veränderung unterzogen, und es wurden inhaltliche Ergänzungen, die sich aus Expertenveranstaltungen ergaben, hinzugefügt.
6. Kritische Bewertung des Ratgebers sowie Überprüfung der Verständlichkeit der Darstellungen durch zwei Laien, eine Hausärztin und eine Gutachterin der Pflegeversicherung.
7. Korrektur und Überarbeitung des Angehörigenratgebers durch Dr. S. Wilm.
8. Überarbeitung des Ratgebers durch das Lektorat eines medizinischen Fachverlages.

#### 2.1.4 Methodenkritik

Durch die Vorgabe einer begrenzten Seitenzahl von seiten des Verlages konnte auf manche wichtig erscheinende Thematiken nur marginär eingegangen werden (z.B. Kinästhetik).

## 2.2 Befragung von pflegenden Angehörigen

### 2.2.1 Fragestellung

Anhand der Befragung von pflegenden Angehörigen von Patienten mit Dekubitus sollen Erkenntnisse über die psychische, physische und soziale Belastungssituation erhalten werden.

Desweiteren soll die Befragung aufzeigen, inwieweit pflegende Angehörige Unterstützungsangebote, sei es durch Hilfsorganisationen, Selbsthilfegruppen oder im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes, nutzen.

Aus der von den Befragten dargestellten Situation sollen Rückschlüsse für die Erstellung eines Angehörigenratgebers (siehe 2.1) gezogen werden.

### 2.2.2 Indikatoren

Die in Selbstauskunft beschriebene psychische, physische und soziale Belastungssituation pflegender Angehöriger von Patienten mit Dekubitus wurde anhand folgender Kriterien bewertet:

- Pflegedauer
- Grunderkrankung des Patienten
- Selbsteinschätzung
- vom Pflegenden ausgeübte Pflegeleistungen
- Unterstützung durch Hilfsorganisationen, Familie, Freunde, Nachbarn.

### 2.2.3 Instrumente

Um die Belastungssituationen der pflegenden Angehörigen erfassen zu können, wurde eine auf sprachlicher Basis arbeitende, personenzentrierte Methode ausgewählt.

Teilnehmende Beobachtung wie auch Gruppendiskussion wurden aus technischen Gründen (nur eine Person bearbeitet das Thema) verworfen. Das Instrument des Narrativen Interviews stellt für die festgelegte Fragestellung eine zu schwach strukturierte Interviewform dar (52).

Aus Gründen der Praktikabilität wurde die Form des Problemzentrierten Interviews gewählt, mit offener halbstrukturierter Befragung (23).

Zur besseren Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews erschienen die genaueren Lebensumstände von Pflegebedürftigen wie auch Pflegendem wichtig. Deshalb wurden Fragen nach dem Alter, den Familienverhältnissen, Wohnverhältnissen, finanziellen und beruflichen Aspekten gestellt. Die Belastungssituation einer Pflegeperson, die neben der Pflege auch noch einen Beruf ausübt, kann eine andere sein als nicht berufstätiger pflegender Angehöriger. Desweiteren wurde ein Unterschied gemacht, ob die Pflege im gleichen Haus oder aber in einiger Entfernung vom eigenen Wohnort ausgeübt wird. Alter, Vorerfahrungen bezüglich häuslicher Pflege, biographischer Bezug zur Pflege als auch erforderliche Pflegeintensität können ebenfalls Einfluß auf das Erleben der Pflegesituation haben.

Derartige, anhand der Literatur und der Expertenbefragung (siehe 2.1.2) im Vorfeld erarbeitete Aspekte wurden in einem Interviewleitfaden zusammengestellt und im Gesprächsverlauf des Interviews angesprochen.

Themenbereiche des Interviewleitfadens:

- Einzelfallanalyse Pflegender
- Einzelfallanalyse Pflegebedürftiger
- Lebenssituation des Pflegenden
- Subjektive Belastung durch die Pflege
- Bewältigungsversuche
- Pflegeversicherungsgesetz
- Dekubitus
- Pflegeratgeber, Wunschinhalt, Anforderungen.

Im Einverständnis mit den Interviewten wurden Tonbandaufzeichnungen der Gespräche angefertigt.

Auf protokollarische Mitschrift während der Befragung wurde verzichtet, um den Gesprächsfluß und die erfaßten Inhalte nicht negativ zu beeinflussen.

Alle Interviews sowie die Auswertung aller Befragungen wurden von ein und derselben Person ausgeführt.

Reliabilität und Validität des Instrumentes wurden nicht überprüft.

#### 2.2.4 Stichprobe

Die Rekrutierung pflegender Angehöriger aus dem Bekanntenkreis, über Behindertengruppen oder aus Teilnehmern von Kursen in häuslicher Krankenpflege wurde aufgrund methodisch unkorrekter Vorgehensweise mit Verzerrungen nicht wahrgenommen.

Die pflegenden Angehörigen von Patienten mit Dekubitus wurden gewonnen über

- Ärzte
- Praktische Ärzte
- Allgemeinärzte
- Ambulante Pflegedienste

aus Stadt- und Landkreis Darmstadt, gemäß den Landkreisgrenzen der Kassenärztlichen Vereinigung Darmstadt. Für die Ärzte lag der Stichprobe die Liste der Kassenärztlichen Vereinigung Darmstadt zugrunde (Stand: 3/98), für die ambulanten Pflegedienste eine Auflistung ambulanter Pflegedienste in Hessen nach der Pflegeversicherung (§ 72 SGB XI Stand 10.03.1998).

Aus der 2-fach stratifizierten Erhebungseinheit der Ärzte in der Stadt Darmstadt (n=81) wurden bei einem Auswahlsatz von 0,027 in Zufallsauswahl zwei Mediziner ermittelt.

Aus der Erhebungseinheit der Ärzte des Landkreises Darmstadt (n=141) wurden vier Mediziner gezogen.

Die ambulanten Pflegedienste wurden aus der 1-fach stratifizierten Grundgesamtheit mit einem Auswahlsatz von 0,09 gewonnen. Aus der Erhebungseinheit Stadt Darmstadt (20 ambulante Pflegedienste) wurden damit zwei, aus der Erhebungseinheit Landkreis Darmstadt (42 ambulante Pflegedienste) vier Pflegedienste gezogen.

Angeschrieben und um Mitarbeit gebeten wurden auf diese Weise:

- Jeder 40. Arzt, Praktische Arzt oder Allgemeinarzt der Stadt Darmstadt
- Jeder 35. Arzt, Praktische Arzt oder Allgemeinarzt des Landkreis Darmstadt
- Jeder 10. Pflegedienst der Stadt Darmstadt
- Jeder 10. Pflegedienst des Landkreis Darmstadt.

Es wurde versucht, eine proportionale Verteilung der angeschriebenen Mediziner und Pflegedienste bezüglich folgender Merkmale zu erreichen:

Mediziner:	Männlich	Weiblich	
	Gemeinschaftspraxis	Einzelpraxis	
	Praktischer Arzt	Arzt	Allgemeinarzt
Pflegedienste:	Privater Pflegedienst	Sozialstation	Wohlfahrtsverband

Die als Stichprobe ermittelten Mediziner und Pflegedienste wurden schriftlich gebeten, mit einem oder zwei pflegenden Angehörigen von dekubitusgefährdeten oder bereits an Dekubitus erkrankten Patienten Kontakt aufzunehmen und ein Informationsblatt zu der Befragung zu überreichen. Sofern die pflegenden Angehörigen zu einer Befragung bereit waren, konnte deren Telefonnummer weitergegeben werden. Die Interviewerin setzte sich dann zur Terminvereinbarung mit den pflegenden Angehörigen in Verbindung.

Die Zahl der für ein Interview zu rekrutierenden Angehörigen wurde auf 10 festgelegt.

Die Anschreiben an die Ärzte und ambulanten Pflegedienste waren identisch. Um die Bereitschaft zur Mitarbeit zu erhöhen, wurde bei den Ärzten die individuelle Adresse im Begleitschreiben eingesetzt sowie die persönliche Anrede „Sehr geehrter Dr. Mustermann“ gewählt. Bei den Pflegediensten wurde die entsprechende Adresse im Begleitschreiben eingesetzt, die Anrede „Sehr geehrte Damen und Herren“ mußte allerdings verwendet werden, da nicht bekannt war, wer die Bearbeitung der Anfrage um Mitarbeit durchführte.

In dem Informationsblatt für die pflegenden Angehörigen bestand ein Unterschied lediglich darin, ob das Blatt von einem Arzt oder von einem Pflegedienst verteilt wurde. Bei dem von den Ärzten verteilten Informationsblatt wurde der Name des entsprechenden Arztes eingesetzt, dem die pflegenden Angehörigen mitteilen sollten, ob sie zur Mitarbeit bereit waren oder nicht. Bei den von den Pflegediensten verteilten Informationsblättern war der genaue Name des Pflegedienstes nicht eingesetzt. Der Originaltext lautete: „Sofern Sie sich zur Mitarbeit entschließen können, möchte ich Sie bitten Ihre Entscheidung Ihrem Pflegedienst mitzuteilen“.

Die Anschreiben an die Ärzte und ambulanten Pflegedienste sowie das Informationsblatt für die pflegenden Angehörigen sahen folgendermaßen aus:





Institut für Allgemeinmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. K. Jork

An Herrn  
Dr. med.  
Frank Mustermann  
Mustermannstr. 111

12345 Musterau

60590 Frankfurt am Main, im Mai 1998

Ihre Zeichen:

Ihre Nachricht:

Meine Zeichen:

Theodor-Stern-Kai 7  
Telefon: (069) 6301-5687  
Fax: (069) 6301-6428  
Jork@em.uni-frankfurt.de

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

im Rahmen meiner Dissertation im Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt mit dem Titel "Patienten mit Dekubitus in der hausärztlichen Versorgung und der häuslichen Pflege" sollen, zur Erstellung eines Ratgebers, pflegende Angehörige von zu Hause betreuten Patienten mit Dekubitus in Stadt- und Landkreis Darmstadt befragt werden.

Die Erfassung pflegender Angehöriger stellt sich schwierig dar.

Ich möchte Sie deshalb um Ihre Mithilfe bitten, sofern Sie zu Hause gepflegte Dekubituspatienten betreuen.

Anbei sende ich Ihnen ein Anschreiben, das für die pflegenden Angehörigen bestimmt ist. Ich möchte Sie bitten, bei Ihrem nächsten Hausbesuch das Anschreiben zu überreichen und festzustellen, ob die pflegenden Angehörigen zu einer Befragung bereit sind.

Wenn Sie erlauben, würde ich in 10 Tagen telefonisch bei Ihnen nachfragen. Wenn Sie mir dann die Adresse eines bereits einverstandenen pflegenden Angehörigen nennen könnten, wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Abschließend sei gesagt, daß selbstverständlich alle erhaltenen Informationen vertraulich behandelt werden und ausschließlich zum Zwecke der Dissertation Verwendung finden. Für telefonische Rückfragen stehe ich Ihnen unter der Nummer ..... zur Verfügung.

Im voraus vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Mit freundlichen Grüßen

Geisler Doris

Postanschrift: Universitätsklinikum Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt am Main - Telefon (069) 63 01 -1 Telefax (069) 63 01- 63 01  
Lieferanschrift: Universitätsklinikum Theodor-Stern-Kai 7 60596 Frankfurt am Main  
Straßenbahnhaltestelle Universitätsklinikum Linien 15, 19, 21



Institut für Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Pflegende,

Im Rahmen meiner Doktorarbeit am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt mit dem Titel „Patienten mit Dekubitus in der hausärztlichen Versorgung und in der häuslichen Pflege“ möchte ich Sie um Ihre Mitarbeit als häuslich Pflegende bitten.

Ein Teil dieser Arbeit ist die Erstellung eines Buches für pflegende Angehörige von Patienten mit Dekubitus. Dazu sollen mehrere Angehörige von Pflegebedürftigen nach ihren Erfahrungen und Problemen mit der Pflege befragt werden.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mithelfen könnten, dieses Buch entstehen zu lassen. Selbstverständlich erhalten Sie nach der Fertigstellung des Ratgebers ein Exemplar zugeschickt.

Die Befragung soll in häuslicher Umgebung des Patienten stattfinden, eine Befragung des Patienten selber ist nicht vorgesehen.

Der Zeitaufwand für das Interview beträgt ca. 1 Stunde, es soll in den Monaten April oder Mai 1998 stattfinden.

Die Befragung wird aufgrund der besseren Auswertbarkeit auf Tonband aufgezeichnet. Nach Auswertung werden die Bänder vernichtet.

Selbstverständlich werden alle erhaltenen Informationen vertraulich behandelt und ausschließlich zur Erstellung meiner Doktorarbeit verwendet.

Sofern Sie sich zur Mitarbeit entschließen können, möchte ich Sie bitten, Ihre Entscheidung Herrn Dr. Mustermann mitzuteilen.

Für telefonische Rückfragen stehe ich Ihnen unter der Nummer ..... zur Verfügung.

Im voraus

vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Mit freundlichen Grüßen

Geisler Doris

Die Angehörigen konnten nicht aus einer einzigen Stichprobe rekrutiert werden. 3 Wellen wurden hintereinander geschaltet, um die Gesamtzahl der benötigten Interviewpartner (zehn) zu erhalten.

Pro Stichprobenwelle wurden 12 Anfragen gestellt.

- |   |   |
|---|---|
| 1. Stichprobenwelle 08.04.1998 – 28.04.1998 | Alle Stichprobenteilnehmer erreichbar.  |
| 2. Stichprobenwelle 22.04.1998 – 22.05.1998 | 1 Stichprobenteilnehmer nicht allgemeinärztlich tätig. Daraus ergibt sich eine bereinigte Stichprobe von 11 Teilnehmern.                                      |
| 3. Stichprobenwelle 06.05.1998 – 02.10.1998 | 1 Stichprobenteilnehmer konnte nicht erreicht werden (mögliche Gewerbeauflösung). Daraus ergibt sich ebenfalls eine bereinigte Stichprobe von 11 Teilnehmern. |

Am 08.04.1998 sowie am 22.04.1998 wurden die Anfragen an Ärzte und Pflegedienste zur Post gebracht. Elf Tage später wurde bei den Stichprobenteilnehmern fernmündlich nachgefragt, ob denn zwischenzeitlich eine Rekrutierung von pflegenden Angehörigen von Dekubituspatienten gelungen sei. Meistens waren mehrere Anrufe nötig, um die Ärzte oder zuständigen Mitarbeiter der Pflegedienste persönlich sprechen zu können. Bei einigen Stichprobenteilnehmern wurde Bereitschaft zur Mitarbeit signalisiert. Zum Zeitpunkt der telefonischen Nachfrage war allerdings noch keine Rekrutierung von pflegenden Angehörigen von Dekubituspatienten erfolgt, so daß sich die Vereinbarung einer erneuten telefonischen Nachfrage ergab.

Ein Stichprobenteilnehmer gab Name, Telefonnummer sowie Kurzbeschreibung des Krankheitsbildes des Pflegebedürftigen ohne vorherige Absprache mit der Pflegeperson, im Vertrauen auf deren Bereitwilligkeit zur Mitarbeit, weiter.

Mit zwei Stichprobenteilnehmern konnte nicht persönlich gesprochen werden. In beiden Fällen wurde die Absage zur Mitarbeit von einer Angestellten übermittelt.

Für die 3. Stichprobe wurde eine Änderung bezüglich der Kontaktaufnahme zu den Ärzten bzw. Pflegediensten vorgenommen.

Die Bearbeitung der 3. Stichprobenwelle begann am 06.05.1998.

Die zur Mitarbeit ausgewählten Ärzte und Pflegedienste wurden zuerst fernmündlich über das Projekt informiert. Im Anschluß daran erhielten Teilnehmer, die sich zur Mitarbeit bereit erklärt hatten, schriftliches Informationsmaterial.

Diese Vorgehensweise ergab sich daraus, daß viele per Post angeschriebene Teilnehmer der 1. und 2. Welle zum Zeitpunkt der telefonischen Nachfrage den Brief noch überhaupt nicht gelesen hatten.

Insgesamt wurden 36 Anfragen gestellt. Pro Stichprobenwelle wurden 4 Pflegedienste Land, 2 Pflegedienste Stadt, 4 Ärzte Land, 2 Ärzte Stadt informiert, deren Bereitschaft zur Mitarbeit die folgende Tabelle widerspiegelt.

	1. Welle	2. Welle	3. Welle

<b><u>Pflegedienst Land</u></b>			
Keine Angehörigen, die pflegen	x		
Keine Angehörigen zur Befragung bereit	x		x
Keine Patienten mit Dekubitus	x x	x x	
1 Interviewpartner rekrutiert, 1 weitere Befragung angeboten (E)		x	
2 Interviewpartner rekrutiert		x	x x
Pflegedienst aufgelöst			x
<b><u>Pflegedienst Stadt</u></b>			
Absage ohne Angabe des Grundes	x x		x
Derzeit zu viele Schüler in der Pflege		x	
Keine Zeit zur Mitarbeit		x	
Momentan keine Zeit, Juni noch mal nachfragen			x
<b><u>Ärzte Land</u></b>			
Keine Patienten mit Dekubitus zu Hause	x		x
Keine Zeit zur Mitarbeit	x		
Keine Patienten mit Dekubitus	x	x x x	x x
1 Interviewpartner rekrutiert	x	x	x
<b><u>Ärzte Stadt</u></b>			
Keine Patienten mit Dekubitus	x x		x
Keine Patienten mit Dekubitus zu Hause		x	
Nicht hausärztlich tätig		x	
Ausländische Familie, Sprachbarriere (E)			x

Einschlußkriterien zur Befragung von pflegenden Angehörigen:

- Aktuelle Pflegesituation oder
- Pflegesituation nicht länger als 4 Monate zurückliegend
- Vorhandener Dekubitus Stadium 1 – 4 oder
- Akute Dekubitusgefährdung
- Ausübung der häuslichen Pflege seit mindestens 1 Jahr
- Die Pflege muß zumindest teilweise täglich ausgeübt werden
- Der Pflegebedürftige wird zu Hause betreut
- Die Pflegeperson muß Angehöriger des Erkrankten sein
- Die Pflegeperson muß der deutschen Sprache mächtig sein
- Die Pflegeperson darf nicht selbst an einer schweren psychischen Erkrankung leiden
- Freiwilligkeit der Mitarbeit muß gegeben sein
- Die Befragung wird ohne das Beisein des Patienten durchgeführt
- Derzeitiger Wohnort des Pflegebedürftigen soll Stadt- oder Landkreis Darmstadt sein
- Einverständnis zur Aufzeichnung des Gespräches auf Band.

Zwei zur Mitarbeit bereite pflegende Angehörige konnten die Einschlußkriterien (E) nicht erfüllen und deshalb nicht rekrutiert werden.

Zur Auswertung herangezogen werden konnten:

	Rekrutierung 1 Interviewpartner	Rekrutierung 2 Interviewpartner
11 Pflegedienste Land	1	3
6 Pflegedienste Stadt	----	----
12 Ärzte Land	3	----
5 Ärzte Stadt	----	----

Insgesamt fanden sich 10 pflegende Angehörige von Dekubituspatienten, die die Einschlusskriterien erfüllten und sich zu einer Befragung bereit erklärt hatten.

### 2.2.5 Durchführung der Befragung

Die 10 Befragungen fanden zwischen dem 06.05.1998 und dem 19.08.1998 nach telefonischer Terminvereinbarung in freundlicher, häuslicher Umgebung der pflegenden Angehörigen statt. Besondere Beachtung wurde darauf verwendet, eine Vertrauensbeziehung zwischen Interviewer und Befragten aufzubauen sowie keine Suggestivfragen zu stellen und den Gesprächsfluß in Gang zu halten. Es ergab sich eine durchschnittliche Gesprächsdauer von 62 Minuten, entsprechend einem Median von 57 Minuten, bei einem Range von 40 bis 98 Minuten.

### 2.2.6 Auswertung der Tonbandaufzeichnungen

Aufgrund des Interesses an der inhaltlich-thematischen Seite des erhobenen Materials wurde das Auswertungsverfahren des „Zusammenfassenden Protokolls“ angewendet (52).

Alle Bänder wurden einzeln angehört und ein entsprechendes Protokoll erstellt. Aus den einzelnen Protokollen konnte ein Themenkatalog angefertigt werden, der für alle Bänder Verwendung fand.

Anhand einer erneuten Anhörung der Bänder wurde das im Vorfeld erstellte Themengerüst mit Aussagen der Befragten gefüllt.

Durch eine dritte Anhörung aller Bänder wurde sichergestellt, daß keinerlei Themenbereiche ausgegrenzt wurden.

Die durch oben genannte Verfahrensweise erhaltenen Einzelergebnisse wurden zur besseren Darstellung in eine tabellarische Übersicht gebracht (siehe 3.2.2).

Eine weitere Zusammenfassung erfolgte anhand der vergleichenden Zusammenstellung der Ergebnisse aller Interviews in 3.2.3.

Kategorisierende Zusammenfassungen dienen der Reduktion großer Materialfülle sowie einer übersichtlicheren Darstellung der Ergebnisse. Aussagen werden vergrößert, so daß die tatsächliche Situation der pflegenden Angehörigen am genauesten, folglich aber auch am ausführlichsten in 3.2.1 dargestellt ist.

Das Aufbereitungsverfahren der Wahl, die wörtliche Transkription mit nachfolgender Sprachanalyse, wurde aufgrund des sehr großen Arbeitsaufwandes verworfen.

Die pflegebedürftige Schwiegermutter in Aufzeichnung Nr. 2 war zum Zeitpunkt der Befragung bereits verstorben.

Die Aussagen der pflegenden Angehörigen wurden zur Vereinfachung des Vergleichs mit den anderen Befragungen ins Präsens übersetzt.

### 2.2.7 Statistik

Die Darstellung der Ergebnisse der Befragung pflegender Angehöriger in 3.2.3 verwendet lediglich deskriptive Statistik.

Hypothesen wurden wegen der kleinen Stichprobe nicht erstellt, Teststatistik findet daher keine Verwendung.

### 2.2.8 Methodenkritik

Das Auswahlverfahren der pflegenden Angehörigen beinhaltet Verzerrungen, bedingt durch den auswählenden Arzt oder Pflegedienst:

- Rekrutierung nach individuellen Kriterien. Bewußte Auswahl besonders zufriedener, umgänglicher, wortgewandter oder motivierter Pflegender kann nicht ausgeschlossen werden.
- Keine Gleichverteilung der Befragungen zwischen Stadt- und Landkreis Darmstadt. Es kam ausschließlich zu Befragungen im Landkreis Darmstadt.
- Manche der um Mithilfe gebetenen Pflegedienste rekrutierten zwei, andere gar keinen oder nur einen Angehörigen.
- Keine Gleichverteilung der um Mithilfe gebetenen Ärzte und Pflegedienste bezüglich der unter 2.2.4 genannten Merkmale.

Befragungen der pflegenden Angehörigen:

- Validität und Reliabilität der Instrumente wurden nicht überprüft.
- Suggestivfragen konnten im Laufe der Befragungen nicht ganz verhindert werden.
- Anwesenheit Dritter bei der Befragung kann zu Verzerrungen bezüglich der Gültigkeit der Aussagen des Befragten führen.
- Bei Interview Nummer 10 kam die 6jährige Tochter der Pflegeperson während der Befragung ins Zimmer, wodurch der Gesprächsfluß unterbrochen wurde.
- Ähnliches geschah bei Interview Nummer 6, bei dem der Ehemann der Befragten sich kurz vorstellte und dadurch eine Unterbrechung verursachte.
- Während der Befragung der Aufzeichnung Nummer 7 kam der ambulante Pflegedienst ins Haus. Während der Befragung forderte die Schwester des Pflegedienstes Eiswürfel an.
- Bei der Befragung Nummer 10 waren zwei Pflegepersonen anwesend. Die Ehefrau des Pflegebedürftigen, die allerdings selber Hilfestellungen im Alltag benötigt sowie die Tochter des Ehepaares, die als Hauptpflegeperson für beide Elternteile sorgt.
- Interview Nummer 1 wurde zweimal durch Telefongespräche unterbrochen.

Auswertung der Tonbandaufnahmen:

- Im Rahmen einer größeren Forschungsgruppe wären Kreuzvalidisierungen sinnvoll.

## **2.3 Schriftliche Befragung von Allgemeinärzten**

### 2.3.1 Fragestellung

Im Januar 1993 wurde vom Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt eine schriftliche Befragung aller Ärzte für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzte der Stadt und des Kreises Offenbach durchgeführt.

Im November 1998 wird eine Wiederholungsbefragung aller Ärzte für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzte der gleichen Region vorgenommen, um Veränderungen bezüglich der Dekubitusproblematik in der Arztpraxis zu analysieren.

### 2.3.2 Indikatoren und Instrumente

Zum Zweck der schriftlichen Befragung wurde 1993 ein schriftlicher Fragebogen entwickelt, der aus offenen Fragen, Fragen mit konkret vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sowie statistischen Fragen bestand. Dieser Fragebogen findet unverändert für die Wiederholungsbefragung Verwendung. Desweiteren wird die gesamte Methodik der Befragung von dem Modell 1993 übernommen, um Verzerrungen in der Rekrutierung und der Auswertung zu vermeiden.

### 2.3.3 Stichprobe

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Frankfurt wurde eine Adressenliste aller Ärzte für Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzte und Ärzte der Stadt und des Kreises Offenbach angefordert sowie der zweifache Satz der entsprechenden Adressenetiketten. Die Ärzteliste entsprach dem Stand vom 11.03.1998. Ärzteliste und Adressenetiketten wurden auf Übereinstimmung überprüft, so daß eine ein-eindeutige Grundgesamtheit von 64 Mediziner der Stadt Offenbach vorlag, entnommen aus einer 1-fach stratifizierten Auflistung (Alphabet). Die ein-eindeutige Grundgesamtheit der Mediziner des Landkreises Offenbach betrug 134, entnommen aus einer 2-fach stratifizierten Auflistung (Alphabet / Region).

### 2.3.4 Praktische Durchführung

An alle 198 Allgemeinmediziner, Praktischen Ärzte und Ärzte von Stadt- und Landkreis Offenbach wurde ein DIN A 5 Briefumschlag gesandt, der links oben mit dem Absender Universitätsklinikum, Institut der Allgemeinmedizin, gestempelt war. Desweiteren waren die Umschläge mit dem Aufdruck „Persönlich“ sowie dem Adressenetikett des entsprechenden Arztes versehen. Inhalt des Briefumschlages war der bereits 1993 entworfene Fragebogen, zusammen mit einem Anschreiben an den Arzt sowie einem mit der Information „Entgelt zahlt Empfänger“ versehenen, in der Mitte gefalteten DIN A 5 Rückumschlag.

Das Anschreiben an die Ärzte wurde auf Briefpapier des Klinikums gedruckt, um den offiziellen Charakter der Untersuchung zu unterstreichen.

Der vierseitige Fragebogen wurde durch Fotokopieren vervielfältigt, wobei Vorder- und Rückseite bedruckt wurden.

Anschreiben und Fragebogen sind auf den nachfolgenden Seiten dargestellt.

Entsprechend der 1993 durchgeführten Befragung wurde bei Frage 7.a eine praxisnahe Stadieneinteilung der Dekubituserkrankung gewählt, anstatt der in der Literatur üblichen.





Institut für Allgemeinmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. K. Jork

An alle  
Ärzte für Allgemeinmedizin  
und Praktischen Ärzte

in Stadt und Kreis Offenbach

Ihre Zeichen:

Ihre Nachricht:

Meine Zeichen:

60590 Frankfurt am Main, 10.11.98  
Theodor-Stern-Kai 7  
Telefon: (069) 6301-5687  
Fax: (069) 6301-6428  
Jork@em.uni-frankfurt.de

### **Prävention, Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Dekubitus in Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege !

Die Zahl pflegebedürftiger alter Menschen in unseren Hausarztpraxen wächst ständig. Das Aufliegegeschwür, der Dekubitus, gewinnt dabei in der Betreuung dieser schwerkranken und geriatrischen Patienten eine besondere Bedeutung.

Am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main führen wir nach 1993 zum zweiten Mal eine Befragung aller Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin der Stadt und des Kreises Offenbach zum Thema „Dekubitusprävention und –therapie“ durch.

Dabei möchten wir Ihre ganz persönlichen praktischen Erfahrungen beim täglichen Umgang mit bettlägerigen Patienten zusammentragen. Mit Ihrer Hilfe wollen wir unser Konzept zur Dekubitusprävention und –therapie für den ambulanten Bereich weiterentwickeln.

Wir bitten Sie, sich wenige Minuten Zeit zu nehmen, den beiliegenden Fragebogen zu beantworten. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym.

Auf Wunsch erhalten Sie die Ergebnisse unserer Untersuchung zugesandt, die Sie dann z.B. auch an Angehörige bettlägeriger Patienten weitergeben können. Bitte vermerken Sie dies am Ende des Fragebogens.

Wir danken Ihnen im voraus für Ihre Mitarbeit !

Im voraus vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Mit freundlichen Grüßen

Geisler Doris  
Arbeitsschwerpunkt  
Qualitätssicherung

Postanschrift: Universitätsklinikum Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt am Main - Telefon (069) 63 01 -1 Telefax (069) 63 01- 63 01  
Lieferanschrift: Universitätsklinikum Theodor-Stern-Kai 7 60596 Frankfurt am Main  
Straßenbahnhaltestelle Universitätsklinikum Linien 15, 19, 21

# KLINIKUM DER JOHANN WOLFGANG GOETHE - UNIVERSITÄT

Institut für Allgemeinmedizin  
Theodor - Stern - Kai 7  
60590 Frankfurt am Main  
Tel.: 069 / 6301-5687

Bitte zurücksenden

bis zum 23.11.1998

1. *Wieviele Patienten mit Dekubitus haben Sie ca. im letzten Quartal behandelt ?*

Alten- und Pflegeheim-Bewohner

zu Hause

2. *Wie alt ist die Mehrzahl Ihrer Dekubituspatienten ?*

Alter in Jahren

(Bitte nur 1 Kästchen ankreuzen)

< 50

50 – 60

61 – 70

71 – 80

> 80

3. *Welche Grunderkrankung führte zur Bettlägerigkeit dieser Dekubituspatienten ? (Mehrfachantworten möglich)*

## Grunderkrankung :

Rückenmarksschädigung

Cerebraler (apoplektischer) Insult

Allgemeine Schwäche und Kachexie

Krebserkrankung

Psychiatrische Erkrankungen, Depression

Encephalomyelitis disseminata (M.S.)

Andere

(Welche :.....)

4. *Welche Begleiterkrankungen verstärken bei Ihren Patienten die Druckbelastung bzw. die Gewebshypoxie ?*

5.a *Welche Empfehlungen bzw. Anleitungen geben Sie dem Pflegepersonal und Familienangehörigen zur Dekubitusprävention ?*

5.b *Welche diagnostischen Maßnahmen führen Sie durch ?*

6.a *Welche Antidekubitushilfsmittel verordnen oder empfehlen Sie ?  
(Bitte detaillierte Angaben)*

6.b *Mit welchen Antidekubitushilfsmitteln haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht ?*

7.a Welche Lokalthapeutika oder lokale Maßnahmen wenden Sie an bei

Hautrötung, Blasenbildung :

schmierigen Belägen :

Nekrosebildung :

7.b Mit welchen Lokalthapeutika haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht ?

8.a Setzen Sie systemische Therapie ein ?

- ja wenn ja, wann und welche ? .....
- nein .....

8.b Ziehen Sie Kollegen aus anderen Fachgebieten hinzu ?

- ja wenn ja, wann und welche ?.....
- nein .....

9. Welche Probleme beobachten Sie bei einer optimalen Dekubitusprävention und -therapie ?

Nun möchten wir Sie bitten, einige wichtige statistische Fragen zu beantworten :

10. *Sie sind :*

Praktischer Arzt

Arzt für Allgemeinmedizin

11. *Alter :*

< 30    30 - 40    41 - 50    51 - 60    61 - 70    > 70

12. *Geschlecht :*

weiblich

männlich

13. *Praxisstandort in :*

Stadt Offenbach

Kreis Offenbach

14. *Anzahl der Krankenscheine pro Quartal :*

< 500    500 - 1000    1001 - 1500    1501 - 2000    > 2000

15. *Niederlassungsjahr :*

16. *Jahr der Approbation :*

17. *Sind Sie an der Zusendung von Ergebnissen dieser Untersuchung interessiert ?  
(Wenn ja, bitte hier mit Adressenstempel versehen.)*

Am 10.11.1998 wurde die erste Welle der Fragebögen verschickt. Am darauf folgenden Tag, dem 11.11.1998, wurde beginnend bei Nr. 1 der obengenannten Ärzteliste jeder 10. der insgesamt 198 Mediziner zusätzlich fernmündlich um seine Mitarbeit durch Ausfüllen

des zugesandten Fragebogens gebeten. Jeder Arzt wurde maximal viermal telefonisch zu erreichen versucht.

1. Welle, 21 anzurufende Ärzte, davon:

Sofort erreicht :	Nach 2 bis 4maligem Anruf erreicht :	Nach dem 4. Versuch abgebrochen :	Derzeit in Urlaub:			
4	10	3	4			

Nur vier der 21 angerufenen Ärzte waren auf Anhieb zu erreichen. Vier der angerufenen Praxen hatten zur Zeit Urlaub. Sieben weitere Ärzte konnten nach zwei- oder dreimaligem Anruf noch am gleichen Tag gesprochen werden. Drei weitere Ärzte konnten am darauf folgenden Tag um Mitarbeit gebeten werden. Drei der angerufenen Ärzte konnten auch am darauf folgenden Tag nicht erreicht werden.

Das auf den Fragebögen festgelegte Rücksendedatum war der 23.11.1998.

Jeder zurückgeschickte Fragebogen wurde mit einer fortlaufenden Nummerierung versehen. Die erste Ziffer der Nummerierung kennzeichnete die Welle, die beiden folgenden Ziffern die Anzahl der bereits eingegangenen Fragebögen. Folglich erhielt der erste aus der 1. Welle zurückgesandte Fragebogen die Nummer 101.

Die Rücklaufquote der 1. Welle betrug 32 Fragebögen. Ein Fragebogen wurde völlig unausgefüllt zurückgesandt, so daß die bereinigte Rücklaufquote der 1. Welle sich auf 31 Fragebögen beläuft. 21 Fragebögen konnten aufgrund eines Adressenstempels auf dem Rückumschlag bzw. auf Seite 4 des Fragebogens zugeordnet werden. 10 Fragebögen wurden anonym zurückgesandt, so daß diese Praxen aufgrund mangelnder Zuordnungsmöglichkeit erneut in der 2. Welle angeschrieben wurden.

Sieben Tage nach dem festgesetzten Datum der Rücksendung, also dem 30.11.1998, wurden an alle Ärzte, die bisher nicht geantwortet hatten, ein weiteres Mal der Fragebogen mit einem veränderten Begleitschreiben in Form einer 2. Welle zugesandt.

Das veränderte Begleitschreiben der 2. Welle sah folgendermaßen aus:



Institut für Allgemeinmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. K. Jork

An alle  
Ärzte für Allgemeinmedizin  
und Praktischen Ärzte

in Stadt und Kreis Offenbach

Ihre Zeichen:

Ihre Nachricht:

Meine Zeichen:

60590 Frankfurt am Main, 30.11.01  
Theodor-Stern-Kai 7  
Telefon: (069) 6301-5687  
Fax: (069) 6301-6428  
Jork@em.uni-frankfurt.de

### **Prävention, Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Dekubitus in Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege !

Möglicherweise ist unser Fragebogen, den wir Ihnen bereits am 10.11.1998 zugesandt haben, Ihrer Aufmerksamkeit entgangen.

Am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main führen wir nach 1993 zum zweiten Mal eine Befragung aller Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin der Stadt und des Kreises Offenbach zum Thema „Dekubitusprävention und –therapie“ durch.

Dabei möchten wir Ihre ganz persönlichen praktischen Erfahrungen beim täglichen Umgang mit bettlägerigen Patienten zusammentragen. Mit Ihrer Hilfe wollen wir unser Konzept zur Dekubitusprävention und –therapie für den ambulanten Bereich weiterentwickeln.

Wir bitten Sie, sich wenige Minuten Zeit zu nehmen, den beiliegenden Fragebogen zu beantworten. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym.

Auf Wunsch erhalten Sie die Ergebnisse unserer Untersuchung zugesandt, die Sie dann z.B. auch an Angehörige bettlägeriger Patienten weitergeben können. Bitte vermerken Sie dies am Ende des Fragebogens.

Wir danken Ihnen im voraus für Ihre Mitarbeit !

Mit freundlichen Grüßen

Doris Geisler  
Arbeitsschwerpunkt  
Qualitätssicherung

Postanschrift: Universitätsklinikum Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt am Main - Telefon (069) 63 01 -1 Telefax (069) 63 01- 63 01  
Lieferanschrift: Universitätsklinikum Theodor-Stern-Kai 7 60596 Frankfurt am Main  
Straßenbahnhaltestelle Universitätsklinikum Linien 15, 19, 21

Das Rücksendedatum für Fragebögen aus der 2. Welle wurde auf neun Tage nach Versendedatum, d.h. den 09.12 1998, festgelegt.

Zwei Tage nach Versenden der 2. Welle, am 02.12.1998, wurde beginnend bei Nr. 2, 3, 4, und 5 jeweils jeder 10. Arzt der Erhebungseinheit fernmündlich um seine Mitarbeit gebeten. Die Rücklaufquote sollte dadurch erhöht werden. Die Hälfte aller auf der Liste aufgeführten Ärzte wurde somit angerufen. Aufgrund der gewählten Methodik konnte eine nicht verzerrte Stichprobe erreicht werden.

Nicht alle der 101 anzurufenden Ärzte konnten am 02.12.98 erreicht werden, deshalb wurde die telefonische Bitte um Mitarbeit bis einschließlich 04.12. 98 fortgesetzt. Alle Ärzte, die bis mindestens 07.12.98 in Urlaub waren, wurden aufgrund des zu kurzen Zeitraumes bis zum Rücksendedatum nicht mehr angerufen.

2. Welle, 101 anzurufende Ärzte, davon:

Sofort erreicht :	Nach 2 bis 4 maligem Anruf erreicht :	Nach dem 4. Versuch abgebrochen :	Derzeit in Urlaub :	Beurlaubt :	Keine tel. Verbindung herstellbar :	Bereits in Welle 1 geantwortet :
33	39	4	11	1	2	11

Insgesamt konnten 72 Ärzte persönlich gesprochen und um Mitarbeit gebeten werden. 11 Ärzte waren derzeit wegen Urlaub nicht erreichbar. Ein Arzt (Arzt Nummer 13 der Stadt Offenbach) war aus seinen Praxisverpflichtungen beurlaubt. Somit konnten 12 Ärzte, aufgrund derzeitiger Abwesenheit aus der Praxis, nicht erreicht werden. 11 Ärzte wurden nicht angerufen, da sie bei der 1. Welle bereits mitgearbeitet hatten.

Mit zwei Praxen konnte keine Verbindung hergestellt werden. Die von der Kassenärztlichen Vereinigung aufgeführten Telefonnummern entsprachen keinem aktuellen Eintrag bei der Deutschen Telekom. Ärztin Nummer 15 aus Offenbach Stadt sowie Arzt Nummer 92 aus dem Landkreis Offenbach waren nicht registriert. Auch durch erneute Nachfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung konnte keine Erklärung gefunden werden, es war keine Praxisauflösung registriert. Vier Ärzte konnten auch beim vierten Anruf, aufgrund ihrer Verpflichtungen in der Praxis, nicht persönlich gesprochen werden.

Von den 72 fernmündlich gesprochenen Ärzten konnten 9 keine Zusage zur Bearbeitung des Fragebogens geben. Arzt Nummer 33 der Region Offenbach Land bearbeitet grundsätzlich keine Umfragen, Ärztin Nummer 52 der gleichen Region hat akut einen schweren Krankheitsfall in der Familie und bittet um Verständnis, daß sie derzeit ihre gesamte freie Zeit damit verbringt. Arzt Nummer 65 bat ebenfalls sehr freundlich um Verständnis, daß er keine Mitarbeit wünscht. Ärztin Nummer 62 der Region Offenbach Stadt hatte bereits am 02.12.1998 den unausgefüllten Fragebogen mit einem Begleitschreiben zurückgesandt, mit der Information, daß sie keine Dekubituspatienten in ihrer Praxis betreut. Arzt Nummer 105 hat sein Hauptaufgabengebiet als Kinderarzt. Die wenigen Erwachsenen, die er betreut, sind Eltern seiner jungen Patienten und leiden



nicht an Dekubitus. Er wurde aus der Erhebungseinheit entfernt. Ärzte Nummer 25 und 44 aus der Stadt Offenbach sowie Ärztin Nummer 131 des Landkreises Offenbach haben keine Zeit, den Fragebogen auszufüllen. Ärztin Nummer 113 des Landkreises Offenbach ist in ihrer Gemeinschaftspraxis vorwiegend gynäkologisch tätig. Auch sie wurde aus der Erhebungseinheit genommen.

Ärztin Nummer 73 der Region Offenbach Land kritisierte den Fragebogen dahingehend, daß keine Frage berücksichtigt, daß bei guter Pflege kein Dekubitus auftritt. Sie wurde gebeten zu vermerken, daß sie aufgrund guter Pflege keine Dekubituspatienten betreuen muß, desweiteren aber gebeten, zumindest die statistischen Fragen 10 – 17 auszufüllen.

Zusammenfassendes Ergebnis aus 1. und 2. Welle:

Sofort erreicht :	Nach 2 bis 4 maligem Anruf erreicht :	Nach dem 4. Versuch abgebrochen :	Derzeit in Urlaub :	Beurlaubt :	Keine tel. Verbindung herstellbar :	
37	49	7	15	1	2	

Von den 122 insgesamt zu führenden Telefonaten kam es bei 86 zu einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt.

37 der 122 angerufenen Ärzte konnten direkt erreicht werden. 49 der 122 insgesamt angerufenen Ärzte konnten erst nach mindestens zweimaligem, meistens allerdings nach drei- oder viermaligem Anruf erreicht werden. Sieben Ärzte konnten auch beim vierten Anruf nicht gesprochen werden. Daraufhin wurde kein erneuter Versuch unternommen. 15 Ärzte hatten Urlaub. Ein Arzt war aus seinen Praxisverpflichtungen beurlaubt. Zwei Stichprobenteilnehmer konnten telefonisch nicht erreicht werden, da keine Verbindung herzustellen war. 11 der 101 aus der 2. Welle angerufenen Ärzte hatten bereits in der 1. Welle mitgearbeitet, so daß tatsächlich nur in 90 Praxen angerufen wurde.

14 Tage nach festgesetztem Rücksendedatum war der Stichtag für die Antwortschreiben aus der 2. Welle. Alle zurückgesandten Fragebögen wurden, genau wie in der 1. Welle, mit einer fortlaufenden Nummerierung versehen. Die Nummerierung des ersten eingetroffenen Fragebogens aus der 2. Welle erhielt somit die Nummer 201.

Die Anzahl der zurückgesandten Fragebögen aus der 2. Welle beläuft sich auf 41. Davon waren drei Fragebögen nicht auswertbar. Die bereinigte Rücklaufquote der 2. Welle beträgt somit 38 Fragebögen.

Insgesamt wurden 73 Fragebögen zurückgesandt. Tatsächlich auswertbar waren 69 Fragebögen. Die bereinigte Rücklaufquote aus 1. und 2. Welle beträgt somit 69 Fragebögen.

Die Beurteilung der telefonischen Rücklaufquotenerhöhung betrifft nur die auswertbaren Rückantworten.

Beurteilung der telefonischen Rücklaufquotenerhöhung:

21 Rückantworten der 1. Welle waren mit einem Absender versehen. 10 Rückantworten wurden anonym gesandt.

Absender hat ohne vorherigen Anruf mitgearbeitet	Absender wurde durch Anruf um Mitarbeit gebeten	Absender nicht identifizierbar
17	4	10

Beurteilung:

Von den 14 fernmündlich gesprochenen Ärzten haben nachweislich nur 4 den Fragebogen bearbeitet.

26 Rückantworten der 2. Welle waren mit einem Absender versehen. 12 Rückantworten wurden anonym gesandt.

Absender hat ohne vorherigen Anruf mitgearbeitet	Absender wurde durch Anruf in der 1. Welle um Mitarbeit gebeten	Absender wurde durch Anruf in der 2. Welle um Mitarbeit gebeten	Absender nicht identifizierbar
9	5	12	12

Von den 72 fernmündlich gesprochenen Ärzten der 2. Welle haben nachweislich nur 12 den Fragebogen bearbeitet.

Von den 14 fernmündlich gesprochenen Ärzten der 1. Welle haben bis zum 23.12.1998 insgesamt 9 Ärzte den Fragebogen bearbeitet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß von den 86 persönlich um Mitarbeit gebetenen Ärzten nur 21 nachweislich den Fragebogen bearbeitet haben.

### 2.3.5 Auswertung

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung erstellte Liste von Praktischen Ärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin umfaßt 198 Adressen. Die hessischen Daten beruhen auf einer Mitteilung der Landesärztekammer, Stand 31.12.98.

Arzt Nummer 105 aus dem Landkreis Offenbach ist nach eigenen Angaben sowohl Arzt für Allgemeinmedizin als auch Facharzt für Kinderheilkunde und vorwiegend

kinderärztlich tätig. Von ihm wurde sowohl in der 1. als auch in der 2. Welle ( Rücklauf Nummer 127 und 224 ) ein Fragebogen mit obiger Information, aber keinerlei weiteren Angaben zurückgesandt.

Rücklauf Nummer 211 ergab, daß die Absenderin in ihrer Gemeinschaftspraxis vorwiegend gynäkologisch tätig ist und den Fragebogen unausgefüllt zurückgesandt hat. Beide Ärzte wurden aus der Grundgesamtheit der hausärztlich tätigen Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin von Stadt- und Landkreis Offenbach genommen. Somit ergibt sich eine bereinigte Erhebungseinheit von 196 Ärzten.

Rücklauf Nummer 225 und 114 sind identisch und mit der gleichen Handschrift ausgefüllte Fragebögen. Um Verfälschungen in der Rücklaufquote zu vermeiden, wurde Rücklauf Nummer 225 als nicht auswertbar eingeordnet.

Auf die 1. Welle erfolgten 32 Rückantworten, eine davon war nicht auswertbar.

Auf die 2. Welle erfolgten 41 Antwortschreiben, 3 davon waren nicht auswertbar.

Die tatsächliche Rücklaufgruppe auf die 1. Welle betrug 31, auf die 2. Welle 38 Fragebögen.

Die tatsächliche Rücklaufgruppe beider Wellen zusammen beträgt somit 69 Fragebögen, d.h. 35% der 196 befragten Ärzte haben geantwortet.

38 der 69 Ärzte, die einen auswertbaren Fragebogen zurückgeschickt haben, sind an der Zusendung von Ergebnissen der Studie interessiert. 18 Ärzte haben Frage 17 nicht ausgefüllt. 12 Ärzte haben Frage 17 mit Nein beantwortet. Ein Arzt ist an der Zusendung von Ergebnissen interessiert, hat aber keinen Absender angegeben.

Interesse an der Zusendung von Ergebnissen dieser Studie:

Ja	38 = 56%
Nein	12 = 17%
Nicht ausgefüllt	18 = 26%
Ja, ohne Absenderangabe	1 = 1%

**Befragtenprofil**

	Hessen	GRUNDGESAMTHEIT			RÜCKLAUFQUOTE						
					1. Welle		2. Welle		1. und 2. Welle		
					Gesamt	Stadt	Kreis	Gesamt	Stadt	Kreis	Stadt
Gesamt	4164 100 %	64 33 %	132 67 %	196 100 %	10 32 %	21 68 %	8 21 %	30 79 %	18 26 %	51 74 %	69 35 %
Weiblich	1631 39 %	25 39 %	48 36 %	73 37 %	1 10 %	11 52 %	5 63 %	4 13 %	6 33 %	15 29 %	21 30 %
Männlich	2533 61 %	39 61 %	84 64 %	123 63 %	9 90 %	9 43 %	3 37 %	26 87 %	12 67 %	35 69 %	47 68 %
Nicht zuzuordnen		—	—	—	—	1 5 %	—	—	—	1 2 %	1 1 %
Ärzte für Allgemeinmedizin	2587 62 %	35 55 %	89 67 %	124 63 %	7 70 %	17 81 %	3 38 %	22 73 %	10 56 %	39 76 %	49 71 %
Praktische Ärzte/Ärztinnen	1577 38 %	29 45 %	43 33 %	72 37 %	2 20 %	4 19 %	5 62 %	7 23 %	7 39 %	11 22 %	18 26 %
Nicht zuzuordnen		—	—	—	1 10 %	—	—	1 3 %	1 6 %	1 2 %	2 3 %

N= 30  
NR= 1  
NA= 0

N= 37  
NR= 1  
NA= 0

N= 67  
NR= 2  
NA= 0

Zur Auswertung der bis 23.12.1998 zurückgesandten Fragebögen der 1. und 2. Welle wurde das bereits 1993 entwickelte Auswertungsschema übernommen.

Alle Daten wurden in eine handschriftlich auf DIN A 3-großen Papierbögen entworfene Tabelle übertragen. Die 17 gestellten Fragen wurden untereinander aufgeführt. Alle Antwortschreiben der 1. Welle erhielten entsprechend ihrer fortlaufenden Nummer von 101 bis 132 eine senkrechte Spalte. Die Antworten aus den Fragebögen wurden in die entsprechende Spalte eingefügt. Die Auswertung der Fragebögen der 2. Welle verlief identisch.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Fragestellung des jeweiligen Fragebogens. Vorangestellt werden die Ergebnisse des Demographischen Teils, d.h. Fragen 10 bis 17.

Das Auswertungsschema orientiert sich an der Methodik von 1993. Schwierigkeiten ergaben sich, Fragen 1 – 8 entsprechend der Schematik von 1993 zu kategorisieren.

Um die Reliabilität zu erhöhen, wurden die Daten von 1993 erneut kategorisiert. Die Fehlerquelle bezüglich der unterschiedlichen Beurteilung unklarer Antworten bedingt durch zwei verschiedene Auswerter wurde somit beseitigt.

Nicht eindeutig klassifizierbare Antworten wurden als nicht auswertbar eingestuft (NA).

Nicht beantwortete Fragen galten als non responder (NR).

Einige Angaben auf den Fragebögen ergaben keinen Sinn zu der entsprechenden Fragestellung. Beispiel:

Frage 6.b: Mit welchen Antidekubitushilfsmitteln haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht ?

Antwort: Unqualifizierte oder nicht arbeitswillige Pflegekräfte.

Diese Information konnte bei Frage 9 eingeordnet werden.

Auffällig oft wurden bei Frage 6.a falsche Antworten gegeben. Der Begriff Antidekubitushilfsmittel wurde häufig verkannt und Medikamente und Wundverbände als Antwort angegeben, die eigentlich in Frage 7.a erfaßt werden sollten. Diese Antworten wurden bei Frage 6.a als NA eingeordnet. Bei der Auswertung wurde eine eigene Kategorie „Falschantworten 6.a“ eingerichtet, da sich diese Informationen in einigen Fragebögen unter Frage 7.a nicht wiederfanden, die Informationen aber nicht verloren werden sollten.

### 2.3.6 Statistik

Gemäß der Befragung von 1993 wurden lediglich deskriptive Statistik und  $\chi^2$ -Tests verwendet und auf komplexe Testverfahren verzichtet.

### 2.3.7 Methodenkritik

Durch die schriftlich durchgeführte Befragung mit Schätzung und Selbsteinschätzung durch die Befragten konnten nur sogenannte weiche Daten erfaßt werden. Vergleichendes Heranziehen sogenannter harter Datenerhebungsverfahren könnte die Zuverlässigkeit der erhobenen Daten bekräftigen.

Aus technischen Gründen wurde die (Cluster) Befragung modellhaft auf eine hessische Großstadt mit umliegendem Landkreis beschränkt. Die Ergebnisse sind somit nicht repräsentativ, zu Tendenzaussagen allerdings verwertbar.

Der Verzerrungsfaktor der sozialen Erwünschtheit von gegebenen Antworten sollte durch den Einsatz offener Fragestellungen reduziert werden. Ganz ausgeschlossen kann er allerdings nicht werden.

Zwischen der 1993 durchgeführten Studie und der 1998 durchgeführten Wiederholungsbefragung besteht Variabilität bezüglich des Interviewers. Um die Fehlerquelle so gering wie möglich zu halten, besteht Konstanz in Bezug auf Fragebogen und Methodik. Die Auswertung richtet sich ebenfalls nach den Vorgaben der Studie von 1993.

1993 und 1998 wurde eine Vollerhebung in der Erhebungseinheit durchgeführt; bei einer Rücklaufquote von 35% ist aber die Antwort-Identität nicht sicher. Veränderungen zwischen 1993 und 1998 können sich also nicht auf Individuen, sondern nur auf die ganze Gruppe beziehen.

Reliabilität und Validität der Instrumente wurden nicht überprüft.

Die Befragung von 1993 wurde im Januar durchgeführt. Demzufolge gaben die befragten Ärzte zu Frage 1 Auskunft über die Wintermonate Oktober bis Dezember 1992.

Die Befragung von 1998 fand im November statt. Folglich beziehen sich die Angaben der befragten Ärzte, bezüglich der Anzahl ihrer behandelten Dekubituspatienten im letzten Quartal, auf die Sommermonate Juli bis September. Eine Verzerrung im Sinne der Häufigkeit des Auftretens von saisonbedingten Krankheitszuständen (Pneumonie, Grippe) mit Bettlägerigkeit wäre denkbar.

Untersuchungen haben gezeigt, daß bereits aufgeklebte Briefmarken auf dem Rückumschlag die Rücklaufquote erhöhen. Einen Einfluß zeigte auch die Briefmarkengröße, in dem Sinne, daß mit größeren Marken eine höhere Rücklaufquote erreicht werden konnte.

Vorstellbar wäre auch, daß aufgeklebte Adressenetiketten auf den Rückumschlägen, anstatt einem Stempel im Adressfeld, die Rücklaufquote erhöhen.

**Klinikum** der  
**Johann Wolfgang Goethe-Universität**  
**Institut für Allgemeinmedizin**  
Theodor – Stern – Kai 7

60590 Frankfurt am Main

Die allgemein gehaltene Adresse im Anschreiben zum Fragebogen könnte durch die individuelle Anschrift des angeschriebenen Arztes ersetzt werden, wodurch die persönliche Ansprache und somit die Rücklaufquote erhöht werden könnte.

Ein persönlicher Anruf bei jedem zehnten Arzt, beginnend bei Stichprobe Nummer 1 der Ärzteliste, einen Tag nach Versendedatum ist zu früh angesetzt. Einige Ärzte hatten die Post noch nicht erhalten oder durchgesehen und konnten somit keine direkte Verbindung zwischen dem Anruf und dem Fragebogen herstellen.

Frage Nummer 11 und Frage Nummer 14 des Fragebogens 1998 sind im Vergleich zum Fragebogen 1993 ungünstiger angeordnet, d.h. der Abstand zwischen den einzelnen Abfragepunkten wurde zu gering gewählt. Dadurch kann bei oberflächlicher Betrachtung der Frage das Ankreuzkästchen falsch zugeordnet werden.

Auffallend oft wurden Fragen falsch verstanden und somit nicht verwertbare Antworten gegeben. Die Wichtigkeit einer Pilotphase wird dadurch deutlich (52).

Die Datenerhebung erfolgte in zwei aufeinanderfolgenden Wellen. In der 2. Welle sollten alle Kollegen, die bislang nicht geantwortet hatten, erneut um ihre Mitarbeit gebeten werden. 10 der 31 Rückantworten hatten allerdings keinen Absender angegeben. Diese 10 Ärzte wurden in der 2. Welle erneut angeschrieben und um Mitarbeit gebeten. Es kann nicht ausgeschlossen werden, daß einige der doppelt angeschriebenen Ärzte den Fragebogen 2 mal ausgefüllt zurückgesandt haben und somit die Rücklaufquote fälschlich erhöhen. Abhilfe derartiger Fehlerquellen kann eine Zweikarten-Methode schaffen, indem jeder zur Mitarbeit bereite Arzt sowohl den Fragebogen als auch getrennt davon eine mit Praxisstempel versehene Karte zurückschickt. Die Anonymität der auf dem Fragebogen gegebenen Antworten ist somit gewahrt, doppelte Anschreiben werden vermieden.





## 3. Ergebnisse

### 3.1 Angehörigenratgeber „Dekubitus“

Betreuung - Pflege - Schulung  
Eine Anleitung für pflegende Angehörige  
Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover.

### 3.2 Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Um die Ergebnisse der Angehörigenbefragung möglichst übersichtlich darstellen zu können, wurde eine 3-stufige Auswertung vorgenommen. Die genaueste und somit auch ausführlichste Wiedergabe der Gespräche findet sich in den Einzelergebnissen (3.2.1). Eine tabellarische Übersicht aller Interviews findet sich in 3.2.2. Zusammenfassende Ergebnisse sind in 3.2.3 aufgeführt.

#### 3.2.1 Einzelergebnisse:

##### 3.2.1.1 Interview Nr. 1

#### 1. Allgemeines :

##### 1.1 Tag des Gespräches :

06.05.1998

##### 1.2 Gesprächsdauer :

50 Minuten

##### 1.3 Rekrutierung über :

Arzt für Allgemeinmedizin (EP) M V

##### 1.4 Niederlassung :

Landkreis Darmstadt

##### 1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :

Landkreis Darmstadt

#### 2. Einzelfallanalyse :

##### Pflegebedürftiger :

##### 2.1 Lebensalter :

84 Jahre

##### 2.2 Geschlecht :

Weiblich

##### 2.3 Familienstand :

Verwitwet, keine Kinder

##### 2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :

Tante, Patin

##### 2.5 Allgemeinzustand :

Ansprechbar

Kann nicht reagieren

Immobil

Ständig im Bett

Harn- und Stuhlinkontinent

Wird gefüttert

- Normalkost
- 2.6 Grunderkrankung :**  
Apoplex und Diabetes (129)
  - 2.7 Pflegebedürftig seit :**  
11 Jahren
  - 2.8 Dekubitus seit :**  
9 Jahren
  - 2.9 Lokalisation :**  
Wade beidseits  
Steißbein

### **3. Einzelfallanalyse :**

#### **Pflegender :**

- 3.1 Lebensalter :**  
60 Jahre
- 3.2 Geschlecht :**  
Weiblich
- 3.3 Familienstand :**  
Verheiratet, 2 Söhne
- 3.4 Alter der Kinder :**  
33 und 35 Jahre alt
- 3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**  
Nichte
- 3.6 Pflegt seit :**  
11 Jahren
- 3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**  
Nein
- 3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**  
Ja, jedes zweite Wochenende pflegt die Schwester der Pflegenden. Sofern die Pflegende in Urlaub ist, pflegt eine weitere Schwester der Pflegenden.  
Eine Nachbarin hilft seit 11 Jahren jeden Abend.  
Zahlt ihre Helfer vom Pflegegeld.
- 3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pflegender im gleichen Haushalt ?:**  
Ja.
- 3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**  
Seit einem ½ Jahr nicht mehr. Seitdem der Dekubitus am Steiß verheilt ist, wird von der Krankenkasse keine Behandlungspflege mehr genehmigt. Die Pflegende möchte keine Kombinationsleistung in Anspruch nehmen, da ihr dann nicht genug Geld übrig bleiben würde, um Schwester und Nachbarin zu bezahlen. Außerdem kümmert sie sich selber den ganzen Tag um die Angehörige und möchte dafür entsprechend entlohnt werden.
- 3.11 Berufstätigkeit parallel zu Pflege :**  
Nein
- 3.12 Anzahl der Wochenstunden :**  
----
- 3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**  
Nein
- 3.14 Pflegte früher schon andere Angehörige :**  
Ja, Eltern, Großmutter, Tante.
- 3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**  
Nein
- 3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**  
Nicht thematisiert
- 3.17 Positive Seite der Pflege :**  
Nicht thematisiert

#### **4. Lebenssituation des Pflegenden :**

##### **4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**

Ja, festgelegt durch Essenszeiten. Das Füttern nimmt viel Zeit in Anspruch. Frühs, dauert es 1 ½ Stunden bis die Pflegende alle Pflegetätigkeiten ausgeübt hat.

##### **Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

##### **4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**

Nein

##### **4.3 - Zivildienstleistende :**

Nein

##### **4.4 - Frauenhilfe :**

Nein

##### **4.5 - Essen auf Rädern :**

Nicht thematisiert

##### **4.6 - Kriegsopferfürsorge :**

Nicht thematisiert

##### **4.7 Eßkultur :**

Nicht thematisiert

##### **4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Nicht thematisiert

##### **4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pflegetätigkeiten :**

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Kochen, Putzen, Waschen, Einkaufen, Medikamentengabe, Nahrungszufuhr, Füttern, Körperpflege des Pflegebedürftigen, d.h. Ganzkörperwäsche, Haare waschen, Windeln wechseln, Dekubitusbehandlung und Prophylaxe.

##### **4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Nein,

##### **4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Nein

##### **4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Broschüren der Diakonie.

##### **4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

Pflegende sollten nicht nur Pflegegeld kassieren, sondern sich auch richtig um ihre Angehörigen kümmern und diese nicht nur in die Ecke schieben.

#### **5. Dekubitus :**

##### **5.1 Seit :**

9 Jahren

##### **5.2 Lokalisation :**

Wade beidseits

Steißbein, Durchmesser 6 cm

##### **5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Ja

##### **5.4 Derzeit vorhanden :**

Nein

##### **5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Betaisodonna

Braunovidon und Braunolind Salbe

Zucker

Mullverband

Irixol um schwarze Haut abzutragen

gelegentlich chirurgische Entfernung harter Haut durch den HA.

##### **5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Die Behandlung wurde 8 Jahre lang von einem ambulanten Pflegedienst als Behandlungspflege sowie der Pflegenden selber durchgeführt.

### **5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Cremt die Haut ein

verstellt das elektrische Pflegebett

Hat auch manchmal schon gelagert, die Pflegebedürftige klagt aber über Kopfschmerzen, wenn sie in die Ausgangsposition zurückgebracht wird. Das geht einem unter die Haut.

Außerdem läuft der Urin bei Schräglagerung durch die Windeln raus. Das Bett wird naß.

3 teilige Schaumstoffmatratze mit Profil

Binde um Wade wickeln, als Schutz.

### **5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Die Pflegende befand sich 4 mal in Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Ihr Zustand hatte sich laut Aussage der Pflegenden jedesmal verschlechtert. Dekubitus, Stuhlgang sowie Hautturgor waren betroffen. Die Pflegende sagt, sie habe die doppelte Arbeit gehabt, nachdem die Pflegebedürftige wieder zu Hause war. Die Pflegende klagte, daß zuweilen 2 Stunden lang keine Schwester im Zimmer zu sehen war, während Besucher da waren. Desweiteren habe bei allen Besuchen der Tee auf dem Tisch gestanden und sich niemand um die Kranke gekümmert. Diese Erfahrungen seien in verschiedenen Einrichtungen gemacht worden.

Daraufhin habe man den Beschluß gefaßt, Pflegevertretung zu Hause während Urlaubszeiten zu arrangieren.

### **5.9 Sanitätshaus :**

Nein, nur Pflegebett geliefert.

### **5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Nein

### **5.11 Teilnahme an der Fachmesse Rehab :**

Nicht thematisiert

## **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :**

### **6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

„Es ist nicht alle Tage Sonnenschein. Ich habe aber einen Ehemann der mithilft,“ sagt die Pflegende. Sie und ihre Schwester haben da Glück mit ihren Männern. Bekannte sagen oft, daß ihre Männer das nicht mitmachen würden. „Wir haben auch unseren Nutzen gehabt,“ sagt die Pflegende. „Im August 97 habe ich mir das Sprunggelenk gebrochen, indem ich die Treppe herunter gefallen bin. Ich habe dann 14 Tage im Krankenhaus verbracht, und weitere 6 Wochen nicht belasten dürfen. Da hat die Pflege meine Schwester, zusammen mit der Nachbarin und meinem Mann übernommen. Im Herbst 98 muß ich erneut ins Krankenhaus.“

„Es gibt auch mal Tage, wo ich denke, ach je, .... Gerade als ich die Probleme mit dem Fuß hatte. Meine Schwester will ich aber nicht bemühen, ich pflege einfach trotzdem. Was will ich denn machen.“

Als Ausgleich geht sie in den Garten. Wenn sie einmal gar keine Laune hat, sagt sie ihrer Nachbarin Bescheid und geht Einkaufen (für die Familie). Einkaufen geht sie zusammen mit ihrem Mann, der seit kurzem selbst Rentner ist. Sie müssen mit dem Auto zur nächst größeren Stadt fahren, da im eigenen Dorf nicht alles zu haben ist.

„Ich denke aber auch, ich muß ja froh sein, daß ich noch anderen helfen kann.“

„Mich hat noch niemand jammern hören. Die wird jetzt gepflegt und fertig.“

„Gelagert habe ich auch schon mal. Damals als der Po noch offen war. Wenn sie dann aber zurückgedreht wird, jammert sie, mein Kopf, mein Kopf. Das geht einem an die Nerven.“

Möchte aus finanziellen Gründen keinen Pflegedienst beauftragen. Stört sich aber auch daran, daß in der Vergangenheit keine regelmäßigen Besuchszeiten bestanden und die Krankenschwestern unordentlich und nicht sparsam genug mit Windeln und Pflegematerial umgingen. Fühlt sich freier in ihrer eigenen Zeiteinteilung, wenn sie keinen Pflegedienst beauftragt. Sie kann dann auch einfach früher anfangen und muß nicht auf die Krankenschwestern warten. In der Vergangenheit kamen die Schwestern teilweise um 10.30 Uhr. Das findet sie zu spät.

Freut sich, daß sie Windeln sparen kann, indem sie Vorlagen zusätzlich benutzt.

Die Pflegebedürftige war früher sehr rege in der Frauenhilfe. Anfangs kamen auch viele Besucher. Jetzt kommt niemand mehr, weil sich niemand mit ihr unterhalten kann.

Im ersten ¼ Jahr der Pflegebedürftigkeit war die Pflegebedürftige im Rollstuhl. Sie wollte sich dauernd aufstellen. Die Pflegenden sagt, sie war überfordert von dem dauernden Stellen, Setzen und Auspacken der Windeln. Deshalb traf sie die Entscheidung, die Pflegebedürftige nicht mehr aus dem Bett zu holen.

**6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Ja, als ihr Sprunggelenk gebrochen war. Sie hatte mit sich selbst genug zu tun, mußte mit Krücken laufen.

**6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Nicht thematisiert

**6.4 Abreagieren durch :**

Nicht thematisiert

**Erleben der Dekubituserkrankung :**

**6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

3 mal täglicher Verbandswechsel hat nach Meinung der Pflegenden verhindert, daß ein Bein amputiert werden mußte, obgleich dies vom Arzt schon vorgeschlagen war.

Dekubitus am Steiß nach einem Aufenthalt im Kurzzeitpflegeheim brauchte 2 Jahre bis sich ein Heilerfolg einstellte.

**6.6 - Wiederauftreten als Pflegefehler :**

Trat immer bei Heimaufenthalten auf.

**6.7 - Unangenehmer Geruch :**

„Eine alte Krankenschwester hat mir mal gesagt, wenn eine Wunde riecht, ist die Salbe verbraucht. Und das stimmt auch. Das Bein hat auch ein bißchen gerochen. Dann habe ich es immer wieder frisch gemacht.“

**Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

**6.8 - Aktiv :**

Der Ehemann hilft, oder auch Sohn und Schwiegertochter helfen bei Bedarf mit.

**6.9 - Emotional :**

Söhne lehnen einen Heimaufenthalt ab.

**6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Weder Familie noch Kinder leiden unter der Pflege.

**6.11 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

**6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Ja, kann jederzeit telefonisch erreicht werden.

**6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Ja, ein mal pro Woche.

**6.14 Verschreibt er Ihnen was Sie benötigen ?:**

Anfangs gab es Probleme, weil sie so viel verschrieben haben wollte. Er hat gesagt, er dürfe das nicht alles verschreiben. Die Pflegenden ging dann auf die KK, um nachzufragen. Dort wurde ihr gesagt, daß es bei der Pflege zu Hause an nichts fehlen sollte. Das hat sie ihm genauso mitgeteilt, und derzeit keine Schwierigkeiten mehr mit Rezepten. Bifiteral hat die Pflegenden 10 Jahre lang alle 14 Tage selber gekauft. Immerhin hat die Flasche 60 DM gekostet. Erst auf telefonische Nachfrage, weil ihr jemand erzählt hat, daß fest liegende Patienten das verschrieben bekommen, erhielt auch sie ein Rezept. Seit dieser Zeit wird es immer verschrieben.

**6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Ja, z. B. Pflegebett

**6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

**6.17 Nicht Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Nicht thematisiert

**6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Nicht thematisiert

**6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

----

**6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Nicht thematisiert

**6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?:**

----

**6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

----

**6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

----

**6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

----

**6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

----

**6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?:**

Nein. Der Pflegedienst der 8 Jahre lang ins Haus kam, kam sehr unregelmäßig. Manchmal erst um 10.30 Uhr. Einmal sogar um 11.30 Uhr. „Was will ich mit einer Krankenschwester um diese Uhrzeit.“ Ohne Pflegedienst ist die Pflegenden frühs um 8.45 Uhr fertig. „Dann kann ich mir was vornehmen. Ich kann Ihnen auch genau sagen, wer Krankenpflegerin gelernt hat und wer aus dem Krankenhaus kommt. Die sind viel unordentlicher, werfen alles nur hin.“

**6.27 Pflege aus Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

Die Tante war früher immer für die Familie der Pflegenden da, deshalb sind sie jetzt für die Tante da.

**6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

„Mir macht das nichts aus, sozial eingestellt bin ich halt auch.“

**7. Pflegeversicherung :**

**7.1 Erhalten Sie Unterstützung ?:**

Ja, Geldleistung entsprechend der Pflegestufe 3, d.h. 1300 DM.

**7.2 Ist die finanzielle Unterstützung ausreichend ?:**

Nein, die Pflegenden nimmt jeden Monat 500 DM von der Altersversorgung ihrer Tante zur Finanzierung der Pflege. Vlieswindeln (Vorlagen), Flüssigseife, Pflegeschäum, Franzbranntwein, Ohrenstäbchen werden nicht verschrieben. Findet es störend, daß Pflegeheime 2800 DM pro Monat für die Pflege erhalten und die Angehörigen nur 1300 DM.

**7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**

Ja, immer wenn sie von Bekannten etwas hört, fragt sie noch mal bei der PV nach, ob das auch stimmt. Hat das Gefühl, daß sie dann gut informiert wird.

Die Pflegenden hat jetzt erfahren, daß die PV bei einem Pflegeheimaufenthalt 2800 DM zahlen würde. „Die Angehörigen kriegen nur so wenig. Das ist ja nicht ganz richtig. Da muß ich mich jetzt erst bei der KK erkundigen. Da fahr ich hin.“

**7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Nicht thematisiert

**7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Ja, möchte gerne, daß Pflegeschäum oder andere Dinge, die sie selber zahlt, von der PV übernommen werden. Möchte keine Hilfsmittel fürs Bad, da diese an den neuen Fliesen befestigt werden müßten.

**7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung :**

Nein, HA stellte Rezept für das elektrische Pflegebett aus.

**7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Nein

**7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Kurzzeitpflegeeinrichtung ca. 4 mal für jeweils 4 Wochen.

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung :**

Nicht thematisiert

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

Nicht thematisiert

### **7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

### **7.12 Qualitätssicherung :**

Die Nachbarn fragten schon: „Sag mal, was machen die denn in so kurzer Zeit.“

### **7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

### **7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

„Ich bin auch noch sparsam. Ich brauche mitunter nur 2 Windeln am Tag, weil ich 4 Vorlagen reinlege. Die kann ich dann einfach rausziehen.“

### **7.15 Überraschung durch Gesetzesänderung :**

Nicht thematisiert

## **8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

**Teilnahme an :**

### **8.1 - Selbsthilfegruppen :**

Nein, möchte lieber die Abende frei haben.

### **8.2 - Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein, wußte aber von dem Angebot

### **8.3 - Psychologische Betreuung :**

Nicht thematisiert

### **8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nicht thematisiert

### **8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Schwestern, Nachbarin, Schwiegertochter.

### **8.6 Lob und Anerkennung :**

„Der Hausarzt sagt, ich bin seine beste Pflegerin.“

### **8.7 Möglichkeiten zur Entspannung :**

Garten, Einkaufen (für die Familie),

### **8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

Nicht täglich, je nachdem, wann sie Zeit und Lust hat. Z.B. am Sonntag mit ihrem Mann auf den Fußballplatz gehen. Sie geht auch in den Garten, zum Einkaufen oder zur Beerdigung. Sagt dann der Tante aber immer, daß sie weggeht.

### **8.9 Urlaub :**

Sind schon immer in Urlaub gefahren. Wenn nicht, dann wegen der eigenen Krankheit oder dem Herzinfarkt des Ehemannes. Oder sie macht Kurzurlaub, z. B. 4 Tage lang mit den Gymnastikfrauen.

### **8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**

Nein, die ganze Familie möchte das nicht, unter anderem weil schlechte Erfahrungen mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemacht worden sind. Solange die Pflegenden sich um die Tante kümmern kann, wird sie es tun. Im Falle einer längeren Krankheit, wäre ein Heimaufenthalt unumgänglich, die Kinder arbeiten ja.

### **8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

Kinder wollen, daß die Tante zu Hause gepflegt wird.

### **8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

Heilerfolge

## 3.2.1.2 Interview Nr. 2

### **1. Allgemeines :**

#### **1.1 Tag des Gespräches :**

08.05.98

- 1.2 Gesprächsdauer :**  
40 Minuten
- 1.3 Rekrutierung über :**  
Pflegedienst (privater)
- 1.4 Niederlassung :**  
Landkreis Darmstadt
- 1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**  
Landkreis Darmstadt

**2. Einzelfallanalyse :  
Pflegebedürftiger :**

- 2.1 Lebensalter :**  
87 Jahre
- 2.2 Geschlecht :**  
Weiblich
- 2.3 Familienstand :**  
Verwitwet, 3 Söhne
- 2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**  
Schwiegermutter
- 2.5 Allgemeinzustand :**  
Nicht ansprechbar  
Kann nicht reagieren  
Immobil  
Ständig im Bett  
Harn- und Stuhlinkontinent  
Sondennahrung wegen Schlucklähmung
- 2.6 Grunderkrankung :**  
Altersschwäche
- 2.7 Pflegebedürftig seit :**  
2 ½ Jahren
- 2.8 Dekubitus seit :**  
2 ½ Jahren
- 2.9 Lokalisation :**  
Hüfte  
Fersen  
Steiß  
Schulterblätter

**3. Einzelfallanalyse :  
Pflegender :**

- 3.1 Lebensalter :**  
49 Jahre
- 3.2 Geschlecht :**  
Weiblich
- 3.3 Familienstand :**  
Verheiratet, 1 Tochter, 1 Sohn
- 3.4 Alter der Kinder :**  
24 und 22 Jahre alt
- 3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**  
Schwiegertochter
- 3.6 Pflegt seit :**  
2 ½ Jahren
- 3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**



- Nein
- 3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**  
Nein
- 3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pflegenden im gleichen Haushalt ?:**  
Ja
- 3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**  
Ja, ein ambulanter Pflegedienst kam anfangs 3-4 mal pro Tag, nach 4 Monaten nur noch 2 mal und später nur noch 1 mal täglich.
- 3.11 Berufstätigkeit parallel zu Pflege :**  
Ja
- 3.12 Anzahl der Wochenstunden :**  
12 Stunden
- 3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**  
Nein
- 3.14 Pflegte früher schon andere Angehörige :**  
Nein
- 3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**  
Nein
- 3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**  
Nein
- 3.17 Positive Seite der Pflege :**  
Nicht thematisiert

#### **4. Lebenssituation des Pflegenden :**

**4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**

Ja, bedingt durch Hund und Familie.

**Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

**4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**

Ja

**4.3 - Zivildienstleistende :**

Nein

**4.4 - Frauenhilfe :**

Nein

**4.5 - Essen auf Rädern :**

Nicht thematisiert

**4.6 - Kriegsopferfürsorge :**

Nicht thematisiert

**4.7 Eßkultur :**

Nicht thematisiert

**4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Pflegebett wurde in die Mitte des Raumes gestellt, damit man von beiden seiten guten Zugang haben konnte.

**4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pflegetätigkeiten :**

Sondennahrung anhängen, gelegentlich Windeln wechseln aber eher selten. Die Hauptaufgaben bestehen in Koordinationstätigkeiten zwischen Pflegedienst, Arzt oder Studenten zur Urlaubsvertretung, um die Schwiegermutter nicht alleine zu Hause zu lassen.

**4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Nein, dafür hatte die Pflegenden keine Zeit mehr, weil die Entscheidung zur Pflege sehr plötzlich auf sie zukam und auch wenige Tage später die Schwiegermutter schon aus dem Krankenhaus entlassen wurde und bei ihr einzog.

**4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Nein, sie ist eher ein Mensch, der sich etwas von der Praxis abschaut und nicht nachliest. Man wird ja verrückt durch die ganzen Bücher, jeder schreibt etwas anderes.

#### **4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Nein

#### **4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

Keine Idee.

### **5. Dekubitus:**

#### **5.1 Seit :**

2 ½ Jahren

#### **5.2 Lokalisation :**

Steiß

Hüfte

Fersen

Schulterblätter

#### **5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Nein

#### **5.4 Derzeit vorhanden :**

Ja

#### **5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Wasserstoffsuperoxid zum Spülen

Jod zum Abtupfen

Mirfulan Salbe

Oliotyl

Mullverband

Wenige Befestigungsstreifen, damit Luft an die Wunde kommt.

#### **5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Pflegedienst

#### **5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Fellschuhe

Fell für unter die Schulter

Sitzkranz

Lagerung mit Sofakissen

Tägliches einölen des Körpers mit PC 30

Wechseldruckmatratze

#### **5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Die Schwiegermutter wurde 1995 mit 5 offenen Stellen aus dem Krankenhaus entlassen.

#### **5.9 Sanitätshaus :**

Nur um Sitzkranz und Fellschuhe zu kaufen.

#### **5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Liefen Windeln und Krankenunterlagen ins Haus.

#### **5.11 Teilnahme an der Fachmesse Rehab :**

Nicht thematisiert

### **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :**

#### **6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

Die Pflegende sagt, sie habe ihre Schwiegermutter als schwersten Pflegefall aus dem Krankenhaus übernommen, um ihr einen Umzug ins Altersheim zu ersparen. Der Wohnsitz der Pflegebedürftigen war vorher in Bielefeld. Es ging alles sehr schnell. Sie mußte innerhalb weniger Tage das Zimmer ihrer Tochter räumen, den Arzt informieren, ein Pflegebett besorgen. Was da natürlich auf sie zukam, wußte sie nicht. Die Ankunft war erst mal noch einigermaßen. Als dann aber der Pflegedienst kam und die Frau richtig gelegt und die Wunden angeschaut hatte, kam das böse Erwachen.

„Die Schwester hatte sie aufgemacht und angeschaut, das war alles andere als angenehm. Das Fleisch war ziemlich schwarz. Es war schockierend. So habe ich mir das nicht vorgestellt. Ich hatte mir vorher nie Gedanken gemacht was Pflege überhaupt heißt.“

Anfangs kam der Pflegedienst 3-4 mal pro Tag, da war man überhaupt nicht mehr Herr im Haus. Das war ein ständiges Kommen und Gehen, aber nach 4 Monaten hatte sich das geregelt, so daß der Pflegedienst nur noch 2 mal am Tag und dann nur noch 1 mal am Tag kommen mußte. Die Pflegende sagt: „Ich kann meine Schwiegermutter gar nicht alleine fertig machen, die Griffe hat man ja gar nicht, so daß der Pflegedienst unumgänglich ist. Anfangs war ich überhaupt nicht in der Lage, etwas zu machen. Ich wußte überhaupt nicht, wie geht das.“ Deshalb ist die Schwiegermutter anfangs nur 4 mal am Tag gelagert worden, Nachts überhaupt nicht. „Da waren bestimmt 20 Kissen im Bett.“

Wenn die Windeln voll waren, stand sie vor einem großen Problem, wie sie das sauber machen sollte, sagt die Pflegende. „Anfangs habe ich es tatsächlich drin gelassen. Da ich aber auch neugierig war, wie der Pflegedienst das alles schaffen konnte, habe ich mir einige Handgriffe abgeschaut. Die Schwester des Pflegedienstes hat es ja auch alleine geschafft.“

„Selbst die eigenen Söhne kamen in den 2 ½ Jahren nicht zu Besuch. Das war schon traurig.“

Die Pflege der Schwiegermutter stellte für die Pflegende keinen Arbeitsaufwand dar, sie mußte nicht kochen, verabreichte gelegentlich Brei, aber auch nur in sehr geringen Mengen. Mittags dem Hund das Essen machen, Oma versorgen und anschließend mit dem Hund spazierengehen. Das ist ja alles nicht viel. Ich mache alles so wie früher, nur ein bißchen was noch zwischendurch. Ob man nun einfach so bei der Frau im Zimmer ist, oder ihr ein paar Löffel Brei gibt. Aber dadurch geht dann auch der Pilz, der sich im Mund breit gemacht hat, schon wieder weg.

Die Körperpflege wird vom Pflegedienst ausgeführt.

Man kann halt nicht von heute auf morgen entscheiden, ins Theater zu gehen. Man muß immer 3 – 4 Tage Vorlauf haben und jemanden suchen, der im Haus bleibt.

## **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Nein. Anfangs war es sehr viel Neues aber das hatte sie nach wenigen Monaten gut im Griff.

## **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Nein, sie kann sich nicht hinsetzen und mit leiden. Sie nimmt die Situation einfach wie sie kommt und macht das beste daraus. „Wenn sich da jemand hinsetzt und mit leidet und es vielleicht auch noch die eigene Mutter ist, da muß derjenige ja krank werden.“ So ist es ihr aber nicht ergangen. Die Pflege hat mich nicht belastet, sagt die Pflegende.

## **6.4 Abreagieren durch :**

Nicht thematisiert

## **Erleben der Dekubituserkrankung :**

Die Pflegebedürftige wurde mit 5 offenen Stellen aus dem Krankenhaus entlassen. Es hat schrecklich ausgesehen.

## **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

Anfangs wurde die Pflegebedürftige 4 mal am Tag umgelagert

## **6.6 -Wiederauftreten als Pflegefehler :**

Nicht thematisiert

## **6.7 - Unangenehmer Geruch:**

Anfangs hat es ganz schrecklich gerochen, gestunken.

## **Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

### **6.8 - Aktiv :**

Durch ihren Sohn, der zu Hause bleibt, damit die Eltern ausgehen konnten. Der Ehemann hat auch geholfen.

### **6.9 - Emotional :**

Die Kinder sehen es, genau wie die Pflegende, als Selbstverständlichkeit an, Angehörige zu pflegen.

## **6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Das Zimmer der Tochter wurde geräumt, um jetzt die Großmutter darin unterbringen zu können. Sie war aber schon aus dem Haus zum Studieren. Sie kam ohnehin nur ab und an zu Besuch. Seit der Pflegesituation ist sie nicht mehr so oft gekommen, weil sie kein Zimmer mehr hat. Der Sohn ist noch

im Haus und unterstützt die Pflegenden, so daß sie auch Ausgehen kann. „Die ganze Familie muß halt mitmachen, damit es nicht zu Konflikten kommt. Die haben wir hier aber nicht.“

**6.11 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

**6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Ja, sie sei durch ihren Arzt gut beraten gewesen, es habe alles geklappt mit Medikamenten und Verbandsmitteln.

**6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Ja

**6.14 Verschreibt er Ihnen was Sie benötigen ?.**

Ja

**6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Ja

**6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

**6.17 Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Nicht thematisiert

**6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Nicht thematisiert

**6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

----

**6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Nicht thematisiert

**6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?:**

Ja, die Abrechnungen sind gut aufgeschlüsselt. Anfangs habe ich das mal überprüft, da hat alles gestimmt. Jetzt gehe ich davon aus, daß das immer noch so ist.

**6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Anfangs kam die Inhaberin regelmäßig, um alles zum Laufen zu bringen. Jetzt meist die gleiche Schwester.

**6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Nicht thematisiert

**6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

Ja, ich habe einen Wohnungsschlüssel ausgegeben, da muß ich nicht warten bis jemand kommt.

**6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nein. Sie sagt, sie weiß ja wer ins Haus kommt. Ohne Vertrauen ist keine Zusammenarbeit möglich.

**6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?:**

Nein, wenn sie den Pflegedienst zwischendurch braucht, kann sie jederzeit anrufen.

**6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

„Man kann gar nicht anders. Es sind ja die eigenen Eltern.“ Die Pflegenden sagt, es ist eine Selbstverständlichkeit, daß man sie pflegt.

**6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

Ja, wenn ihre eigene Mutter krank werden würde, würde sie wieder genauso verfahren.

**7. Pflegeversicherung :**

**7.1 Erhalten Sie Unterstützung durch die Pflegeversicherung ?:**

Ja, Kombinationsleistung gemäß Pflegestufe 3, d.h. 1300 DM pro Monat.

**7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Ja

**7.3 Zufriedenheit mit der Pflegeversicherung ?**

Ja, sie hatte einen entsprechenden Ansprechpartner, der sie sehr gut über alles informiert habe. Sei es über die soziale Absicherung für die Pflegeperson, oder die Beschaffung von Hilfsmitteln. Das sei wohl Glück gewesen, denn wenn sie im nachhinein mit Bekannten spreche, die sich in der gleichen Situation befänden, höre sie sehr viel Unzufriedenheit.

**7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Ja

**7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Ja

**7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Hilfsmitteln ?:**

Nein, auch nicht bei elektrischem Pflegebett und Wechseldruckmatratze

**7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Die Pflegebedürftige war von Anfang an in Pflegestufe 3 eingestuft. Dabei gab es keine Probleme.

**7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Entweder der Sohn war zu Hause, damit die Schwiegermutter nicht alleine war oder sie hat sich eine Studentin ins Haus geholt. Sie habe ihr gesagt, sie müsse nicht in das Zimmer der Pflegebedürftigen gehen, sondern einfach unten im Wohnraum sein und sofern irgend etwas sein sollte, Arzt oder Pflegedienst benachrichtigen.

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung :**

Nein

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

----

**7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

**7.12 Qualitätssicherung :**

----

**7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

**7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Nicht thematisiert

**7.15 Überraschungen durch Gesetzesänderung :**

Nicht thematisiert

**8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

Teilnahme an :

**8.1 - Selbsthilfegruppen :**

Nein, kein Interesse wegen dem Zeitaufwand.

**8.2 – Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein

**8.3 - Psychologische Betreuung :**

Nicht thematisiert

**8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nein

**8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Ehemann, Bekannte, Mutter.

**8.6 Lob und Anerkennung :**

Der Pflegedienst sagte, so gut wie hier hatten sie es noch nirgends.

**8.7 Möglichkeiten zur Entspannung :**

Hund

Garten

**8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

Ja, weil die Pflegende ihre Arbeit nicht aufgegeben hat. Das wollte sie sich nicht nehmen lassen. „Ich mußte raus.“

**8.9 Urlaub :**

Ja, dann bleibt entweder der Sohn zu Hause oder sie holt sich eine Studentin ins Haus. Die muß nicht ins Zimmer der Kranken gehen, sondern nur im Notfall beim Pflegedienst oder Arzt anrufen.

**8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**

Nein, diesen Gedanken gab es nie von seiten der Pflegenden. Die Meinung des Ehemannes kam nicht zur Sprache.

### **8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

Die Kinder hätten es nicht gewollt. Der Ehemann wurde nicht erwähnt.

### **8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

Nicht thematisiert

#### 3.2.1.3 Interview Nr. 3

### **1. Allgemeines :**

#### **1.1 Tag des Gespräches :**

11.05.1998

#### **1.2 Gesprächsdauer :**

94 Minuten

#### **1.3 Rekrutierung über :**

Arzt (GP) M V

#### **1.4 Niederlassung :**

Landkreis Darmstadt

#### **1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**

Landkreis Darmstadt

### **2. Einzelfallanalyse :**

#### **Pflegebedürftiger :**

#### **2.1 Lebensalter :**

48 Jahre

#### **2.2 Geschlecht :**

Weiblich

#### **2.3 Familienstand :**

Verheiratet, 2 Söhne

#### **2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**

Ehefrau

#### **2.5 Allgemeinzustand :**

Ansprechbar

Kann nicht reagieren.

Immobil

Tagsüber im Rollstuhl, teilweise im Bett

Harn- und Stuhlinkontinent

Blasenkatheter

Wird gefüttert

PEG-Sonde

#### **2.6 Grunderkrankung :**

Multiple Sklerose

#### **2.7 Pflegebedürftig seit :**

20 Jahren

#### **2.8 Dekubitus seit :**

7 Jahren

#### **2.9 Lokalisation :**

Steißbein

### **3. Einzelfallanalyse :**

#### **Pflegender :**

#### **3.1 Lebensalter :**

52 Jahre

- 3.2 Geschlecht :**  
Männlich
- 3.3 Familienstand :**  
Verheiratet
- 3.4 Alter der Kinder :**  
25 und 27 Jahre alt
- 3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**  
Ehemann
- 3.6 Pflegt seit :**  
20 Jahren
- 3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**  
Nein
- 3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**  
Ja, die beiden Söhne helfen mit.
- 3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pfleger im gleichen Haushalt ?:**  
Im gleichen Haushalt
- 3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**  
Ja
- 3.11 Berufstätigkeit parallel zu Pflege :**  
Ja
- 3.12 Anzahl der Wochenstunden :**  
40 Stunden
- 3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**  
Nein
- 3.14 Pflegte früher schon andere Angehörige :**  
Ja. Schwiegermutter
- 3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**  
Nein
- 3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**  
Knochenhautentzündung, Bandscheibenprobleme
- 3.17 Positive Seite der Pflege :**  
Man lebt intensiver. Kann besser genießen.

#### **4. Lebenssituation des Pflegenden :**

- 4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**  
Ja. zumindest an Werktagen, weil der Pflegende dann zur Arbeit muß.

#### **Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

- 4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**  
Ja
- 4.3 – Zivildienstleistende :**  
Ja. Mo – Fr 10 bis 16 Uhr
- 4.4 – Frauenhilfe :**  
Nein
- 4.5 - Essen auf Rädern :**  
Ja. Früher hatten wir frisches Essen bestellt. Das war aber ziemlich schlecht. Entweder alles war schon gemischt, wenn es gebracht wurde, je nach Fahrstil der Zivildienstleistenden oder man konnte das ausgeschöpfte Monatsbudget erkennen. Jetzt haben wir Tiefkühlkost, die der Zivildienstleistende dann für meine Frau zubereitet.
- 4.6 - Kriegsopferfürsorge :**  
Nicht thematisiert
- 4.7 Eßkultur :**

Achtet darauf, daß das Essen schön auf einem Porzellanteller zubereitet wird.

**4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Nicht thematisiert

**4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pflegetätigkeiten :**

Körperpflege und -hygiene, hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen, Windeln wechseln. Medikamentengabe, Dekubitusbehandlung und Prophylaxe.

**4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Nein. Leider fehlt ihm die Zeit.

**4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Nein

**4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Broschüren der KK

MS Zeitschrift

**4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

-Gesetzmäßigkeiten der PV aufweisen

-Wegweiser, der Betroffene tröstet, hilft und berät.

-Rehabilitationsmaßnahmen

-Antragstellung für Hilfsmittel

-Kur- und Urlaubsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

-Selbsthilfegruppen, Kontaktgruppen, Interessengemeinschaften

-Ernährung

-Verhaltensweisen

-Hinweis, daß auch Betroffene an die pflegenden Angehörigen etwas weitergeben können.

-Behindertenreisen

-Psychologische Unterstützung für Betroffene und pflegende Angehörige.

-Nachbarschaftshilfe

-Hinweis, selbst als Betroffener Gruppen, bilden zu können und andere zu motivieren.

**5. Dekubitus :**

**5.1 Seit :**

7 Jahren

**5.2 Lokalisation :**

Steißbein

**5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

ja

**5.4 Derzeit vorhanden :**

Ja

**5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Nugel

Kamillosan

Bepanthen Wundsalbe

**5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Pflegedienst oder Pflegender

**5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Wechseldruckmatratze

Lagerung

**5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Kurzzeitpflegeheim zur Pflegevertretung – gute Erfahrung

Kuraufenthalte – teilweise schlechte Erfahrung, weil wichtige Informationen bezüglich der Pflege nicht an die entsprechenden Pfleger weitergegeben wurde. Desweiteren wurde die Ehefrau schlecht versorgt, so daß er das Gefühl hatte, sie nur abgeschoben zu haben.

**5.9 Sanitätshaus :**

Nicht thematisiert.

**5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**



Der Pflegende schlägt vor, daß Hilfsmittelfirmen ihre Produkte zur Probe zur Verfügung stellen, da Millionen von DM in Kellerräumen stehen, weil sie für den Betroffenen unhandlich sind. Die Firmen geben Musteratteste aus, um die Genehmigung der Hilfsmittel zu erleichtern. Hilfsmittelfirmen stellen auf Reha-Messen aus, wo man sich sehr gut informieren kann.  
Ärgert sich über die überhöhten Preisforderungen der Hilfsmittelfirmen.

### **5.11 Teilnahme an der Fachmesse Rehab :**

Ja, öfters.

## **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :**

### **6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

Teilweise ganz beschissen. Besonders ausgeprägt, wenn man überflutet wird mit eigentlich angenehmen Dingen, z.B. Urlaub, glückliche Familien, Gartenlokal, oder alles was Freizeit anbelangt. Film über Zärtlichkeit. Alles was Partnerschaft ausmacht. Das baut sich dann auf, und irgendwann gibt es dann einen Auslöser, meistens wenn irgend etwas nicht funktioniert, z.B. dahingehend, daß seine Frau zusätzlich Arbeit macht. Dann kann er aggressiv werden, sagt es seiner Frau allerdings.

Vor 10 Jahren mußte er seine Karriere stoppen. Er hat sich bewußt für seine Frau entschieden.

Am Wochenende sei der ganze Tag blockiert mit Maßnahmen, sagt der Pflegende. Durch Schluckbeschwerden bedingt, brauche seine Ehefrau 2 Stunden zum Essen.

Pflegender war sehr aktiv, fuhr auf Reha-Messen, um ein Optimum an Hilfsmitteln für seine Frau zu finden.

Irgendwann wird man aber müde.

Seine besten Jahre kann er gar nicht leben. Sein Leben geht an ihm vorbei. Tröstet sich damit, daß seine Frau vielleicht gar nicht mehr am Leben wäre, ohne seine intensive Pflege.

Möchte seine Kinder nicht zu oft in die Pflicht nehmen, um selber abends weggehen zu können. Möchte die Unterstützung seiner Kinder nicht in einer gewissen Regelmäßigkeit in Anspruch nehmen. Hat Angst sie würden dann irgendwann einmal „Nein“ sagen.

„Der Pflegende ist im Prinzip mehr behindert wenn er seine Sache gut machen will, weil er ja noch kann und trotzdem angebunden ist. Der andere ist krank. Der kann ja nicht mehr und muß sich, so hart wie es klingt, mit seiner Situation einfach abfinden. Ich könnte aber in Urlaub fahren, mir meine Streicheleinheiten holen, die ich so nicht habe und Gott weiß was machen. Insofern bin ich doch beschissener dran als meine Frau“, sagt der Pflegende.

Es gibt Situationen in denen man sich so sehr über irgend etwas geärgert hat, daß man für sich selber eine ganz sadistische Strafe fordert. Daß einem einer rum prügelt, das würde so richtig gut tun. Egal was passiert, ob man sich einen Finger quetscht oder eine Blase läuft, du hast es verdient, wolltest es nicht anders, jetzt friß die Situation auch aus. Im nächsten Moment macht es einem Angst, daß man so überhaupt denken kann.

Vor 2 Jahren gab es eine Situation, die den Notarzt erforderlich machte. „Vorher dachte man oft, wenn sie jetzt die Augen zu machen würde, wäre sie erlöst. Wenn es dann aber kritisch wird, merkt man wie man selber reagiert. Um Gottes willen, das darf nicht sein, „Halt durch.“ Dann sagt er manchmal zu seiner Frau: „Wir kriegen die paar Jahre schon noch rum.“ Das stimmt zwar eigentlich, denn gemessen an der durchschnittlichen Lebenserwartung sind es wirklich nur noch ein paar Jahre. Er erschrickt aber trotzdem darüber, wie man so etwas nur sagen kann.

Die Krankheit hat aber einen unwiederbringlichen Vorteil. Man kann viel intensiver leben und genießen. Egal was das ist.

### **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Ja. Wenn viele Dinge zusammenkommen und der normale Tagesablauf gestört ist.

### **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Ja. Es gibt Situationen, in denen der Pflegende seine Frau unsanft aus dem Rollstuhl ins Bett legt. Sie sage dann, „Au, mein Kopf“. Woraufhin der Pflegende sich fragt, wer denn nach seinen Schmerzen frage.

Zum Ausgleich geht der Pflegende joggen oder fährt Fahrrad. Ein Psychologe habe ihm einmal empfohlen, im Keller mit einem Baseballschläger auf eine Matratze zu schlagen und zu schreien. Das ginge aber nicht, sagt der Pflegende, denn um in den Keller zu kommen und den Schläger zu suchen seien 5 Minuten klares Denken erforderlich.

### **6.4 Abreagieren durch :**

Joggen, Fahrrad fahren

### **Erleben der Dekubituserkrankung :**

Wenn bestimmtes Präparat eine gewisse Zeit angewendet wurde, hatte es sich erschöpft.

### **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

Neues Präparat, das der Pflegedienst auf einer Fachinformation kennenlernte. Damit können innerhalb 1-2 Tagen gerötete Stellen behoben werden.

### **6.6 -Wiederauftreten als Pflegefehler :**

Nicht thematisiert

### **6.7 - Unangenehmer Geruch :**

Nicht thematisiert

### **Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

#### **6.8 - Aktiv :**

Ja. Beide Söhne unterstützen den Vater. Der Ältere nur nach Aufforderung, der Jüngere auch freiwillig.

#### **6.9 - Emotional :**

Ja.

#### **6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Seit frühester Kindheit besteht für die Söhne die Pflegesituation. Die Kinder haben den ganzen Werdegang mitgekriegt. „Das war wohl das Positive daran, daß die Söhne schon in jungen Jahren da reingewachsen sind. Das Reinwachsen macht das auch alles irgendwie erträglich. Man denkt in der momentanen Situation, wenn es schlimmer nicht kommt, dann schaffst du das noch.“ So geht es dem Pflegenden, und er vermutet, seinen Kindern auch.

Der große Sohn sieht alles nüchtern, während der kleine sich so sichtbar engagiert. Er unterstützt seinen Vater, wo er nur kann. Trägt ohne Aufforderung den Mülleimer runter, füllt Toilettenpapier auf, ... . Das macht dem Vater Sorge, weil er denkt, der Sohn fühle sich verpflichtet ihn nicht im Stich zu lassen. Der Vater findet es nicht normal, als 25 jähriger Cabriobesitzer an schönen Sonntag-Nachmittagen zu Hause zu sein. Er fordert seinen Sohn auf, die Zeit zu nutzen, anstatt ihn zu unterstützen, indem er bügelt. Hat Angst, daß die Pflegesituation sich für den jüngeren Sohn zum Nachteil entwickelt.

#### **6.11 Wohnsituation :**

Der Pflegende besitzt ein großes Haus. Da gibt es keine Probleme, z. B. einen Treppenlift einzubauen. Leider kennt er da andere Familien, denen das nicht möglich ist.

#### **6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Hat sehr guten Kontakt zu seinem Hausarzt. „Er ist auch unwahrscheinlich bemüht, immer ansprechbar“, sagt der Pflegende. Vielleicht auch, weil er einer seiner besten Kunden ist.

#### **6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Ja

#### **6.14 Verschreibt er Ihnen was Sie benötigen ?:**

Ja. Seine Frau braucht Unmengen Tabletten. Sei es für Harn Ansäuerung, Spastik oder gegen Schmerzen. Hat eine wöchentliche Zuzahlung von 80 – 90 DM zu leisten.

#### **6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Ja

#### **6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

#### **6.17 Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Nicht thematisiert

#### **6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Nicht thematisiert

#### **6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

----

#### **6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Nicht thematisiert

## **6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?:**

Ja. Es ist ein kirchlich orientierter Dienst, mit ehrlichem und reelem Hintergrund. Der Pflegende glaubt schon, daß es viele schwarze Schafe unter den Diensten gibt, die sich schnelles und gutes Geld erhoffen.

Sehr zuverlässiger Dienst, der trotz winterlicher Wetterverhältnisse kommt. Schlechte Erfahrung mit früherem Dienst, der oft kurzfristig abgesagt hat. Der Pflegende mußte dann kurzfristig Urlaub nehmen. Man merkt Unterschiede zwischen dem Pflegepersonal. Manchmal kommt man abends nach Hause und die Salbe ist offen oder der Müll mit den Windeln nicht weggebracht. Das darf eigentlich nicht passieren. Sie könnten ja zumindest zum Zivi sagen, „bring das mal weg.“

## **6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Ja

## **6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Nicht thematisiert

## **6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

Ja.

## **6 25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nein. Obgleich man seine ganze Intimsphäre aufgeben muß. „Da treiben sich ja tagsüber alle möglichen Leute im Haus herum. Sie wissen nicht, schauen die in die Schränke, was haben die für Verhaltensweisen, gehen die an meinen Sparstrumpf und heben die Matratze hoch“ (bildlich ausgedrückt). Der Pflegende kennt Menschen, die dann lieber auf Unterstützung verzichten. Er ist da nicht so. Er ist offen. Das stört ihn nicht.

## **6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?:**

Ja. Haushaltshilfe zum Putzen, Waschen, Bügeln. Der Pflegende hat schon einmal Anstrengungen unternommen, jemanden zu finden.

## **6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

Anfangs Liebe, jetzt Liebe, Pflichtgefühl und Mitleid.

## **6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen?:**

Ja. In der Intensität vielleicht aber doch nur die Ehefrau.

## **7. Pflegeversicherung :**

### **7.1 Erhalten Sie Unterstützung durch die Pflegeversicherung ?:**

Ja. 3750 DM als Härtefallregelung. Sachleistungen beantragt, weil dadurch das Maximum ausgeschöpft werden kann.

### **7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Nein. Für Pflegedienst und Zivildienstleistenden erhält er regelmäßig monatliche Nachforderungen von 200-300 DM. Wenn man jemanden finden würde, der zuverlässig ist, bekäme man für 3750 DM sicherlich einen Monat lang gute Pflege.

### **7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**

Ausreichende Informationen? - Diese Frage konnte so nicht beantwortet werden, da der Pflegende immer schon ausreichend informiert Anträge an die PV stellte.

Nachforderungen der PV bezüglich der erbrachten Dienste von Pflegedienst und Zivildienstleistendem kommen oftmals nicht monatlich, sondern für 2 oder 3 Monate geballt. Der Pflegende muß dann manchmal 900 DM auf einen Schlag zahlen.

### **7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Nicht thematisiert

### **7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Ja

### **7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Hilfsmitteln :**

Nein. Aber nur weil er intensive Vorarbeit geleistet hat. Konnte exakte Begründung liefern, warum er welches Hilfsmittel wollte. Jedes Hilfsmittel entsprach dem derzeitigen Krankheitsstand seiner Ehefrau.

### **7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Nein

### **7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Kurzzeitpflegeheim wegen Kuraufenthalt des Pflegenden.

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung :**

Ja.

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

Nein. Landeswohlfahrtspflege. Damals gab es noch keine PV.

**7.11 Kuren für Pflegende Angehörige :**

Ja

**7.12 Qualitätssicherung :**

----

**7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Wir haben schon alles mögliche durchgespielt, bis hin zu dem Gedanken an illegale Pflegemöglichkeiten durch Polenfrauen. Man weiß halt überhaupt nicht, wer da kommt. Außerdem besteht die Problematik des nicht vorhandenen Versicherungsschutzes.

**7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Ja, um die KK zu entlasten.

**7.15 Überraschungen durch Gesetzesänderung :**

Nicht thematisiert

**8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

**Teilnahme an :**

**8.1 - Selbsthilfegruppen :**

Ja. Mitbegründer einer MS-Gruppe. Die Gruppe bestand 10 Jahre lang, hat sich vor ca. 2 Jahren aufgelöst. Die Teilnehmer haben sehr viele Dinge organisiert. Plätzchen backen zu Weihnachten, Ausflüge, Urlaubsreisen, Praxistests mit Rollstühlen. Wenn man allerdings merkt, daß immer nur die gleichen wenigen Aktiven da sind, wird man müde. Die Gruppe hat sich aufgelöst. Außerdem hat der Verband Schriftführer und Kassenwart gefordert. Dinge, die von den Behinderten selber gar nicht ausgeführt werden konnten. Fahrdienste wurden gestrichen, so daß die Betroffenen das selber zahlen sollten. Das konnten sich einige nicht leisten. Zu bestimmten Anlässen standen dann irgendwelche überdimensionalen Schecks im Blitzlicht-Gewitter. Das paßt nicht zusammen.

**8.2 - Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein

**8.3 - Psychologische Betreuung :**

Ja. Während Kuraufenthalten sowie zu Anfangszeiten der MS-Kontaktgruppe, um sicher zu gehen, daß man für sich alles getan hat, und keine Fronten zu verhärten.

Paar- als auch Einzelgespräche. Abrechnung über MS-Gruppe mit Zuzahlungsforderung an die Teilnehmer.

**8.4 - Kuren zur Erholung :**

Ja. Einmal.

**8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Nicht thematisiert

**8.6 Lob und Anerkennung :**

Nicht thematisiert

**8.7 Möglichkeiten der Entspannung :**

Joggen, Fahrradfahren

**8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

Nein. Geht ganz selten aus. Erwartet insgeheim, daß seine Frau ihn wegschickt. Geht davon aus, daß, wenn sie ihm freiwillig nicht sagt, er solle ausgehen, sei es ihr vielleicht nicht recht.

**8.9 Urlaub :**

Bislang 1 mal vor 4 Jahren. Das bekam er von der Familie geschenkt. Damals mußte er aber schlechte Erfahrung mit dem zeitgleichen Kuraufenthalt der Ehefrau machen. Er hat derzeit keinen Urlaub mehr genommen.

**8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim**

### **unterzubringen ?:**

„Angedacht, aber in keinster Weise zu Ende gedacht. Das ist vielleicht 2 oder 3 mal passiert wenn es ganz dick kommt. Wenn irgendwo einer blockiert, wegen irgendeinem Scheiß. Für mich ist dann alles ganz wichtig und einer reitet auf irgendeiner Sache rum und versteht alles nicht (Behörden). Und dann macht sie auch noch Probleme, nicht wissentlich. Also z. B., daß etwas mit dem Katheter passiert. Man muß telefonieren und es kommt keiner und entschuldigt sich. Man macht frei, ist da. Dann denkt mal schon mal, wenn sie jetzt im Heim wäre, hätte ich mit all der Sache nichts zu tun.“  
Der Pflegende erschrickt dann aber über seine eigenen Gedanken und weist sie von sich.

### **8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

Söhne favorisieren auch keinen Heimaufenthalt.

### **8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

- Aus der Beobachtung, an welchen Kleinigkeiten andere Beziehungen kaputt gehen und wie gut man selber doch viel schwierigere Situationen meistert.
- Dem Gedanken, die Frau wäre vielleicht schon gar nicht mehr am Leben, ohne seine Pflege.
  - Aus der Begeisterung der MS-Gruppe, wenn sie Dinge gemeinsam organisiert haben (Ausflug, Reisen). Das treibt erneut zu Aktivitäten an.

## 3.2.1.4 Interview Nr. 4

### **1. Allgemeines :**

#### **1.1 Tag des Gespräches :**

18.05.1998

#### **1.2 Gesprächsdauer :**

43 Minuten

#### **1.3 Rekrutierung über:**

Pflegedienst (Sozialstation)

#### **1.4 Niederlassung :**

Landkreis Darmstadt

#### **1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**

Landkreis Darmstadt

### **2. Einzelfallanalyse :**

#### **Pflegebedürftiger :**

#### **2.1 Lebensalter :**

78 Jahre

#### **2.2 Geschlecht :**

Weiblich

#### **2.3 Familienstand :**

Verwitwet, 2 Söhne

#### **2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**

Schwiegermutter

#### **2.5 Allgemeinzustand :**

Nicht ansprechbar

Kann nicht reagieren

Immobil

Tagsüber im Sessel

Harn- und Stuhlinkontinent

Blasenkatheter

Trinkt Flüssignahrung

#### **2.6 Grunderkrankung :**

Alzheimer-Krankheit

#### **2.7 Pflegebedürftig seit :**

8 Jahren

**2.8 Dekubitus seit :**

2 Jahren

**2.9 Lokalisation :**

Steißbein

**3. Einzelfallanalyse :**

**Pflegender :**

**3.1 Lebensalter :**

43 Jahre

**3.2 Geschlecht :**

Weiblich

**3.3 Familienstand :**

Verheiratet, 2 Söhne

**3.4 Alter der Kinder :**

18 und 19 Jahre alt

**3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**

Schwiegertochter

**3.6 Pflegt seit :**

8 Jahren

**3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**

Nein

**3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**

Nein

**3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pflegender im gleichen Haushalt ?:**

Die Pflegende bewohnt zusammen mit ihrem Ehemann das Untergeschoß des Hauses. Die Schwiegermutter bewohnt zusammen mit dem Schwager der Pflegenden das Obergeschoß.

**3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**

Pflegedienst kommt 1 mal pro Woche zum Haare waschen und für alles, was man alleine nicht machen kann, desweiteren zur Dekubitusbehandlung.

**3.11 Berufstätigkeit parallel zur Pflege :**

Nein

**3.12 Anzahl der Wochenstunden :**

----

**3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**

Nein

**3.14 Pflegte früher schon andere Angehörige :**

Nein

**3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**

Ja, ihren Schwager, der an einer Psychose erkrankt ist.

**3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**

Rückenprobleme

**3.17 Positive Seite der Pflege :**

Nicht thematisiert

**4. Lebenssituation des Pflegenden :**

**4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**

Ja, wegen dem Essen. Frühs gehe ich hoch um die Schwiegermutter zu waschen und den Urinbeutel zu leeren. Dann kommen die Zivis zu meinem Schwager. Die setzen meine Schwiegermutter dann in den Sessel. Dann gehe ich mittags, zum Kaffee, Abendessen und später noch mal hoch. Ich muß halt immer mal nachschauen.

**Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

#### **4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**

Ja, 1 mal pro Woche kommt ein privater Pflegedienst für Tätigkeiten, die man alleine nicht durchführen kann, wie z. B. Haare waschen.

#### **4.3 - Zivildienstleistende:**

Ja, Zivildienstleistende die den Schwager täglich betreuen, holen die Pflegebedürftige fröhs aus dem Bett und setzten sie in einen Sessel.

#### **4.4 - Frauenhilfe:**

Nein

#### **4.5 - Essen auf Rädern :**

Nicht thematisiert

#### **4.6 - Kriegsopferfürsorge :**

Finanziert sowohl für die Schwiegermutter als auch für den Schwager der Pflegenden einen Kurzzeitpflegeaufenthalt von 4 Wochen pro Jahr.

#### **4.7 Eßkultur :**

Nicht thematisiert

#### **4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Nicht thematisiert

#### **4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pflgetätigkeiten :**

Körperpflege, Windeln wechseln, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Wäsche waschen, Einkaufen, Nahrung zubereiten, Putzen.

Die Pflegende versucht die Pflegebedürftige auf die Seite zu drehen, damit sie nicht auf dem Steiß liegt. Sie legt ihr Kissen hin, aber vor allem nachts dreht sie sich dann doch wieder auf den Rücken. Die Pflegebedürftige hat einen Katheter und trägt Windeln, so daß die Pflegende nachts nicht aufstehen muß. Vor dem Schlafengehen, so gegen 24 Uhr, schaut die Pflegende noch einmal nach dem Rechten und dann erst morgens wieder.

#### **4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Nein

#### **4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Anfangs ja, aber da steht ohnehin immer das gleiche drin, deshalb kauft sie jetzt keine mehr.

#### **4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Broschüren

#### **4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

Keine Ideen

### **5. Dekubitus :**

#### **5.1 Seit :**

2 Jahren

#### **5.2 Lokalisation :**

Steißbein

#### **5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Ja

#### **5.4 Derzeit vorhanden :**

Ja

#### **5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Einreiben (Bepanthenalbe, Jod-Salbe, Penatencreme)  
Mercuchrom

#### **5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Pflegedienst und Pflegende

#### **5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Glatte Schaumstoffmatratze  
Lagerungskeile (von PV seit 5 Wochen noch nicht erhalten)

#### **5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Der Zustand der Pflegebedürftigen ist nach Heimaufenthalt nicht verändert.

## **5.9 Sanitätshaus :**

Luftkissen

## **5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Bislang keine Kontakte, außer mit denen, die das Bett geliefert oder den Toilettensitz montiert haben. Kann sich auch nicht vorstellen, weshalb man Kontakt zu solchen Firmen haben könnte. Wenn man etwas wissen will, würde man erst mal die Schwester fragen, die ins Haus kommt, sagt die Pflegenden.

## **5.11 Teilnahme Fachmessen :**

Nicht thematisiert

# **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden.**

## **6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

„Es ist schon Streß, der ganze Tag. Nervlich anstrengend. Manchmal ist es ganz schlimm, es ist ja auch mit ihm (Schwager), das kommt ja auch noch dazu. Er ist ja geistig auch nicht mehr ganz in Ordnung. Wenn mehrere unangenehme Dinge zusammenkommen, rastet man schon mal aus. Das wird dann auch mal wieder besser. Es ist halt mal so, mal so. Nicht jeder Tag gleich. Es kommt auch darauf an, wie man selbst sich halt fühlt. Es gibt aber keine Strategien um sich abzureagieren. Man macht den ganz normalen Tagesablauf weiter, weil man es ja machen muß.“

Es gibt keine Nachbarn, die unterstützend wirken. „Wenn wir mal länger weggehen, z.B. mit dem Fahrrad wegfahren, dann kommt die Mutter ins Haus, damit jemand im Haus ist“ Die Mutter bleibt dann in der Wohnung der Pflegenden.

„Wenn man um 11 weggeht bis 17 Uhr, das ist ziemlich lang, dann hat man eben doch kein gutes Gefühl. Die Kinder bleiben auch nicht zu Hause. Ansonsten geht man gar nicht so lange weg, da muß man halt auch Rücksicht nehmen, wenn man es aber doch mal macht, kommt die Mutter.“

Man kann nicht am Wochenende einfach sagen, es ist schön, man fährt von morgens bis abends irgendwo hin. Das geht nur wenn sie halt mal weg sind (Kurzzeitpflege). Man gewöhnt sich halt dran, daß man nicht den ganzen Tag weg kann.“

„Man hat sich dran gewöhnt, es war ja nicht gleich so schlimm, sie konnte ja anfangs noch herumlaufen, es ist halt immer ein bißchen mehr geworden.“

Die Pflegenden hat Rückenprobleme, weshalb Zivildienstleistende die Pflegebedürftige aus dem Bett holen und in einen Sessel setzen, in dem sie den ganzen Tag verbringt. Die Rückenprobleme führt die Pflegenden auf die jahrelange Pflegesituation zurück. Sie habe die Pflegebedürftige immer aus dem Bett geholt. Die Probleme gehen auch nicht mehr weg. Eigentlich geht sie gerne in den Garten, hat aber Schwierigkeiten sich zu bücken.

Momentan ist die Pflegenden etwas durcheinander, weil die kurz bevorstehende Kurzzeitpflegemöglichkeit nicht so wahrgenommen werden kann, wie in vorherigen Jahren. Es gibt ein neues Gesetz, daß Kurzzeitpflegeeinrichtungen Patienten nicht länger als 4 Wochen aufnehmen dürfen, sagt die Pflegenden. Das geht jetzt nur noch in normalen Pflegeheimen, berichtet sie. In einer Woche sollte der Urlaub beginnen. Ich war geschockt. Das sind dann immer so Sachen. Meistens kommt irgend etwas dazwischen. Der Leiter der Kurzzeitpflegeeinrichtung kümmert sich jetzt darum, einen anderen Heimplatz zu finden. Falls das nicht klappt, zieht die Pflegenden in Erwägung, ihre Angehörigen nur für 4 Wochen unterzubringen. Das ist auch immer so ein Akt, sagt sie. Ein Behindertentaxi wird benötigt, und man muß sie im Rollstuhl die Treppe runterschleppen.

Es ist belastend, daß die Schwiegermutter gar nicht reagiert und mithelfen kann, auch in Bezug auf Körperpflege. Z. B. beim Waschen gar nicht mithelfen kann, oder wenn man die Hand weglegt, ist sie kurz danach wieder da, weil sie halt nicht versteht, daß sie da jetzt nicht hin soll mit ihrer Hand.

## **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Ja, wenn etwas Extremes vorkommt. Die Mutter zerpfückt nachts ihre Windeln. Die Pflegenden geht fröhlich ängstlich ins Zimmer und überlegt, was sie heute wieder erwartet. Sie ist dann beruhigt, wenn nichts derartiges vorliegt. Sie geht schon immer mit gemischten Gefühlen zur Mutter. Wenn sie im Sessel sitzt, passiert nichts. Derartige Überraschungen erlebt sie nur, wenn die Pflegebedürftige im Bett liegt. Also abends bevor die Pflegenden selbst schlafen geht oder am nächsten Morgen. Es kam schon vor, daß sie abends um 24 Uhr vor dem Schlafengehen alles frisch machen mußte. Sie versucht schon immer die Schwiegermutter gut in Decken einzupacken, damit sie nicht so leicht an



ihre Windeln kommt. Hat ihr auch schon Handschuhe angezogen, aber das nützt nichts, sagt die Pflegende.

### **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Ja, im Falle der Schwiegermutter, wenn sie ihre Windeln zerpfückt, obwohl sie vorher Stuhlgang hatte. Den Stuhl dann an Händen, Gesicht und im Bett verteilt hat. Beim Schwager, wenn sie hochkommt und das ganze Zimmer ist überschwemmt, weil er eine Flasche umgeworfen hat. Das kommt öfters vor. Da wird sie dann auch mal laut und schreit ihn an. Er versteht ja noch alles. Deshalb ist sie der Meinung, er könnte schon ein bißchen mehr aufpassen. „Er sitzt ja nur rum und schaut.“ Aber die Pflegende muß es ja dann beseitigen. Die Schwiegermutter schreit sie nicht an, das hat ohnehin keinen Sinn, weil die Schwiegermutter sie nicht mehr verstehen kann. Zur Beruhigung setzt sich die Pflegende dann hin und raucht eine Zigarette.

### **6.4 Abreagieren durch :**

Rauchen

### **Erleben der Dekubituserkrankung :**

Manchmal ist es besser, manchmal etwas schlechter. Die Stelle ist gerötet und manchmal ein bißchen offen. Vor kurzem war die Ärztin zum Hausbesuch bestellt worden, weil die Schwester der Sozialstation dachte, es könne auch ein Pilz sein. Die Ärztin aber sagte, das sei ein rein pflegerisches Problem und verschrieb keine Salben, sondern Lagerungskeile. Trotzdem werden von der Sozialstation sowie der Pflegenden Salben und Tinkturen verwendet. Desweiteren sagte die Ärztin, es sei ganz gut, keine Windeln zu verwenden, was die Pflegende zwar ausprobiert, sich dann aber dagegen entschieden hat, weil sie sonst den Stuhlgang im ganzen Bett verschmiert hat.

### **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

„Ich weiß auch nicht, es wird gar nicht besser im Moment.“

### **6.6 - Wiederauftreten als Pflegefehler :**

Die Ärztin nannte den Dekubitus ein rein pflegerisches Problem. Sie empfahl, keine Windeln zu verwenden. Die Pflegende hat das ausprobiert, sich aber dagegen entschieden, da sie dann noch öfter als sonst das Bett mit Stuhl verschmiert hat.

### **6.7 - Unangenehmer Geruch :**

Nicht thematisiert

### **Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

### **6.8 - Aktiv :**

Nein

### **6.9 - Emotional :**

Die Kinder sagen schon mal, sie soll sich nicht so verrückt machen, der Mann ja auch. Er sagt aber auch, sie soll es als Arbeit ansehen. Aber dann hätte man ja irgendwann mal Feierabend. Zu Hause geht es aber rund um die Uhr. Das ist doch etwas anderes, als wenn man in einem Heim arbeiten würde. Der Ehemann versucht halt, daß sie es sich nicht so zu Herzen nimmt, wenn irgend etwas Anstrengendes in der Pflege passiert, sagt die Pflegende.

### **6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

„Die Kinder leiden eigentlich nicht. Es ist viel vorgefallen als die Kinder noch jünger waren, da haben sie ein bißchen mitgekriegt in den Anfängen der Krankheit. Die Kinder wollen das auch gar nicht so sehen.“ Sie leiden auch nicht, weil die Mutter weniger Zeit für sie hat. Sie sind schon älter, gehen arbeiten. Sie kommen mittags nach Hause, aber dann ist die Pflegende ja da. Sie geht ja nur manchmal nach oben. „Es ist ja gut, daß es im Haus ist, daß man nicht wegrennen muß, andauernd. Der Sohn hat auch im Obergeschoß sein Zimmer. Da verbindet sich alles ein bißchen.“

### **6.11 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

### **6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Sie kommt nicht regelmäßig, sondern nur wenn die Pflegebedürftige anruft und um einen Hausbesuch bittet. „Zu der Zeit, als die Schwiegermutter noch Breikost bekam, hatte ich Bedenken, sie bekommt nicht genug Nahrung. Auch mit dem Trinken hatte ich Angst, es sei zu wenig. Damals hätte ich mir gewünscht, die Ärztin öfter zu sehen.“ Sie hat aber nur gesagt, man würde es schon merken, wenn die Schwiegermutter austrocknen würde. Seit sie jetzt allerdings die Flüssignahrung erhält, hat sie keine Bedenken mehr. Sonst hat die Pflegende mit der Hausärztin nicht viel zu tun. Tabletten erhält die Pflegebedürftige nur vom Neurologen, der auch alle 4 Wochen regelmäßig zum Hausbesuch kommt. Das verleiht der Pflegenden ein Gefühl der Sicherheit.

**6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Nein

**6.14 Verschreibt er Ihnen was Sie benötigen ?.**

Ja, aber sie braucht auch kaum etwas.

**6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Ja, z. B. Lagerungskeile

**6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

**6.17 Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Nicht thematisiert

**6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Neurologe

**6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

Ja, alle 4 Wochen

**6.20 Physiotherapeut :**

Nicht thematisiert

**6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?.**

Ja

**6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Anfangs war das so, da kam ständig wechselndes Personal. Jetzt kommt immer die gleiche Schwester, außer wenn sie halt mal frei hat. Das ist mir auch lieber so, weil man sich dann kennt.

**6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Ja, grob festgelegt.

**6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

Normalerweise ist die Pflegendende anwesend. Falls es doch einmal nicht der Fall sein sollte, liegt der Schlüssel an einem bestimmten Ort, von wo ihn die Pflegeschwester holen kann.

**6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nein, sofern es jemand ist der regelmäßig kommt.

**6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?:**

Der Pflegedienst kommt so oft, wie die Pflegendende es haben will.

**6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

Es ist nicht meine eigene Mutter. Oder bei ihm, es ist der Schwager. Das ist doch ein anderes Verhältnis, als wenn es mein Bruder wäre oder die Schwester. Bei der eigenen Mutter wäre das schon auch anders.

**6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

Ja, z.B. wenn der Mutter was passieren würde.

**7. Pflegeversicherung :**

**7.1 Erhalten Sie Unterstützung durch die Pflegeversicherung ?:**

Ja. Die Pflegendende erhält 1300 DM Geldleistung von der PV und bezahlt davon monatlich den Pflegedienst privat. Die Pflegebedürftige ist in Pflegestufe 3 eingestuft.

**7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Ja

**7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**

Ja, die Pflegendende ist auch rentenversichert und hat keinerlei Beschwerden bezüglich der PV:

**7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Ja

**7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Ja. Wir haben : Badewannensitz, Krankenbett, Luftkissen für Sessel.

**7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung :**

Pflegendende hatte ein Rezept und ging damit zur Krankenkasse. Es hat dann zwar länger gedauert .... . Das Bett hat sie seit ca. 3 Jahren. Vor ca. 5 Wochen hat die Pflegendende ein Rezept für Keilkissen zur Lagerung bei der PV abgegeben, aber bis heute nichts gehört. Jetzt viel es ihr wieder ein und sie beschloß nachzufragen.

**7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Nein, keinerlei Probleme mit dem MDK.

**7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Kurzzeitpflegeheim. 2 Monate lang am Stück. 1 Monat wird von der PV bewilligt, die Unkosten für den weiteren Monat übernimmt die Kriegsopferfürsorge.

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung :**

Nein

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

----

**7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

**7.12 Qualitätssicherung :**

Ja

**7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

**7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Nicht thematisiert

**7.15 Überraschung durch Gesetzesänderung :**

Bislang konnten beide Pflegebedürftige jährlich 2 Monate zusammenhängend in einem Kurzzeitpflegeheim untergebracht werden. In Kürze sollte dies wieder der Fall sein. Durch eine Gesetzesänderung ist es Kurzzeitpflegeheimen aber nur noch erlaubt, Patienten für maximal 4 Wochen am Stück unterzubringen, erzählt die Pflegende. Das hat sie heute früh erfahren, indem der Heimleiter der KZP angerufen hat. Er bemüht sich jetzt um einen Platz im normalen Pflegeheim.

**8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

**Teilnahme an :**

**8.1 – Selbsthilfegruppen :**

Nein

**8.2 - Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein, sie macht das jetzt schon so lange, wie es halt so ist, so geht es jetzt ganz gut, sie wüßte nicht, was sie da besser machen sollte. Sie erzählt lieber ihrer Mutter oder Schwester. „So viel neues, .... Abends bin ich auch nicht so unternehmungslustig. Da bin ich froh, wenn alles im Bett liegt.“

**8.3 - Psychologische Betreuung :**

Nicht thematisiert

**8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nicht thematisiert

**8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Ja, Mutter, Ehemann, Freundin, Schwester

**8.6 Lob und Anerkennung :**

Nicht thematisiert

**8.7 Möglichkeiten zur Entspannung :**

Kurzzeitpflege 2 Monate am Stück für beide Pflegebedürftige gleichzeitig.

**8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

Täglich nicht, aber 1-2 Stunden geht sie auch mal aus dem Haus, ohne daß jemand da ist. Manchmal geht sie auch abends mit ihrem Mann weg, da liegen sie dann schon im Bett, da kann ja auch nichts passieren.

**8.9 Urlaub :**

Bislang schon, immer wenn Schwiegermutter und Schwager für 2 Monate im Heim waren, konnte die Pflegende zusammen mit ihrem Ehemann für ca. 2 Wochen wegfahren.

**8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**

Die Schwiegermutter nicht, vielleicht den Schwager, nach dem Ableben der Schwiegermutter. Möchte nicht pflegen bis sie 60 Jahre alt ist. „Beide gleichzeitig wegzugeben, da spielen auch finanzielle Gründe eine Rolle. Wenn man gar nicht mehr kann, geht's halt nicht anders.“ So lang sie das Gefühl hat es geht, wird sie pflegen.

### **8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

„Die Kinder halten sich raus.“

### **8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

Nicht thematisiert

## 3.2.1.5 Interview Nr. 5

### **1. Allgemeines :**

#### **1.1 Tag des Gespräches :**

20.05.1998

#### **1.2 Gesprächsdauer :**

45 Minuten

#### **1.3 Rekrutierung über :**

Pflegedienst (Sozialstation)

#### **1.4 Niederlassung :**

Landkreis Darmstadt

#### **1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**

Landkreis Darmstadt

### **2. Einzelfallanalyse :**

#### **Pflegebedürftiger :**

##### **2.1 Lebensalter :**

84 Jahre

##### **2.2 Geschlecht :**

Weiblich

##### **2.3 Familienstand :**

Verwitwet, 1 Sohn, 1 Tochter

##### **2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**

Schwiegermutter

##### **2.5 Allgemeinzustand :**

Ansprechbar

Kann reagieren

Immobil

Ständig im Bett

Harn- und Stuhlinkontinent

Blasenkatheter

##### **2.6 Grunderkrankung :**

Parkinson Syndrom

##### **2.7 Pflegebedürftig seit :**

4 Jahren

##### **2.8 Dekubitus seit :**

2 Monaten

##### **2.9 Lokalisation :**

Steißbein

Fersen beidseits

### **3. Einzelfallanalyse :**

#### **Pflegender :**

- 3.1 Lebensalter :**  
45 Jahre
- 3.2 Geschlecht :**  
Weiblich
- 3.3 Familienstand :**  
Verheiratet, 2 Töchter, 1 Sohn
- 3.4 Alter der Kinder :**  
23, 15 und 16 Jahre alt.
- 3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**  
Schwiegertochter
- 3.6 Pflegt seit :**  
4 Jahren
- 3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**  
Nein
- 3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**  
Nein
- 3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pflegender im gleichen Haushalt ?:**  
Ja
- 3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**  
Seit ca. 2 Wochen kommt ein Pflegedienst zur Dekubitus-Behandlungspflege
- 3.11 Berufstätigkeit parallel zur Pflege :**  
Ja, Tätigkeit als Tagesmutter im eigenen Haus.
- 3.12 Anzahl der Wochenstunden :**  
ca. 15 Stunden
- 3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**  
Nein
- 3.14 Pflegte früher schon andere Angehörige :**  
Ja, Schwiegervater bis zu seinem Tod vor 6 Jahren.
- 3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**  
Nein
- 3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**  
Nicht thematisiert
- 3.17 Positive Seite der Pflege :**  
Nicht thematisiert

#### **4. Lebenssituation des Pflegenden :**

- 4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**  
Ja, bedingt durch die Dekubitus Erkrankung. Die Pflegebedürftige wird am Tage im 2-stündigen Rhythmus gelagert sowie 2 mal während der Nacht.

#### **Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

- 4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**  
Seit 2 Wochen zur Behandlungspflege.
- 4.3 - Zivildienstleistende :**  
Nein
- 4.4 - Frauenhilfe :**  
Nein
- 4.5 - Essen auf Rädern :**  
Nicht thematisiert
- 4.6 - Kriegsofferfürsorge :**  
Nicht thematisiert
- 4.7 Eßkultur :**  
Nicht thematisiert

#### **4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Nicht thematisiert

#### **4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pflegetätigkeiten :**

Körperpflege, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen, Nahrungszubereitung, Lagerung alle 2 Stunden, Medikamentengabe,

#### **4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Noch nicht, aber die Pflegende hat es sich vorgenommen.

#### **4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Nein

#### **4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Nein

#### **4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

- Man soll sich im Vorfeld alles gut überlegen und über die Pflege zu Hause informieren.
- Informationen zu Pflegekursen.
- Hinweis darauf, Urlaub in Anspruch zu nehmen.
- Die Pflegenden darin zu bestärken, Unklarheiten durch Nachfrage zu beseitigen.

### **5. Dekubitus :**

#### **5.1 Seit :**

2 Monaten

#### **5.2 Lokalisation :**

Ferse beidseits

Steißbein

#### **5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Nein

#### **5.4 Derzeit vorhanden :**

Ja

#### **5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Wasserstoffsuperoxyd

Mercurochrom

Braunovidol Salbe

Mullverband

Fixomull zum Verkleben.

#### **5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Ambulanter Pflegedienst

#### **5.7 Angewendete Prophylaxen :**

2 stündliches Lagern

Wechseldruckmatratze

Fellschuhe

verwendet keine Windeln, sondern Unterlagen um den Kot aufzufangen.

#### **5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Nach einem Krankenhausaufenthalt vor ca. 2 ½ Monaten ist ein Dekubitus zum ersten Mal aufgetreten.

#### **5.9 Sanitätshaus :**

Nein

#### **5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Liefere Bettunterlagen

#### **5.11 Teilnahme an der Fachmesse Rehab :**

Nicht thematisiert

### **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden.**

#### **6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

Die Pflegende sagt es geht. Sie macht es eigentlich gerne, da die Schwiegermutter früher auch für sie da war. Aber es gibt auch Tage, an denen sie ziemlich grantig ist und das steckt natürlich an. Ganz früher war das Verhältnis zur Schwiegermutter nicht gerade super gut gewesen, da sie sehr dominant war. Es gibt schon Tage, an denen die Pflege schwer fällt, im großen und ganzen sieht sie es aber einfach als eine Art Beruf an. Manchmal ist die Pflege ganz gut, andere Male wieder nicht so gut. So richtig schlecht geht es ihr aber nie, sagt die Pflegende. Freiraumzeiten nimmt sie sich dann, wenn ihr Mann zu Hause ist. Alleine bleibt die Schwiegermutter nie im Haus.

Am Wochenende geht sie nie mit ihrem Mann aus. Bei Einladungen zum Geburtstag geht sie zum Kaffee trinken und ihr Mann zum Abendessen hin. Erst abends, wenn sie weiß, daß ihre Schwiegermutter versorgt ist und schläft, geht sie manchmal zusammen mit ihrem Ehemann weg.

Große Überwindung kostete sie anfangs, ihre Schwiegermutter zu füttern. Die Koordination mit Schlucken und Kauen und Zahnprothesen klappte nicht mehr so gut. Die Nahrung wird dann andauernd halb zerkaut, schmatzend wieder zum Vorschein gebracht. Aber auch daran muß man sich eben gewöhnen. Man weiß halt, daß es sich nicht mehr ändern wird, und man gewöhnt sich ja an so vieles.

Der Pflegeaufwand ist zwar momentan größer als früher, aber die Aufregungen sind weniger geworden. An Weihnachten hat sie schon einmal ihr Zimmer in Brand gesetzt oder ist verwirrt auf dem Friedhof herum gegeistert. Jetzt, da sie das Bett nicht mehr verlassen kann, weiß die Pflegende genau, wo sie die Schwiegermutter vorzufinden hat. Das ist jetzt viel angenehmer. Für die Schwiegermutter wahrscheinlich nicht, für die Pflegenden aber schon, sagt meine Gesprächspartnerin.

## **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Früher ist die Schwiegermutter oft Nachts durchs Haus gewandert und hat die Familie 4 bis 5 mal nachts geweckt. Der Ehemann mußte ja am nächsten Tag zur Arbeit. Teilweise hat die Pflegende dann mit ihrem Sohn das Zimmer getauscht, um in der Nähe der Schwiegermutter zu sein, um sie abfangen zu können, damit nicht der Ehemann mehrmals nachts geweckt wird. Diese Zeiten sind viel schwieriger gewesen als jetzt, wo die Schwiegermutter nur im Bett liegt.

## **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Zur Zeit gibt es kaum Situationen, in denen Aggressionen auftreten. Früher gab es das öfter. Als sie noch laufen konnte, ist sie in ihrer Verwirrung weggelaufen, hingefallen und hat ein sehr unruhiges Verhalten an den Tag gelegt. Damals ist sie auch in der Nacht durchs Haus gewandert.

## **6.4 Abreagieren durch :**

Nicht thematisiert

## **Erleben der Dekubituserkrankung :**

Heilerfolge dienen als Energiequelle.

## **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

Dekubitus besteht erst seit 2 Monaten, und bislang kommt die Pflegende noch gut damit zurecht.

## **6.6 - Wiederauftreten als Pflegefehler :**

----

## **6.7 - Unangenehmer Geruch :**

Die Pflegende sagt, sie hat sich nie vorstellen können, daß sie damit umgehen kann, weil sie im allgemeinen sehr empfindlich ist. Sie wundert sich über sich selbst. „Aber das muß eben sein, und man will ja auch einmal geholfen bekommen.“

## **Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

### **6.8 - Aktiv :**

Die Kinder geben der Oma zwischendurch auch mal was zu trinken oder Joghurt. Der Mann sorgt am Wochenende gelegentlich dafür, daß die Pflegende ausschlafen kann.

### **6.9 - Emotional :**

Der Ehemann hat ein schlechtes Gewissen, weil es sich ja um seine eigene Mutter handelt.

## **6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Die Kinder befinden sich in einem Alter, in dem sie ihre eigenen Wege gehen wollen. Erleben allerdings das alt werden und werden dadurch belastet, daß sie ihre Großmutter jetzt so daliegen sehen.

Die Freizeitmöglichkeiten zusammen mit ihrem Ehemann sind sehr eingeschränkt. Jetzt z. B. heiratet ihr Patenkind, und eigentlich hätten sie auch wieder nur getrennt zu dieser Feier gehen können. Sie habe aber jetzt eine Krankenschwester besorgt, die den Tag bei der Schwiegermutter verbringt.

## **6.11 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

## **6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Ja, die Pflegende ist sehr zufrieden. Der Hausarzt zeigte, wie die Behandlung des Dekubitus zu machen sei. Wenn sie Fragen hat, kann sie die auch jederzeit stellen.

## **6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Ja, 1 mal pro Woche

## **6.14 Verschreibt er Ihnen was Sie benötigen ?:**

Ja, sofern es im Rahmen seiner Möglichkeiten ist.

## **6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Ja, Bett, Matratze, Rollstuhl

## **6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

## **6.17 Nicht Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Zögert bei Höherstufung der PV, obgleich der Hausarzt dazu rät. Denkt immer es ist doch die Schwiegermutter. Hat auch lange keine Erhöhung von Stufe 1 auf 2 beantragt.

## **6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Ja, Urologe

## **6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

Nein, kam nur zur Vertretung, als der Hausarzt Urlaub hatte.

## **6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Nicht thematisiert

## **6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?.**

Ja

## **6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Nicht thematisiert

## **6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Nicht thematisiert

## **6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung :**

Nein

## **6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nicht thematisiert

## **6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?.**

Nein

## **6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

So ein alter, hilfloser Mensch soll eine Erleichterung erfahren, solange er noch am Leben ist. Die Pflegende sagt, sie bringt es gar nicht übers Herz, da nicht zu helfen. Außerdem ist es eine Kostenfrage. Zu Hause kann die Pflege auch gezielter auf die Bedürfnisse des jeweiligen Menschen abgestimmt sein.

## **6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

Je nach dem wie die Situation sich ergeben würde. Früher hat sie immer gesagt, das könne sie keinesfalls. „Wenn die entsprechende Situation dann aber erst einmal eingetreten ist, geht das wie von alleine.“

## **7. Pflegeversicherung :**

### **7.1 Erhalten Sie Unterstützung ?:**

Ja, zur Zeit Pflegestufe 2.

Da sie seit dem Krankenhausaufenthalt allerdings alle 2 Stunden gelagert werden muß, viel mehr zu trinken braucht und auch häufiger der Verband gewechselt werden muß, empfahl der Hausarzt, einen Antrag auf Stufe 3 zu stellen. Dies ist allerdings von der Pflegenden noch nicht umgesetzt worden.

### **7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Ja, obgleich sie sehr lange gebraucht hat, um sich zu überwinden Stufe 2 zu beantragen. Sie denkt immer, „das ist doch die Schwiegermutter, das muß halt sein.“

### **7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**



Nein, bezüglich der Pflegevertretung habe sie sehr mangelhafte Informationen erhalten.  
Vor 2 Jahren hatte sie zur Pflegevertretung eine Frau aus dem gleichen Ort, die zu ihr ins Haus kam und die Schwiegermutter versorgte, solange die Pflegende in Urlaub war. Dafür zahlte die Pflegeversicherung 1400 DM. Im letzten Jahr hatte sie dies wieder genau so gemacht, mußte aber aus eigener Tasche 1000 DM draufzahlen, weil es sich um keine examinierte Kraft handelte. Bei der Pflegeversicherung habe sie noch erwähnt, daß sie wieder die gleiche Pflegevertretung wie im Vorjahr einstellen wolle. Sie hätte sich schon gewünscht, daß man sie da auf die Gesetzesänderung hingewiesen hätte. Da sie zu dieser Zeit in Pflegestufe 1 eingestuft war, erhielt sie von der PV nur 400 DM für die Pflegevertretung.

**7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Ja

**7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Ja

**7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung :**

Nein. Wechseldruckmatratze, Krankenbett, Fell, Rollstuhl wurden problemlos geliefert, nachdem zuvor ein Rezept des Arztes abgegeben wurde.

**7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Nein. Für eine weitere Umstufung, die sie jetzt in Erwägung zieht, schreibt sie 2 Wochen lang alle Tätigkeiten minutiös auf, um vorbereitet zu sein, wenn der MDK ins Haus kommt.

**7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Private Pflegevertretung einer nicht examinierten Kraft.

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung :**

Nein

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

----

**7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

**7.12 Qualitätssicherung :**

Nicht thematisiert

**7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

**7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Nicht thematisiert

**7.15 Überraschungen durch Gesetzesänderung :**

Hatte vor einem Jahr eine nicht examinierte Pflegevertretung. Diese bekam für 4 Wochen 1400 DM, die auch von der Pflegeversicherung beglichen wurden. Wollte dann 1 Jahr später wieder in Urlaub fahren und forderte bei der Pflegekasse einen entsprechenden Antrag an. Zwischenzeitlich ist eine Gesetzesänderung eingetreten, so daß sie für ihre Pflegevertretung nur noch den gleichen Betrag erhielt, der auch ihr eigenes Pflegegeld ausmachte. Das waren damals 400 DM. Sie mußte dann 1000 DM aus eigener Tasche zuzahlen. Die Pflegende hat sich geärgert, daß der Sachbearbeiter nicht mündlich diese Änderung ansprach. „Kleingedruckt stand es auf dem Papier, aber wer ließt das schon“, sagt die Pflegende.

**8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

**Teilnahme an :**

**8.1 - Selbsthilfegruppen :**

Nein, weil ein gewisser Zwang besteht, regelmäßig dahin zu gehen.

**8.2 - Gesprächskreis pflegende Angehörige :**

Nein

**8.3 - Psychologische Betreuung :**

Nicht thematisiert

**8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nicht thematisiert

- 8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**  
Ehemann, es dreht sich ja fast sowieso alles um die Oma.
- 8.6 Lob und Anerkennung :**  
Nicht thematisiert
- 8.7 Möglichkeiten zur Entspannungsmöglichkeiten :**  
Fahrrad fahren  
Tätigkeit als Tagesmutter  
Lesen
- 8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**  
Am Abend ein Stück Fahrrad fahren oder spazieren gehen.
- 8.9 Urlaub :**  
Bislang 2 mal in 4 Jahren. Für dieses Jahr ist ein Kurzzeitpflegeplatz angesteht.
- 8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**  
Nein, solange die Pflege zu bewältigen ist, nicht. Momentan steht das gar nicht zur Debatte. Es spielen auch finanzielle Gründe eine Rolle.
- 8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**  
Siehe oben.
- 8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**  
Heilerfolgen  
„Die Ärztin war ganz begeistert, wie gut der Dekubitus schon geheilt ist.“

### 3.2.1.6 Interview Nr. 6

- 1. Allgemeines :**
- 1.1 Tag des Gespräches :**  
27.05.1998
- 1.2 Gesprächsdauer :**  
64 Minuten
- 1.3 Rekrutierung über :**  
Pflegedienst (Sozialstation)
- 1.4 Niederlassung :**  
Landkreis Darmstadt
- 1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**  
Landkreis Darmstadt
- 2. Einzelfallanalyse :**
- Pflegebedürftiger :**
- 2.1 Lebensalter :**  
88 Jahre
- 2.2 Geschlecht :**  
Weiblich
- 2.3 Familienstand :**  
Verwitwet, 3 Töchter, 1 Sohn
- 2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**  
Mutter
- 2.5 Allgemeinzustand :**  
Nicht ansprechbar  
Kann nicht reagieren  
Immobil  
Meistens im Bett, teilweise aber im Sessel  
Harn- und Stuhlinkontinent  
Erhält pürierte Nahrung (Normalkost)

Wird gefüttert

**2.6 Grunderkrankung :**

Apoplex, Diabetes (156)

**2.7 Pflegebedürftig seit :**

3 Jahren

**2.8 Dekubitus seit :**

2 Jahren

**2.9 Lokalisation :**

Steißbein

**3. Einzelfallanalyse :**

**Pflegender :**

**3.1 Lebensalter :**

65 Jahre

**3.2 Geschlecht :**

Weiblich

**3.3 Familienstand :**

Verheiratet, 2 Töchter

**3.4 Alter der Kinder :**

37 und 41 Jahre alt

**3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**

Tochter

**3.6 Pflegt seit :**

3 Jahren

**3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**

Nein

**3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**

Ja. Nachts kümmert sich der Ehemann der Pflegenden um die Schwiegermutter. Wenn die Pflegenden länger als 2 Stunden weggeht, kommt ihre Schwester, um bei der Mutter zu sein.

**3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pflegender im gleichen Haushalt ?:**

Ja

**3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**

Ja, Montag bis Freitag kommt jeden Vormittag der Pflegedienst.

**3.11 Berufstätigkeit parallel zu Pflege :**

Nein

**3.12 Anzahl der Wochenstunden :**

----

**3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**

Nein

**3.14 Pfligte früher schon andere Angehörige :**

Ja, Schwiegermutter und Schwägerin

**3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**

Nein

**3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**

Nein

**3.17 Positive Seite der Pflege :**

Nicht thematisiert

**4. Lebenssituation des Pflegenden :**

**4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**

Ja, aber nicht wegen der Pflegesituation, sondern wegen der Familie.

**Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

**4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**

Ja, Montag bis Freitag vormittags.

**4.3 – Zivildienstleistende :**

Nein

**4.4 – Frauenhilfe :**

Nein

**4.5 - Essen auf Rädern :**

Nicht thematisiert

**4.6 - Kriegsopferfürsorge :**

Nicht thematisiert

**4.7 Eßkultur :**

Nicht thematisiert

**4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Nicht thematisiert

**4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pflegetätigkeiten :**

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen. Medikamentengabe, Windeln wechseln. Schräglagerung 3 – 4 mal am Tag durch Kissen. Am Wochenende wird die Pflegebedürftige ausschließlich von der Pflegenden versorgt.

**4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Nein, die Pflegenden war früher in einem Haushalt mit 6 Kindern tätig.

**4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Nein, sie macht das, was sie selber für richtig hält.

**4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Nein

**4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

„Pflegerinnen sollen bei anstrengenden Pflegebedürftigen, Gelassenheit und Geduld erlernen.“

**5. Dekubitus :**

**5.1 Seit :**

2 Jahren

**5.2 Lokalisation :**

Steißbein

**5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Immer mal wieder

**5.4 Derzeit vorhanden :**

Ja

**5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Eisbehandlung

Mirfulan Salbe

Comprigel

**5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Pflegedienst am Morgen, die Pflegenden am Abend

**5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Wechseldruckmatratze

Fell

Haut täglich eincremen

Lagerung durch den Pflegedienst und teilweise durch die Pflegenden

**5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Nein

**5.9 Sanitätshaus :**

Nein

## **5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Nein

## **5.11 Teilnahme an der Fachmesse Rehab :**

Nicht thematisiert

# **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden**

:

## **6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

Nicht schlecht. Es ist ihr nicht zuviel. Es gefällt ihr aber sehr gut, daß sie nachts nicht aufstehen muß. Das übernimmt ihr Ehemann. Der schaut dann nach, ob es der Mutter noch gut geht.

Manchmal hat sie Angst, die Mutter sei verstorben, wenn sie keine Atembewegungen wahrnehmen kann. Dann fühlt ihr Mann den Puls. Das würde sie sich selber nicht trauen. Auch umlagern kann sie in einer solchen Situation ihre Mutter nicht. Sie hat dann Angst die Mutter anzufassen.

Am Tage fällt ihr die Pflege nicht schwer. Bei schönem Wetter geht sie, zusammen mit ihrem Mann, nach dem Essen noch eine Stunde Fahrrad fahren. Sie ist da ganz beruhigt, weil sie weiß, daß der Mutter nichts passieren kann. Länger als eine Stunde läßt sie die Mutter nicht alleine. Wenn sie länger weg will, kommt ihre Schwester ins Haus.

Die Mutter ins Kurzzeitpflegeheim zu geben kommt nicht in Frage, weil die beiden Schwestern dann beleidigt wären.

Die Mutter hat zwar Diabetes, erhält aber keine Diätahrung.

„Man muß nicht mehr bei der Mutter am Bett sitzen, sie reagiert ja nicht mehr. Das war das erste Jahr besser.“ Früher holte sie die Mutter in die Küche vor den Fernseher. Aber nachdem sie nicht mehr reagiert, geht sie davon aus daß sie nichts davon hat. Deshalb holt sie die Pflegebedürftige nur noch zum Essen in die Küche. Das macht sie, damit sie selber nicht dauernd in das andere Zimmer rennen muß.

Die Pflegende hat bereits früher ihre Schwiegermutter sowie ihre Schwägerin betreut. Die Schwägerin war geistig verwirrt und laut Aussage der Pflegenden viel schwieriger zu betreuen als ihre im Bett liegende Mutter. Die Schwägerin ist immer ausgerissen, hat Schlüssel versteckt sowie Post und andere Dinge verlegt. Einmal hat sie die Schwägerin angebrüllt. Dann hat es ihr aber tagelang leid getan.

Der Umgang mit den Ausscheidungen hat sie keinerlei Überwindung gekostet. Was unangenehmer war, ist das säubern der Zahnprothesen.

Pflege fällt ihr nicht schwer, sie findet es auch nicht besonders anstrengend. Sie hat auch kein schlechtes Gewissen, wenn sie 1 Stunde weg ist und die Mutter alleine läßt. Früher ging sie nicht zusammen mit ihrem Mann aus dem Haus. Seit 2 Jahren allerdings schon.

Leidet nicht darunter, daß die Mutter nicht ansprechbar ist. Nimmt sich dann halt ein Buch mit und beschäftigt sich selber. Mag nicht einfach dasitzen und die Mutter anschauen. Früher hat sie Hörspiele aufgelegt.

Mag die Mutter nicht aufwecken, um sie zu lagern. „Wenn sie fest schläft, lasse ich sie einfach liegen.“ Die Pflegende sagt, sie würde vielleicht den bequemsten Weg suchen, für die Mutter sowie für sich selber.

## **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Nein

## **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Sie sagt nur manchmal energisch, sie solle schlucken. Aber das ist nicht böse gemeint. Die Mutter ißt halt sehr langsam. Auch das Kaffeetrinken dauert lange. Sie wärmt dann allerdings den Kaffee nicht auf. „Dann muß sie ihn halt kalt zu sich nehmen,“ sagt die Pflegende.

## **6.4 Abreagieren durch :**

Nicht thematisiert

## **Erleben der Dekubituserkrankung des Angehörigen :**

Die Pflegende ist froh darüber, daß ihre Mutter keine Schmerzen hat und nicht jammert.

## **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

Es tut ihr schon leid.

## **6.6 -Wiederauftreten als Pflegefehler :**

Überlegt, was sie denn machen könne. Überlegt, ob sie die Windeln zu selten wechselt. Aber die Ärztin sage, es käme nicht vom Urin, denn damals habe sie ja auch noch einen Katheter gehabt.

## **6.7 - Unangenehmer Geruch :**

Riecht nicht.

## **Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

### **6.8 - Aktiv :**

Der Ehemann schaut 2 mal in der Nacht nach der Pflegebedürftigen. Am Tage hilft er der Pflegenden, die Schwiegermutter ins Bett zu heben. Die Kinder wohnen auswärts und kommen nur zu Besuch.

### **6.9 - Emotional :**

Kinder wollen, daß die Großmutter zu Hause gepflegt wird.

### **6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Die Kinder sind erwachsen und aus dem Haus. Es gab an Weihnachten einmal eine Situation, in der sich die Pflegenden mehr um ihre zu Besuch anwesenden Kinder gekümmert hat, als um die Mutter. Die Mutter fühlte sich zurückgesetzt und äußerte dies, was wiederum die älteste Tochter verärgerte. „Da war sie etwas patzig und hat das auch meiner älteren Schwester gesagt.“

### **6.11 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

### **6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Ja, sie kann bei Bedarf in der Praxis anrufen und die Ärztin kommt dann ins Haus.

### **6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Ja, alle 3 bis 4 Wochen

### **6.14 Verschreibt er Ihnen was Sie benötigen ?:**

Ja, alles was Pflegedienst benötigt.

### **6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

z. B. Windel

### **6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Die Pflegenden zahlen eine monatliche Leihgebühr von 50 DM für das Pflegebett. Rollstuhl, Fell und Lagerungskissen sind auch vom Pflegedienst, aber die stehen nicht auf der Rechnung.

### **6.17 Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Zahlt für das Pflegebett. Will den Staat nicht so ausnützen.

### **6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Nicht thematisiert

### **6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

----

### **6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Nicht thematisiert

### **6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?:**

Ja, der Pflegedienst leistet nicht nur Unterstützung bezüglich der Pflege, sondern auch bezüglich der PV. Antragstellung, Hilfsmittel. Das Pflegebett ist vom Pflegedienst ausgeliehen. Dafür zahlt sie 50 DM pro Monat. Sie will kein Pflegebett von der Pflegeversicherung. So will sie den Staat nicht ausnützen. Die Schwestern bringen alles mit, was sie für erforderlich halten. Ist sehr zufrieden mit ihrem Pflegedienst. Hat aber keine Vergleichsmöglichkeiten.

Die Schwestern sind verschieden. Eine ist sehr genau, legte die Mutter ganz eisern immer auf die Seite. Mußte dann so liegen bleiben bis zum Essen. Andere sind nicht so hart. Beides ist ihr recht.

### **6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Ja

### **6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Frühs zwischen 8 und 9 Uhr

### **6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

Ja, obgleich sie immer da ist, um den Schwestern zu helfen. Möchte vermeiden, daß die Schwestern in den Keller müssen, um aus der Gefriertruhe Eis zu holen. Das bringt sie ihnen immer.

### **6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nicht thematisiert

### **6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?.**

Nein

### **6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

Es war schon immer so vereinbart, daß die Mutter wenn sie älter wird, zu ihr zieht.

**6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

Ja

**7. Pflegeversicherung:**

**7.1 Erhalten Sie Unterstützung durch die Pflegeversicherung ?:**

Ja, Pflegestufe 3, Kombinationsleistung. Die Antragstellung wurde von dem Pflegedienst ausgeführt.

**7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Ja, auf alle Fälle

**7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**

Hat keinen Kontakt zur PV.

**7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Nein. Ist schon Rentnerin

**7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Nein, nimmt nur das, was der Pflegedienst ihr bringt.

**7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung :**

Nein, hat sich aber nicht selber darum bemüht, sondern der Pflegedienst

**7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Nein, die Pflegebedürftige ist gleich in Stufe 3 eingeteilt worden, in der sie immer noch ist.

**7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Keine

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung ?:**

Nein

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

----

**7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

**7.12 Qualitätssicherung :**

----

**7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

**7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Ja

**7.15 Überraschungen durch Gesetzesänderung :**

Nicht thematisiert

**8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

Teilnahme an :

**8.1 - Selbsthilfegruppen :**

Nein

**8.2 - Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein

**8.3 - Psychologische Betreuung :**

Nicht thematisiert

**8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nicht thematisiert

**8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Schwestern

**8.6 Lob und Anerkennung :**

Nicht thematisiert

**8.7 Möglichkeiten zur Entspannung :**

Dienst als Küsterin. „Das mache ich gerne.“

**8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

Gartenarbeit

Lesen

**8.9 Urlaub :**

Nein, weil die Familie Haustiere besitzt.

**8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**

Nein, noch nie. Selbst wenn sie selber krank werden würde und nicht mehr pflegen könnte, müßten sich die Schwestern um die Mutter kümmern.

**8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

Familie möchte das auch nicht, vorher müßten die beiden anderen Schwestern sich in häuslicher Umgebung um die Pflegebedürftige kümmern.

**8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

Nicht thematisiert

3.2.1.7 Interview Nr. 7

**1. Allgemeines :**

**1.1 Tag des Gespräches :**

29.05.1998

**1.2 Gesprächsdauer :**

75 Minuten

**1.3 Rekrutierung über :**

Pflegedienst (Sozialstation)

**1.4 Niederlassung :**

Landkreis Darmstadt

**1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**

Landkreis Darmstadt

**2. Einzelfallanalyse :**

**Pflegebedürftiger :**

**2.1 Lebensalter :**

74 Jahre

**2.2 Geschlecht :**

Männlich

**2.3 Familienstand :**

Verheiratet, 2 Söhne

**2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**

Ehemann

**2.5 Allgemeinzustand :**

Ansprechbar

Kann reagieren

Teilweise immobil

Nicht ständig im Bett

Harn- und Stuhlinkontinent

Blasenkatheter

**2.6 Grunderkrankung :**

Hüftproblematik und allgemeine Schwäche

**2.7 Pflegebedürftig seit :**

1 ½ Jahren

**2.8 Dekubitus seit :**



¾ Jahr

**2.9 Lokalisation :**  
Steißbein

**3. Einzelfallanalyse :**  
**Pflegender :**

**3.1 Lebensalter :**  
75 Jahre

**3.2 Geschlecht :**  
Weiblich

**3.3 Familienstand :**  
Verheiratet, 2 Söhne

**3.4 Alter der Kinder :**  
44 und 45 Jahre alt

**3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**  
Ehefrau

**3.6 Pflegt seit :**  
1 ½ Jahren

**3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**  
Nein

**3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**  
Ja, Söhne und Ehefrau

**3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pflegender im gleichen Haushalt ?**  
Ja

**3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**  
Ja, ein Pflegedienst kommt seit 1 ½ Jahren jeden Vormittag. Seit 4 Wochen nicht mehr am Sonntag, weil die Ehefrau ihrem Mann zumindest an einem Tag der Woche etwas Ruhe gönnen wollte.

**3.11 Berufstätigkeit parallel zu Pflege :**  
Nein

**3.12 Anzahl der Wochenstunden :**  
----

**3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege :**  
Nein

**3.14 Pflegte früher schon andere Angehörige :**  
Nein

**3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**  
Nein

**3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**  
Nein

**3.17 Positive Seite der Pflege :**  
Nicht thematisiert

**4. Lebenssituation des Pflegenden :**

**4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**  
Ja. die Pflegende sagt, sie sei kein Mensch der gerne plane, müsse aber unbewußt dennoch nach Plan leben.

**Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

**4.2 - Ambulanter Pflegedienst:**  
Ja

**4.3 – Zivildienstleistende :**  
Nein

#### **4.4 – Frauenhilfe :**

Nein

#### **4.5 - Essen auf Rädern :**

Nicht thematisiert

#### **4.6 - Kriegsopferfürsorge :**

Nicht thematisiert

#### **4.7 Eßkultur :**

Nicht thematisiert

#### **4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Nicht thematisiert

#### **4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pfllegetätigkeiten :**

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen. Zur Körperpflege, wie Duschen oder Fußpflege erhält sie Unterstützung durch ihren jüngeren Sohn. Die Pflegende begleitet ihren Mann zur Toilette. Es gab aber auch schon Zeiten, in denen er gewandelt wurde.

#### **4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Nein. Die Pflegende sagt, selbst wenn sie das lernen würde, könne sie ihren Mann nicht alleine heben, da sie selber Rückenprobleme hat.

#### **4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Nein. So was mag sie nicht lesen.

#### **4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Nein

#### **4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

Keine Idee.

### **5. Dekubitus :**

#### **5.1 Seit :**

¾ Jahr

#### **5.2 Lokalisation :**

Steißbein

Bein 1984

#### **5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Ja. 1984 schon mal im Krankenhaus (Bein und Steiß).

#### **5.4 Derzeit vorhanden :**

Ja

#### **5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Eisbehandlung

Salben

Hydrocolloider Wundverband

#### **5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Pflegedienst

#### **5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Wechseldruckmatratze, dünn. Hatte vorher eine dicke Matratze, mit der ihr Mann gar nicht zurecht kam. Er ist dauernd weggerutscht. Das war eine Katastrophe.

#### **5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

1984 Krankenhausaufenthalt wegen Hüfterkrankung.

Vor 2 Jahren wollte sie ihren Mann einmal zur Kurzzeitpflege geben, weil die Wohnung renoviert werden sollte. Sie hatte auch einen Antrag im Heim gestellt, aber als sie noch einmal nachfragte, war die Anmeldung verloren und kein Heimplatz frei. Daraufhin hatte sie ein anderes Heim besichtigt, sich aber gegen einen Aufenthalt entschieden. Ihrem Mann würde es da nicht gefallen.

#### **5.9 Sanitätshaus :**

Gute Beratung erfahren

#### **5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Unzufrieden, wünscht sich besser ausgebildete Mitarbeiter.

## **5.11 Teilnahme an der Fachmesse Rehab :**

Nicht thematisiert

## **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :**

### **6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

Die Pflegende sagt, sie kann nie besonders lang aus dem Haus gehen. Sie legt ihre Termine immer auf nachmittags, damit sie am Vormittag zu Hause ist, wenn der Pflegedienst kommt. Man ist sehr eingeschränkt. Aber das muß man halt in Kauf nehmen.

Die Pflegende fährt gerne nach Holland. Der eine Sohn fährt dann mit ihr da hin, der andere bleibt zu Hause bei ihrem Mann.

Die Pflegende denkt darüber nach, was mit ihrem Mann passieren würde, wenn sie selber krank werden würde und nicht mehr pflegen könnte.

Sie hat keine richtige Ruhe, wenn sie alleine weggeht und ihren Mann alleine läßt. Fahrrad fahren oder im Winter spazieren gehen, braucht sie aber direkt. Ihr Mann mag nicht aus dem Haus gehen, auch wenn er es könnte.

„Es gab furchtbare Situationen mit dem Stuhlgang.“ Eines Tages kam sie nach Hause und ihr Mann hatte Kotkugeln auf dem Tisch im Wohnzimmer aufgereiht. Der Mann wußte auf Nachfrage gar nicht was das sei. „Er war verdreht im Kopf, damals.“

Pflegende läßt sich nicht durch die Pflege belasten. Wenn sie keine Lust hat zu kochen, dann gibt es nur etwas schnelles. Man kann sich aber nicht so richtig gehen lassen.

„Ich bin froh darüber, daß es die Pflegeversicherung gibt. Wenn aber nicht, dann müßte es auch irgendwie gehen. Ich bin 75 und mache nur noch Dinge, die ich machen will.“ Informationen bezüglich der Pflegeversicherung gehören da nicht dazu.

Sie ist verärgert, wie hoch die Zuzahlungen zu Medikamenten sind. Ihr Mann hat Antibiotika gebraucht, so daß sie ein Rezept vom Arzt holen mußte. Als sie dann in die Apotheke kam, betrug die Zuzahlung genauso viel, wie der eigentliche Preis des Medikamentes. „Das ist doch unverschämt. Die ganze Rennerei, aber man kann es ohne Rezept nicht kriegen.“

### **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Der Pflegebedürftige hatte Phasen von Aggressionen. „Er hat die Familie beschimpft und rausgeworfen. Damals habe ich mir gewünscht, daß Schluß ist. Die Schwestern haben immer gesagt, ich dürfe nicht so reagieren. Aber das muß man erst mal verkraften.“ Sie ist ihrem Mann dann aus dem Weg gegangen. Sie hat nur das nötigste an ihm gemacht.

### **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Die Pflegende ärgert sich darüber, wenn ihr Mann nichts essen will. Sie muß dann zusehen, wie er zerfällt. Daß er nicht aus dem Haus gehen will, stört sie weniger. Das akzeptiert sie halt.

### **6.4 Abreagieren durch :**

Nicht thematisiert

### **Erleben der Dekubituserkrankung :**

#### **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

Nicht thematisiert

#### **6.6 - Wiederauftreten als Pflegefehler :**

Ja

#### **6.7 - Unangenehmer Geruch :**

Nicht thematisiert

### **Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

#### **6.8 - Aktiv :**

Ja. Die Söhne helfen mit.

#### **6.9 - Emotional :**

Ja. Die Söhne möchten ,daß der Vater zu Hause gepflegt wird.

## **6.10 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

## **6.11 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Keine. Die Kinder sind erwachsen und aus dem Haus.

## **6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Er macht seine Hausbesuche im Schnellzugtempo. Ärgert sich aber, daß er ihrem Ehemann nicht einmal Grüße ausrichten läßt, wenn sie in seine Praxis geht, um etwas für ihn verschreiben zu lassen.

## **6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Alle 14 Tage

## **6.14 Verschreibt er Ihnen, was Sie benötigen ?:**

Ja.

## **6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Hat gemeckert, wegen einem Rezept für einen Spezialstuhl. Aber trotzdem verschrieben.

## **6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

## **6.17 Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Nicht thematisiert

## **6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Nicht thematisiert

## **6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

Nicht thematisiert

## **6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Nicht thematisiert

## **6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?:**

Ja. Die sind alle sehr nett, wir kommen gut mit denen aus.

## **6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Ja

## **6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Ja, später Vormittag.

## **6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

Nein. Die Pflegende ist immer da.

## **6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nicht thematisiert

## **6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?.**

Anfangs ja, jetzt nicht mehr.

## **6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

Weil es der eigene Ehemann ist.

## **6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

Die Pflegende sagt nicht spontan „Ja“. Sie sagt, sie sei keine geborene Pflegerin. Sie mache das nicht mit Liebe und Hingebung.

## **7. Pflegeversicherung :**

### **7.1 Erhalten Sie Unterstützung durch die Pflegeversicherung ?:**

Ja. Kombinationsleistung, gemäß Pflegestufe 3. Die Pflegende erhält ca. 600 DM pro Monat. Die Leistungen der Sozialstation betragen monatlich ca. 1300 DM.

### **7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Die Pflegende hat das nicht geprüft.

### **7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**

Die Pflegende zählte auf, welche Hilfsmittel sie habe. Auf erneute Nachfrage sagt die Pflegende, sie habe das alles mit einem normalen Menschenverstand gemacht.

### **7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Rentnerin

**7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Ja. Erhält Informationen von dem Pflegedienst.

**7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung :**

Ja. Mit einem Spezialstuhl gab es Probleme bei der Bewilligung. Man darf sich nichts gefallen lassen. Nach einem Anruf bei der KK wurde der Stuhl (Arthrodesen) dann doch bewilligt. Ansonsten erhielt die Pflegende ein Pflegebett, Sauerstoffgerät, Wechseldruckmatratze, Windeln und Betteinlagen.

**7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Den Antrag zur Pflegeversicherung hat die Sozialstation gestellt. Der MDK schickte einen Arzt. Das war furchtbar, sagte die Pflegende. Der sei 3-4 Stunden lang da gewesen. Das war schlimm. Er hat ihn in Stufe 3 eingestuft.

**7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Keine.

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung :**

Nein

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

----

**7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

**7.12 Qualitätssicherung :**

----

**7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

**7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Nicht thematisiert

**7.15 Überraschungen durch Gesetzesänderung :**

Nicht thematisiert

**8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

**Teilnahme an :**

**8.1 - Selbsthilfegruppen :**

Nein, hat selber genug Probleme, möchte sich nicht die von anderen anhören.

**8.2 - Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein

**8.3 - Psychologische Betreuung :**

Nicht thematisiert

**8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nicht thematisiert

**8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Mit Freunden oder Söhnen. Menschen, die ihren Mann auch kennen.

**8.6 Lob und Anerkennung :**

Nicht thematisiert

**8.7 Möglichkeiten der Entspannung :**

Spazieren gehen, Fahrrad fahren oder Schwimmen im Sommer. Hat aber selber keine richtige Ruhe.

**8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

Spazieren gehen

Fahrrad fahren.

**8.9 Urlaub :**

Fährt gerne mit einem der Söhne übers Wochenende nach Holland. Der andere Sohn bleibt dann zu Hause bei dem Vater.

### **8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**

Nein. Da würde es ihrem Mann nicht gut gehen. Er mag keine Gesellschaft. Er leidet ja schon unter Krankenhausaufenthalt. Macht sich aber viele Gedanken darüber, was aus der Pflege wird, wenn sie selber mal krank werden würde.

### **8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

Söhne wollen ebenfalls nicht, daß der Vater ins Heim käme.

### **8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

Nicht thematisiert

## 3.2.1.8 Interview Nr. 8

### **1. Allgemeines :**

#### **1.1 Tag des Gespräches :**

04.08.1998

#### **1.2 Gesprächsdauer :**

98 Minuten

#### **1.3 Rekrutierung über :**

Pflegedienst (privater)

#### **1.4 Niederlassung :**

Landkreis Darmstadt

#### **1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**

Landkreis Darmstadt

### **2. Einzelfallanalyse :**

#### **Pflegebedürftiger :**

#### **2.1 Lebensalter :**

63 Jahre

#### **2.2 Geschlecht :**

Männlich

#### **2.3 Familienstand :**

Verheiratet, 1 Tochter

#### **2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**

Ehemann

#### **2.5 Allgemeinzustand :**

Ansprechbar

Kann reagieren

Immobil

Tagsüber im Rollstuhl, teilweise im Bett

Harn- und Stuhlinkontinent

Blasenkatheter

Muß gefüttert werden.

#### **2.6 Grunderkrankung :**

Multiple Sklerose

#### **2.7 Pflegebedürftig seit :**

9 Jahren

#### **2.8 Dekubitus seit :**

5 Jahren

#### **2.9 Lokalisation :**

Steiß

Fersen

### **3. Einzelfallanalyse :**

## **Pflegender:**

### **3.1 Lebensalter :**

57 Jahre

### **3.2 Geschlecht :**

Weiblich

### **3.3 Familienstand :**

Verheiratet, 1 Tochter

### **3.4 Alter der Kinder :**

34 Jahre alt

### **3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**

Ehefrau

### **3.6 Pflegt seit :**

9 Jahren

### **3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**

Nein

### **3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**

Ja. Tochter erledigt aber nur hauswirtschaftliche Dinge. Pflege an dem Kranken direkt, wie Körperpflege und -hygiene, lässt sie ihre Mutter ausführen.

### **3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pflegender im gleichen Haushalt ?**

Ja

### **3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**

Ja. Derzeit ein Pflegedienst. Früher gab es noch Zivis. Von 1989 bis 1993 hatte die Familie Zivildienstleistende vom Club für Behinderte. Ab 1993 bis 1997 gab es einen Pflegedienst, der auch Zivildienstleistende beschäftigt hatte. Der CfB kam nicht mehr. Seit Oktober 1997 kommt ein neuer Pflegedienst, ohne Zivildienstleistende.

### **3.11 Berufstätigkeit parallel zu Pflege :**

Ja

### **3.12 Anzahl der Wochenstunden :**

25

### **3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**

Nein

### **3.14 Pflegte früher schon andere Angehörige :**

Nein

### **3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**

Nein

### **3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**

Nein

### **3.17 Positive Seite der Pflege :**

Nicht thematisiert

## **4. Lebenssituation des Pflegenden :**

### **4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**

Ja. Auch bedingt durch die Berufstätigkeit.

### **Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

#### **4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**

Ja

#### **4.3 – Zivildienstleistende :**

Seit 1997 nicht mehr.

#### **4.4 – Frauenhilfe :**

Nein

#### **4.5 - Essen auf Rädern :**

Nicht thematisiert

#### **4.6 - Kriegsopferfürsorge :**

Nicht thematisiert

#### **4.7 Eßkultur :**

Nicht thematisiert

#### **4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Nicht thematisiert

#### **4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pflegetätigkeiten :**

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen, Medikamentengabe. Kann aus gesundheitlichen Gründen nicht mithelfen, ihren Mann aus dem Bett zu holen oder zu drehen. Das lehnt sie auch ab, weil sie sonst ganz kaputt geht mit ihren Knochen.

#### **4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Nein.

#### **4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Nein

#### **4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

MS Zeitschrift.

#### **4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

Man wird oft als Simulant hingestellt, bei Rentenanträgen oder Krankschreibung. Das müßte viel genauer untersucht werden. MS- und Rheumakranke sind da besonders betroffen.

### **5. Dekubitus :**

#### **5.1 Seit :**

5 Jahren

#### **5.2 Lokalisation :**

Steiß

Ferse

#### **5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Ja, nach jedem Pflegeheimaufenthalt.

#### **5.4 Derzeit vorhanden :**

Nein

#### **5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Novuxol Salbe

Zetovit

#### **5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Pflegedienst

#### **5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Keine Lagerung, da der Ehemann das nicht möchte.

Betaisodonna

Wechseldruckmatratze

Nimmt immer das gleiche Waschpulver

Leinenhandtuch als Unterlage

Verabreicht wenig Obst

#### **5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Aus jedem Heimaufenthalt bekommt sie ihren Ehemann mit offenen Stellen zurück.

#### **5.9 Sanitätshaus :**

Ja. Gute Beratung erfahren.

#### **5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Kein Kontakt. „Ich persönlich bräuchte diese Firmen nicht“, sagt die Pflegende.

#### **5.11 Teilnahme an der Fachmesse Rehab :**

Nicht thematisiert



## **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :**

### **6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

Arbeitsmäßig kommt die Pflegende gut mit der Pflege zurecht, psychisch nicht. „Ich bin heute früh ½ Stunde später als normal aufgestanden, weil ich eben diese Kopfschmerzen hatte. Jetzt muß ich diese ja erst mal bewältigen und dennoch dafür sorgen, daß ich bis 9.30 Uhr so weit bin, weil ja der Pfleger kommt. Das sind Situationen, in denen man sich fragt, warum muß heute früh wieder jemand zur Tür herein kommen“. Man hat nie einen Freiraum, zumindest vormittags nicht. Kein freies Wochenende. „Ich bin dann mürrisch, aber mache es trotzdem. Der Pfleger kann sehr gut damit umgehen, weil er mir genau ansieht, wie es mir geht. Vor 3-4 Jahren waren die eisernen Reserven verbraucht. Ich bin dann nur zu meinem Mann gegangen, wenn ich mußte. Das passiert immer mal wieder. Dann bekomme ich Nervenspritzen“.

Seitdem die Pflegende keine Zivildienstleistende mehr hat, sondern eine Hauptpflegeperson des Pflegedienstes, geht es ihr besser. Der Pfleger kommt auch, wenn sie selber krank ist, das stört sie nicht. „Bei den Zivis war es sehr sehr schwierig. Ich hatte dann den Gedanken, du liegst hier auf der Couch und ein 19 jähriger Junge kommt zur Tür rein und denkt, die liegt da am helllichten Tage auf der Couch. Das waren böse Zeiten.“ An Tagen, an denen es ihr ganz schlecht ging, rief sie deshalb bei dem Pflegedienst an und ließ einen Tag ausfallen.

Durch die Krankheit geht der Kontakt zu Freunden zurück. Man hat zwar noch Kontakt, aber es geht automatisch. Solange mein Mann sich noch umsetzen konnte ins Auto, blieb vieles aufrecht. Als er dann aber mit dem Rollstuhl transportiert werden mußte ging es zurück. Es lag dann vielleicht auch an meinem Mann, daß er nicht mehr so oft weg wollte.“

Es ist ein Unterschied, ob sie eine Pflegeperson haben, die zuckerkrank ist. Da wissen sie, es ist irgendwann Schluß. (Erfahrung in der Familie, Pat. nach 4 Jahren verstorben). Bei der MS, die können uralt werden. Manchmal denke ich, das Leben ist ja an mir vorbei gegangen. Dann denke ich aber auch wieder, wenn er so leiden muß, wenn er Katheterverstopfung hat, oder er hatte schon einmal Darmverschluß, ich habe ja schon 3 mal von Ärzten gesagt bekommen, ihr Mann kommt nicht durch. Das muß man ja immer wieder neu verkraften. Da sitzt man 1 oder 2 Nächte und Tage am Bett und am dritten Tag ist wieder alles o.k. Die letzten Jahre habe ich mich damit abgefunden. Wenn aber tatsächlich heute etwas passieren würde, wäre es schockierend für mich.

### **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Ja. „Wenn es mir selber nicht gut geht. Wenn ich Kopfschmerzen habe. Das sind dann Situationen, in denen man sich fragt, warum muß heute früh wieder jemand zur Tür herein kommen.“ Arbeitsmäßig kennt die Pflegende keine Überforderungssituationen. Psychisch schon. „Das geht so lange bis die eisernen Reserven verbraucht sind. Dann bekomme ich Nervenspritzen.“

### **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Ja. Sie verbirgt die auch nicht. „Das muß man deshalb schon machen, da es Patienten gibt, die versuchen, alles mit einem zu machen. Hauptsächlich die älteren Leute. Nach dem Zuckerkoma meines Mannes war ich eine Zeitlang sehr aggressiv. Mein Mann und der Zivi waren mit Schuld daran, daß dieses Koma überhaupt zustande kam. Die kamen dann aus dem Urlaub zurück, und ich hatte die Probleme. Die haben sich nicht ans Essen gehalten, mein Mann hat Cortison genommen, obwohl er in die Klinik gemußt hätte, .. . Ich war dann fast 2 Jahre lang sehr böse zu meinem Mann. Wenn er gejamert hat, habe ich ihm immer vorgeworfen, daß er selber für diesen Zustand verantwortlich ist. Auch heute noch hat sie ein schlechtes Gewissen deswegen.

Depressionen kennt sie auch. Es gab Zeiten, an denen sie kein Wort mit ihrem Mann gesprochen hat.

Hilflosigkeit kennt sie nicht, weil sie gelernt hat, einen Behinderten nie zu bemitleiden.

### **6.4 Abreagieren durch :**

Nicht thematisiert

### **Erleben der Dekubituserkrankung :**

Hat 4 Monate lang nicht im gleichen Zimmer geschlafen, wie ihr Mann.

### **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

Schwester kam 3 mal täglich zum Verbinden. Dauerte 4 ganze Monate bis zur Heilung.

### **6.6 - Wiederauftreten als Pflegefehler :**

Zu Hause hat er nie offene Stellen. Sie nimmt immer das gleiche Waschpulver, die gleichen Unterlagen, Leinen-Handtücher, Zetovit, Betaisodonna, Novuxol Salbe. Wenn sie ihm etwas mehr

Obst zu Essen gegeben hat, oder er hat neue Bakterientabletten, kann es mal wieder eine Rötung geben, aber nicht offen. Aus jedem Pflegeheimaufenthalt kam er aber mit Dekubitus zurück.

**6.7 - Unangenehmer Geruch :**

Nicht thematisiert.

**Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

**6.8 - Aktiv :**

Ja. Durch Tochter und Schwiegersohn.

**6.9 - Emotional :**

Ja.

**6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Die Tochter kennt ihren Vater gar nicht gesund. „Sie ist in die Pflegesituation mit rein gewachsen.“

**6.11 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

**6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Ehemann und Pflegende haben getrennte Hausärzte. Mit beiden ist die Pflegende sehr zufrieden.

**6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Ja.

**6.14 Verschreibt er Ihnen, was Sie benötigen ?:**

Ja

**6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Ja. Handschuhe, Unterlagen. Sie fragt immer erst bei der PV, ob sie ein Hilfsmittel erhalten kann. Stellt dann den Arzt vor vollendete Tatsachen, und bekommt so ihr Rezept.

**6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen beim Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

**6.17 Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Kauft Urinflaschen selber. „Es gibt auch Menschen die meinen, sie müßten eine Urinflasche für 20 DM verschrieben bekommen. Ich kann ja nicht von der PV verlangen, daß sie mir auch noch ein Paket Waschpulver bezahlen.“

„Wir haben auch, als wir Fürsorge erhalten haben, nicht alle Hilfen in Anspruch genommen.“

**6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Dermatologe

**6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

Nein

**6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Ja. 2 mal pro Woche für 1 Stunde.

**6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?:**

Ja. Im Vergleich zu früher, als noch Zivis kamen, hat sich die Situation erheblich verbessert. Es ist mehr Kontinuität vorhanden, da ein Pfleger des Dienstes die Hauptpflegeperson darstellt. Er kommt eigentlich immer, nur nicht, wenn er Urlaub oder am Wochenende frei hat. Er kann ganz alleine arbeiten, ohne daß die Pflegende dabei sein muß. Dadurch, daß er regelmäßig kommt, hat er ein Gespür für Überlastungssituationen und weiß damit umzugehen.

**6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Nein

**6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Ja

**6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

Nicht thematisiert

**6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nein. Das liegt aber auch an dem jetzigen Pflegedienst. Früher, als noch Zivis kamen, war das schon der Fall.

**6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?:**

Nein. Kann jederzeit bei ihrem Pflegedienst anrufen. Der kommt dann, um Windeln zu wechseln.

**6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

Nicht thematisiert

## **6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

Ja. Voraussetzung ist aber auch, ein gutes Verhältnis zu dem Angehörigen.

## **7. Pflegeversicherung :**

### **7.1 Erhalten Sie Unterstützung durch die Pflegeversicherung ?:**

Ja. Stufe 3 Sachleistungen, d.h. 2800 DM.

### **7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Bislang ja. Sie bekommt ca. 200 - 300 DM pro Monat zurück. Die Unkosten sind sehr hoch. Das fängt schon beim Waschpulver an. Letztlich schießt sie doch von ihrem privaten Geld zu, sagt die Pflegenden.

### **7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**

Ja. Es gab noch nie Probleme. „Es gibt natürlich auch Menschen, die meinen, sie müssten selbst eine Urinflasche verschrieben bekommen. 17 DM pro ½ Jahr wird sie ja wohl noch übrig haben. Findet es zu kindisch. Nimmt nur teure Sachen in Anspruch. Bettbeutel, Bettunterlagen, Einmalhandschuhe, Molinex-Unterlagen für den Rollstuhl. Kann ja nicht verlangen, daß die PV noch pro Woche ein Paket Waschpulver bezahlt.

Später:

„Die Pflegekasse hat jetzt die zweite Pflegeperson abgelehnt. Da bin ich aber ans Telefon und habe mich mit der Pflegekasse verbinden lassen. Daraufhin habe ich den Höherstufungsantrag gestellt. Jetzt kommt der MDK. Kann sein, daß das ein halbes Jahr dauert, aber das ist mir egal.“

### **7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Nicht thematisiert

### **7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Ja. Informationen von anderen MS-Betroffenen. Von Freunden und Bekannten oder am Arbeitsplatz sowie von einem Sanitätshaus.

### **7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung :**

Alles was die Pflegenden braucht, hat sie. Sie klärt zuerst mit der KK ab, ob sie ein Hilfsmittel erhalten kann und geht dann erst zu ihrem Hausarzt, um ein Rezept zu holen. Krankenbett, Wechsellagermatratze, Rollstuhl, Luftkissen für Rollstuhl. Setzt sich immer zuerst persönlich mit der KK in Verbindung. Wenn es mit einem Mitarbeiter nicht klappt, läßt sie sich zum Chef bringen. Spätestens dann klappt es immer.

### **7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Höherstufungsantrag ist gestellt. MDK war noch nicht da.

### **7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Kurzzeitpflege sowie Pflegevertretung zu Hause.

### **7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung :**

Ja. Binnen kürzester Zeit. Das würde ich nie wieder tun. Meine Tochter hat eine neu eingerichtete Wohnung im EG geräumt. Die wurde dann umgebaut, und wir sind eingezogen. Die Tochter ist in unsere Wohnung im Obergeschoß gezogen.

### **7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

Nein. Damals gab es noch keine PV. Aber der Landesverband Hessen hätte einen Zuschuß geleistet. Das hätte aber viel zu lang gedauert. Außerdem wollten die mitreden bei dem Umbau.

### **7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

### **7.12 Qualitätssicherung :**

----

### **7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

### **7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Nicht thematisiert

### **7.15 Überraschungen durch Gesetzesänderung :**

Nicht thematisiert

## **8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

### **Teilnahme an :**

#### **8.1 – Selbsthilfegruppen :**

Nein. Sie hat ein Vorurteil. Auch zur Psychotherapie zu gehen, hat sie große Überwindung gekostet. Jeder Familienstand und Wohnungsverhältnisse sind anders, sagt die Pflegende. Sie holt sich gerne Ratschläge macht aber gerne eigene Erfahrungen. Macht vieles aus eigenem Ermessen. Sie lehnt Selbsthilfegruppen ab, kann aber gar nicht genau sagen warum.

#### **8.2 - Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein

#### **8.3 - Psychologische Betreuung :**

Ja, während Kuraufenthalt

#### **8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nein. Kuren gegen ihre eigene Rheumaerkrankung.

#### **8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Ja

#### **8.6 Lob und Anerkennung :**

Nicht thematisiert

#### **8.7 Möglichkeiten der Entspannung :**

Mit Hund spazieren gehen.

#### **8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

Nein. Nicht täglich. Wenn, dann mit Hund spazieren gehen. Alle paar Wochen mit Freundinnen groß Essen gehen oder mit einer Arbeitskollegin Karten spielen. Das macht sie aber auch noch nicht so lange. Hatte anfangs ein schlechtes Gewissen. Ihr Mann hat immer schlecht reagiert, wenn sie alleine wegging. Er hatte entweder Durchfall, schlechte Laune oder Katheterverschleimung. Die Pflegende hat das dann immer auf sich bezogen. „Du hast Dir was gegönnt. Das darfst du nicht. Deshalb ist das jetzt aufgetreten.“

#### **8.9 Urlaub :**

Erst seit 2 Jahren, aber auch nur für 2 Wochen.

#### **8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**

Nein. Das käme nur in Frage, wenn sie selber so schwer krank werden würde, daß sie es tun müßte. Aber das hat natürlich auch noch finanzielle Gründe, weil wir ja das Haus besitzen.

#### **8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

Möchte das auch nicht.

#### **8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

Nicht thematisiert

### **Sonstiges:**

Bei gesellschaftlichen Unternehmungen, an denen Kranke und Gesunde teilnehmen, wird immer eine kleine Barriere vorhanden sein. Die ganze Gesellschaft ist automatisch ein bißchen gestört. Es sei denn, man geht mit Gleichgesinnten feiern, z. B. Urlaub mit der MS-Gruppe.

### 3.2.1.9 Interview Nr. 9

#### **1. Allgemeines :**

##### **1.1 Tag des Gespräches :**

10.08.1998

##### **1.2 Gesprächsdauer :**

63 Minuten

##### **1.3 Rekrutierung über :**

Arzt (EP) M V

##### **1.4 Niederlassung :**

Landkreis Darmstadt

**1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**

Landkreis Darmstadt

**2. Einzelfallanalyse :  
Pflegebedürftiger :**

**2.1 Lebensalter :**

80 Jahre

**2.2 Geschlecht :**

Männlich

**2.3 Familienstand :**

Verheiratet, 1 Tochter

**2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**

Vater

**2.5 Allgemeinzustand :**

Nicht ansprechbar

Kann nicht reagieren

Immobil

Ständig im Bett

Harn- und Stuhlinkontinent

Kein Katheter

Wird gefüttert

**2.6 Grunderkrankung :**

Apoplex

**2.7 Pflegebedürftig seit :**

2 ½ Jahren

**2.8 Dekubitus seit :**

1 ½ Jahren

**2.9 Lokalisation :**

Steißbein

**3. Einzelfallanalyse :  
Pfleger ::**

**3.1 Lebensalter :**

47 Jahre

**3.2 Geschlecht :**

Weiblich

**3.3 Familienstand :**

Verheiratet, 1 Sohn

**3.4 Alter der Kinder :**

30 Jahre alt

**3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**

Tochter

**3.6 Pflegt seit :**

2 Jahren

**3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**

Nein

**3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**

Ja, kleinere Darreichungen, wie Getränke oder Mahlzeiten, kann die Ehefrau des Pflegebedürftigen ausführen. Weitere pflegerische Maßnahmen sowie auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten können von der selbst an Polyarthrose erkrankten Gattin nicht durchgeführt werden.

**3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pfleger im gleichen Haushalt :**

Nein. Die Tochter, als Hauptpflegeperson, bewohnt das Obergeschoß eines Zweifamilienhauses. Die Gattin lebt zusammen mit Ihrem pflegebedürftigen Ehemann im Erdgeschoß.

**3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen :**

Ja, ein privater Pflegedienst kommt regelmäßig morgens und abends sowie bei Bedarf (z.B. zum Windelwechseln) ins Haus.

**3.11 Berufstätigkeit parallel zur Pflege :**

Ja, die Hauptpflegeperson arbeitet vormittags in der Firma Ihres Ehemannes, in der Nähe Ihres Wohnortes.

**3.12 Anzahl der Wochenstunden :**

20 Stunden

**3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**

Nein

**3.14 Pflegte schon andere Angehörige :**

Nein

**3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**

Ja, zusammen mit Ihrem Ehemann dessen Mutter, die in der näheren Umgebung wohnt und ihr Kurzzeitgedächtnis fast vollständig verloren hat.

**3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**

Nicht thematisiert

**3.17 Positive Seite der Pflege :**

Nicht thematisiert

**4. Lebenssituation des Pflegenden :**

**4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**

Ja, vom Essen her. Waschen und Einkaufen nach Bedarf. Die Freiraumzeiten sind nicht regelmäßig festgelegt.

**Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

**4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**

Ja, ein privater Pflegedienst kommt regelmäßig morgens und abends sowie nach Anruf, z.B. zum Wechseln der Windeln ins Haus. Es besteht die Möglichkeit, rund um die Uhr den Dienst anzufordern.

**4.3 – Zivildienstleistende :**

Nein

**4.4 – Frauenhilfe :**

Nein

**4.5 - Essen auf Rädern :**

Nicht thematisiert

**4.6 - Kriegsopferfürsorge :**

Nicht thematisiert

**4.7 Eßkultur :**

Nicht thematisiert

**4.8 Einrichtung des Pflegezimmers :**

Nicht thematisiert

**4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pflgetätigkeiten :**

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen. Medikamentengabe, Lagerung zur Dekubitusbehandlung, gelegentlich Windeln wechseln, um den Pflegedienst nicht anrufen zu müssen, aber nur wenn wenig Stuhl vorliegt und sie das Gefühl hat, damit zurecht kommen zu können. Tut sich aber schwer, ihn umzudrehen. Sie ist der Meinung, die richtigen Handgriffe doch nicht so zu haben, wie geschultes Personal vom Pflegedienst und macht dies deshalb nur gelegentlich.

**4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege ?:**

Nein, hat kein Interesse daran, weil die Möglichkeit besteht, den Pflegedienst zu fragen, wie man etwas macht. Mehr kann man in einem solchen Kurs sicher auch nicht lernen.

**4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Nein

**4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Nein

**4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

Wenn man etwas braucht, wo man sich da hinwenden kann. Bessere Informationen zur Pflegeversicherung.

**5. Dekubitus:**

**5.1 Seit :**

1 ½ Jahren

**5.2 Lokalisation :**

Steißbein

**5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Ja

**5.4 Derzeit vorhanden ?**

Ja

**5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Nicht thematisiert

**5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Pflegedienst

**5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Lagern mit Rollen und Sofakissen.

Wechseldruckmatratze

Schafsfell auf dem der Patient liegt.

**5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Das Krankenhaus hat sich nicht um den Dekubitus gekümmert, da kam er nach Hause und war total offen, noch mehr als vorher, aber das ist halt so.

Mit dem damaligen Krankenhausaufenthalt war die Familie sehr unzufrieden, wegen schlechter Versorgung und unfreundlichem Personal. Sie haben auch eine Beschwerde an den Direktor gerichtet. „Aber da kriegt man ja nicht Recht.“

**5.9 Sanitätshaus :**

Hatte das Bett geliefert, sonst keine Kontakte

**5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Pro Reha hatte den Rollstuhl geliefert, sonst keine Kontakte.

**5.11 Teilnahme Fachmessen :**

Nicht thematisiert

**6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :**

**6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

Zeitweise strengt die Pflege nervlich sehr an, vor allem die Mutter, die von frühs um 7 Uhr bis abends 21 Uhr bei ihrem Mann ist. Sie ist ja selber krank und kann das Haus nicht mehr verlassen. Dadurch erfährt sie auch keinen Ausgleich. Sie sieht nur den kranken Mann den ganzen Tag.

Anfangs sind viele Bekannte zu Besuch gekommen und haben angerufen, aber das lässt so nach, jetzt kommt keiner mehr. Auch der Bekanntenkreis der Tochter hat sich etwas zurückgezogen, im Laufe der Pflegedauer. Teilweise, weil man doch nicht mehr so oft weg kann oder auch, weil die Bekannten nichts von Krankheiten hören wollten und derartige Gespräche sofort abgeblockt haben. Eine Freundschaft ist sogar ganz eingeschlafen, was die Tochter nicht so schlimm findet, denn sie ist der Meinung, Krankheit und Pflege gehören zum ganz normalen Leben.

Mutter und Tochter nehmen Jarsin zur Beruhigung der Nerven, sonst „oh je“, sagt die Mutter. Die Tochter nimmt sich zwischendurch immer mal Freiraumzeiten zum Ausgleich, zumal sie ja auch noch

die Pflege der Schwiegermutter übernimmt. Die Mutter sagt, die Tochter habe es sehr schwer. Einmal pro Jahr fährt die Tochter für 1 Woche in Urlaub. Dann kocht Sie vor, damit die Mutter das Essen nur aufwärmen muß. Die Nachbarin kauft ein, der Sohn schaut auch nach dem Rechten. So richtig beruhigt fährt sie allerdings nicht in Urlaub, sie ruft ständig an und fragt nach, ob alles in Ordnung ist.

Die Tochter sagt, man muß Abstriche machen, wenn man jemanden zu Hause pflegt. Die Freizeit leidet, der Urlaub muß geplant werden und länger als 1 Woche hat sie sich bislang nicht gegönnt. Die Schwiegermutter geht zwar für 4 Wochen im Jahr in ein Kurzzeitpflegeheim, aber den Vater will die Mutter nicht zur Kurzzeitpflege geben.

Das Leben kann nicht mehr so flexibel gestaltet werden wie früher. Die Tochter sagt, mit der Entscheidung zu Hause zu pflegen, muß man sein ganzes Leben umstellen. So hätten sie sich das nicht vorgestellt, sagen beide. „Anfangs dachte ich, ich schaffe das alles nicht, ich müßte durchdrehen“, sagt die Tochter. Nicht zu wissen, was am nächsten Tag ist. Aber je länger man mit der Situation lebt, desto besser wird man damit fertig werden.

Jetzt ist es wieder besser, weil der Vater nur noch ruhig daliegt. Er wird derzeit mit Haldol behandelt. Früher hat er getobt und gehämmert und oft epileptische Anfälle gehabt. Das war Terror, was er da gemacht hat. Er hat nach Namen gerufen, die der Familie gar nicht bekannt sind, nach seiner Mutter seinem Bruder ...

## **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen ?:**

Ja, in Situationen, in denen viele Dinge zusammenkommen. Zur Zeit klappt alles wieder ganz gut.

## **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Ja. Mutter ärgert sich, daß der Ehemann nichts essen will, wenn er keine Lust dazu hat. Dann macht er den Mund nicht auf und schaut sie böse an. Mutter wird dann manchmal böse und schreit ihn an. Sie sagt zu ihm: „Du machst mich noch fertig, ich bin doch selber krank, Du bringst mich noch auf den Friedhof.“ Sie kann ja nicht aus dem Haus gehen, bedingt durch ihre eigene Krankheit, deshalb kann sie sich nicht abreagieren. Sie duldet die Situation einfach, wie sie ist. Die Tochter, leidet, wenn der Vater nicht reagiert. Sie schreit ihn allerdings nicht an, weil sie der Meinung ist, daß die Krankheit und nicht Willkür Ursache für sein Verhalten ist. Sie geht dann einfach aus dem Raum und kickt gelegentlich gegen einen Fußball. Es kommt auch darauf an, wie man sich selber fühlt. Manchmal kommt man mit Situationen klar, ein andermal nicht, je nachdem, wie man sich selber fühlt.

## **6.4 Abreagieren durch :**

Tochter sagt: „Ich kann mal gegen einen Fußball kicken oder die Tür laut zuschlagen.“

## **Erleben der Dekubituserkrankung :**

Bedauert die Schmerzen, die der Angehörige durch das ständige Liegen auf einer Stelle, hat.

## **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

Nicht thematisiert

## **6.6 - Wiederauftreten als Pflegefehler ?:**

Pflegende vermutet, daß es daran liegt, daß man mal einen falschen Griff macht, den Kranken hochzieht im Bett, und daß dadurch gleich wieder offene Stellen auftreten. Ein Sitzkranz der zeitweise verwendet wurde, führte dazu, daß die eigentliche Stelle entlastet, aber unter dem Kranz neue Druckgeschwüre auftraten.

## **6.7 - Unangenehmer Geruch :**

Nicht thematisiert

## **Unterstützung der Pflege durch Ihre Familie :**

### **6.8 - Aktiv :**

Ja, der Ehemann unterstützt die Pflege sehr stark, auch der Enkel hilft mit.

### **6.9 - Emotional :**

Ja, durch alle Familienmitglieder.

## **6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Seit der Großvater keine Antwort mehr gibt, kommt der 30-jährige Enkel etwas seltener. Wenn man ihn braucht, ist er aber da. Das familiäre Verhältnis ist einmalig, sagt die Mutter, wenn das nicht wäre....Die Frage, ob denn die Familie unter der Pflege zu leiden habe, hat die Tochter nicht mit nein beantwortet. Sie sagte, man habe immer Abstriche zu machen und sei nicht so flexibel als wenn es keine Pflegesituation gäbe, gerade in Bezug auf Freizeit und Urlaub. Sie würde auch gerne mal wieder 3 Wochen lang in Urlaub fahren.



## **6.11 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

## **6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Ja, er kommt jede Woche zu einem festen Termin zum Hausbesuch. Dann verschreibt er alles, was der Pflegedienst schriftlich notiert hat.

## **6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Ja. 1 mal pro Woche

## **6.14 Verschreibt er Ihnen was Sie benötigen ?.**

Ja, der Pfleger legt einen Zettel hin, was er benötigt.

## **6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Ja

## **6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

## **6.17 Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Nicht absichtlich. Aber aus mangelnder Information

## **6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Neurologe

## **6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

Nein

## **6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Nicht thematisiert

## **6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?:**

Ja, die haben so viel Arbeit und sind auch wirklich sehr lange da. Wenn die kommen, ist er (der Pflegebedürftige) meist so voll (Stuhl), da wissen die gar nicht, wo sie hingreifen sollen. Und an 4 von 7 Tagen ist es dann so, daß sie ihn gerade frisch gewaschen und gewindelt haben und es kommt dann der nächste Schub, so daß sie wieder von vorne anfangen können. Da kämen wir nie auf die Idee zu fragen, ob wir noch Geld zurückbekommen. Das Vertrauen haben wir auch. Er kommt auch wenn man ihn braucht, das ist sehr hilfreich. Er hat jetzt eine neue Kraft, die ist gelernte Krankenschwester, die hat eine Ruhe und pflegt mit dem Herzen. Das gibt mir so einen Spaß, sagt die Mutter. Man merkt da große Unterschiede.

## **6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Nein. Zu 60% kommt der Besitzer. Ansonsten noch eine angestellte Schwester.

## **6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Ja, aber auch nach Bedarf

## **6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

Nein, weil die Mutter immer da ist, da sie, bedingt durch ihre eigene Erkrankung, das Haus nicht verlassen kann.

## **6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nicht thematisiert

## **6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?:**

Nein

## **6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

Liebe, sagt die Mutter sehr schnell und energisch. Weil es der eigene Vater ist, sagt die Tochter.

## **6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

Ja, jeden aus der Familie. Wenn meiner Mutter etwas passieren würde, würde ich es genauso machen, sagt die Tochter.

## **7. Pflegeversicherung :**

### **7.1 Erhalten Sie Unterstützung ?:**

Ja, seit Frühjahr 1998 Pflegestufe 3 in Form von Sachleistungen. Das Geld reicht gerade so, um die Kosten für den Pflegedienst zu decken.

### **7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Nein.

### **7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**

Nein. Von der PV fühlt sich die Familie überhaupt nicht informiert. Die halten sehr hinterm Berg. Denen muß man die Würmer aus der Nase ziehen. Man will die nicht schröpfen, um Gottes willen. Wenn man da keine Informationen von anderen Stellen (Bekannten, die selber Pflegebedürftige haben) hätte und sich nicht selber dahinterklemmen würde, würde man gar nichts erfahren. Sie haben noch keine Broschüren oder anderes Informationsmaterial erhalten. Beispiel Pflegepaket: Handschuhe, Pflegeschäum, Einmalwaschhandschuhe,... hat die Familie alles selber gezahlt. Erst aus dem Bekanntenkreis hat die Familie von der Möglichkeit des Pflegepaketes erfahren. Dann bei der PV angerufen, und nach Antragstellung jetzt, seit 2 Monaten, die Möglichkeit der Nutzung erhalten. Sie haben das Gefühl, daß die Mitarbeiter der PV selber nicht wissen, welche Möglichkeiten der Gesetzgeber vorgibt. Die Pflegeperson hatte von einer Bekannten erfahren, daß es die Möglichkeit der Verhinderungspflege gibt. Auf Nachfrage bei der PV wurde ihr dies von der zuständigen Sachbearbeiterin ausgedet. Sie bat dann darum, ihr den entsprechenden Gesetzestext zukommen zu lassen. Sagte daraufhin, entweder sie selber sei blöd oder die Frau von der PV, denn ihrer Meinung nach stehe das ganz klar im Text. Das ist sehr ärgerlich. Man läßt sich da auch manchmal leicht unterkriegen. Hat keine Lust sich dauernd mit der gleichen Person rumzureißen und verzichtet manchmal aus Unsicherheit auf das, was einem normalerweise zusteht. Die Pflegenden kaufte ein Besteck mit Moosgummigriffen, damit der Pflegebedürftige den Löffel leichter halten konnte. Sie ließ sich eine Quittung geben und ging damit zur Krankenkasse. Das sind ja Hilfsmittel, also hat sie erwartet, daß die KK eine Zuzahlung leistet. Die KK hat mit der Begründung, nur Hilfsmittel gegen Inkontinenz zu zahlen, abgelehnt.

**7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Nicht thematisiert

**7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Der Pflegedienst hat einen Katalog über Hilfsmittel gezeigt.

**7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung :**

Der Pflegedienst hat bei der PV das Pflegebett organisiert, das dann von einem Sanitätshaus geliefert wurde sowie Rollstuhl und Antidekubitusmatratze.

**7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Ja, wir haben lange gekämpft. 4 Ärzte waren da, die haben immer wieder das Argument vertreten, wenn der Mann auch nachts gewandelt werden müßte, dann wäre er Pflegestufe 3. Da er aber einen Blasenkatheter hatte und chronisch an Verstopfung litt, mußte man nachts nichts an ihm machen. Auf das Lagern sei die PV nicht eingegangen, wurde mir auf Nachfrage berichtet. Seit Frühjahr diesen Jahres hat die Verstopfung allerdings ins Gegenteil umgeschlagen, da er einen weiteren Schlaganfall hatte. Seit dieser Zeit muß er also auch nachts gewandelt werden, und die Pflegestufe 3 wurde dem Pflegebedürftigen anerkannt. Das sei doch allerhand, sagte die Mutter.

**7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Keine, die Mutter lehnt einen Aufenthalt im Kurzzeitpflegeheim strikt ab. Unterstützt den Gedanken, die Schwiegermutter zur Kurzzeitpflege zu geben, für Ihren eigenen Mann käme dies allerdings nicht in Frage. Mutter sagt, sie selber brauche keine Entlastung. Sie sei es jetzt so lange gewöhnt.

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung ?:**

Ja, die Terrassentür wurde verbreitert, damit ein Rollstuhl durchpaßt und auch das Bad wurde umgebaut.

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

Nein, es mußte alles so schnell gehen, da konnte man keine langwierige Antragstellung abwarten.

**7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

**7.12 Qualitätssicherung :**

----

**7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

**7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Nicht thematisiert

**7.15 Überraschungen durch Gesetzesänderung :**

Nicht thematisiert

## **8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

**Teilnahme an :**

### **8.1 - Selbsthilfegruppen:**

Nein

### **8.2 - Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein

### **8.3 - Psychologische Betreuung :**

Nicht thematisiert

### **8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nicht thematisiert

### **8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Während die Mutter nur die eigene Familie oder die Nachbarin zum Erzählen hat, gibt es bei der Tochter auch noch Freunde, die aber im Laufe der Pflegesituation immer weniger geworden sind.

### **8.6 Lob und Anerkennung :**

Nicht thematisiert

### **8.7 Möglichkeiten zur Entspannung :**

Jarsin zur Beruhigung

Freude am eigenen Haustier ( Hund )

Tochter geht gelegentlich aus.

### **8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

Tochter kommt raus, sieht auch mal was anderes, nimmt sich zwischendurch die Zeit und macht mal was für sich. Geht gelegentlich mit einer Freundin zum Mittagessen, kann auch mal mit ihrem Mann ausgehen, wenn die Eltern versorgt sind. Ist allerdings immer telefonisch erreichbar. Auch den Sonntag nutzt sie zusammen mit ihrem Ehemann, was die Mutter sehr unterstützt, damit das eigene Familienleben nicht ganz erlischt.

### **8.9 Urlaub :**

1 mal pro Jahr für eine Woche. Wobei in diesem Jahr der Urlaub schon nach 3 Tagen abgebrochen wurde, weil es der Pflegenden nicht gut ging. Vermutet, daß es an den Auswirkungen der Pflege lag, daß sie selbst im Urlaub keine Ruhe finden konnte.

### **8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**

Mutter sagt entschieden, „Nein“. Die Tochter gibt zu, daß der Gedanke schon gelegentlich aufgetaucht ist. In Situationen, in denen es ganz schlimm war, um nicht selber vor die Hunde zu gehen. Die Mutter ist der Meinung, man solle sich so lange opfern, bis man selber überhaupt nicht mehr kann. Ihr Mann würde in einem Pflegeheim schon längst nicht mehr leben. Seine Schwester war ja in einem. Sagt, sie habe sich zusammen mit ihrem Ehemann so um den Besitz geplagt, das Haus sei jetzt auf die Tochter überschrieben, aber noch keine 10 Jahre. Käme der Ehemann in ein Heim, dann käme finanziell allerhand auf sie zu. Das will sie nicht, denn der Besitz soll erhalten werden.

### **8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

Tochter und Schwiegersohn haben schon über generellen Pflegeheimaufenthalt als auch über Kurzzeitpflegeheim nachgedacht. Mutter lehnt dies strikt ab.

### **8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

Das weiß ich auch nicht, das hat man einfach. Das liegt so in der Familie.  
Unser Hund.

## 3.2.1.10 Interview Nr. 10

### **1. Allgemeines :**

#### **1.1 Tag des Gespräches :**

19.08.1998

#### **1.2 Gesprächsdauer :**

45 Minuten

**1.3 Rekrutierung über :**

Pflegedienst (privater)

**1.4 Niederlassung :**

Landkreis Darmstadt

**1.5 Wohnort des Pflegebedürftigen :**

Landkreis Darmstadt

**2. Einzelfallanalyse :**

**Pflegebedürftiger :**

**2.1 Lebensalter :**

66 Jahre

**2.2 Geschlecht :**

Weiblich

**2.3 Familienstand :**

Verwitwet, 2 Söhne, 1 Tochter

**2.4 Verwandtschaftsgrad zum Pflegenden :**

Mutter

**2.5 Allgemeinzustand :**

Ansprechbar, teilweise verwirrt

Immobil

Ständig im Bett

Harn- und Stuhlinkontinent

Blasenkatheter

Kann alleine essen

Normalkost

**2.6 Grunderkrankung :**

Diabetes, Adipositas, Amputation beider Beine

**2.7 Pflegebedürftig seit :**

2 Jahren

**2.8 Dekubitus seit :**

1 ½ Jahren

**2.9 Lokalisation :**

Steißbein

**3. Einzelfallanalyse :**

**Pflegender :**

**3.1 Lebensalter :**

44 Jahre

**3.2 Geschlecht :**

Weiblich

**3.3 Familienstand :**

Verheiratet, 3 Töchter.

**3.4 Alter der Kinder :**

6, 24 und 26 Jahre alt.

**3.5 Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen :**

Tochter

**3.6 Pflegt seit :**

2 Jahren

**3.7 Hat vorher jemand anderes gepflegt ?:**

Nein

**3.8 Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?:**

Der Schwager der Pflegebedürftigen sowie die Tochter als Hauptpflegeperson.

**3.9 Leben Pflegebedürftiger und Pflegenden im gleichen Haushalt ?:**

Im gleichen Haus, aber getrennten Wohnungen.

**3.10 Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

Ja, seit Oktober 1997 kommt der Pflegedienst 3 mal pro Woche vormittags. Vorher hatte die Pflegende einen anderen Pflegedienst beauftragt. Dieser kam von Januar 1996 bis Sept. 1997 ins Haus. Es gab damals Ärger, indem die Leitung der Meinung war, man dürfe sich nicht privat mit dem Pflegepersonal treffen. Die Pflegende hatte sich mit einer der Schwestern angefreundet und gelegentlich zum Kaffee verabredet. Daraufhin hat die Pflegende den Dienst gewechselt.

**3.11 Berufstätigkeit parallel zur Pflege :**

Ja

**3.12 Anzahl der Wochenstunden :**

20 Stunden

**3.13 Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?:**

Nein

**3.14 Pflegte früher schon andere Angehörige :**

Ja, vor 20 Jahren die Schwiegermutter ihres damaligen Ehemannes.

**3.15 Betreut derzeit weitere Angehörige :**

Nein

**3.16 Pflegebedingte eigene Erkrankung :**

Psychosomatische Beschwerden, Druckgefühl im Hals, früher auch noch Alpträume.

„Früher hat mich kein Arzt gesehen. Wenn jetzt nur ein kleiner Punkt irgendwo am Bein ist, kriege ich schon die Krise.“

**3.17 Positive Seite der Pflege :**

Mit Rauchen aufgehört

Übergewicht reduziert

**4. Lebenssituation des Pflegenden :**

**4.1 Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?:**

Ja, um das ganze Tagesgeschehen erfolgreich abwickeln zu können.

**Erfahren Sie derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?:**

**4.2 - Ambulanter Pflegedienst :**

Ja, 3 mal pro Woche kommt ein Pflegedienst am Vormittag. Das sind die Tage, an denen die Pflegende arbeitet. Nach Absprache kommt der Pflegedienst auch öfters.

**4.3 - Zivildienstleistende :**

Nein

**4.4 - Frauenhilfe :**

Nein

**4.5 - Essen auf Rädern :**

Nicht thematisiert

**4.6 - Kriegsopferfürsorge :**

Nicht thematisiert

**4.7 Eßkultur :**

Nicht thematisiert

**4.8 Einrichtung Pflegezimmer :**

Nicht thematisiert

**4.9 Vom Pflegenden ausgeübte Pfllegetätigkeiten :**

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen, Medikamentengabe, Lagerung, Windeln wechseln sowie Körperpflege und Dekubitusbehandlung an den Tagen, an denen kein Pflegedienst ins Haus kommt.

**4.10 Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege :**

Nein

**4.11 Haben Sie jemals ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen ?:**

Ja

**4.12 Sonstiges Informationsmaterial ?:**

Broschüren der Krankenkasse

**4.13 Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für pflegende Angehörige wünschen ?:**

Informationen zur Pflegeversicherung  
Urlaubsvertretung  
Selbsthilfegruppen

**5. Dekubitus :**

**5.1 Seit :**

1 ½ Jahren

**5.2 Lokalisation :**

Steißbein

**5.3 Schon öfters aufgetreten ?:**

Immer mal wieder

**5.4 Derzeit vorhanden :**

Ja. Leichte Rötung

**5.5 Angewendete Behandlungsmethoden :**

Zinksalbe  
Mirfulan

**5.6 Wer führt die Behandlung durch ?:**

Pflegedienst und Pflegende

**5.7 Angewendete Prophylaxen :**

Keine Windeln  
Lagerungskeile  
Würfelmatratze

**5.8 Erfahrung mit Heim- oder Krankenhausaufenthalten :**

Nein

**5.9 Sanitätshaus :**

Fellschuhe gekauft

**5.10 Heil- und Hilfsmittelfirmen :**

Nein

**5.11 Teilnahme an der Fachmesse Rehab :**

Nicht thematisiert

**6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :**

**6.1 Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?:**

Die Pflegende hat ihre eigene Wohnung 1996 aufgegeben, um zu der kranken Mutter zu ziehen. Sie sagt: „Das war sehr schade, da die Wohnung sehr schön war.“ Sie hat dann zusammen mit ihrem Ehemann eine Wohnung im Haus der Mutter hergerichtet. Die Wohnung der Mutter ist behindertengerecht umgebaut worden, da damals die Mutter, mit nur einem amputierten Bein, noch tagsüber im Rollstuhl gesessen hat. September 1996 wurde das zweite Bein amputiert. Derzeit liegt sie im Bett, weil die Pflegende alleine sie nicht aus dem Bett heben kann. Auch dem Allgemeinbefinden der Pflegebedürftigen geht es nicht gut, wenn man sie aus dem Bett holt. Alleine führt die Mutter keinerlei Bewegungen durch.

Im ersten halben Jahr ging es mit der Pflege ganz gut, berichtet die Pflegende. Mit der Zeit aber wird man von rund um alleine gelassen.

„Vor einem Jahr habe ich eine taube Fußzehe bekommen. Ich bekam Panik und hatte Angst, ein ähnliches Schicksal wie meine Mutter zu erfahren. Ich hatte Ohnmachtsattacken, Druckgefühl im Hals und Alpträume von abgeschnittenen Füßen.“

Sie hatte damals Übergewicht und war starke Raucherin. Beides konnte sie reduzieren, bzw. aufgeben. Nach ärztlicher Untersuchung wurde festgestellt, daß mit ihren Beinen alles in Ordnung

ist. Derzeit sind auch die Alpträume verschwunden. Der Druck im Hals bleibt, was sie auf die Aufregungen bezüglich der Pflege zurückführt.

Bei der Pflege erfährt die Pflegende Unterstützung durch ihren Onkel. Dieser lebt im gleichen Haus und übernimmt z.B. die Nachtschichten, sagt die Pflegende.

Die Pflegende sagt, sie hat Angst um ihre eigenen Gliedmaßen. „Es ist schrecklich so etwas ansehen zu müssen.“

Das einzige Interesse der Mutter ist essen. Ansonsten ist sie sehr teilnahmslos. Ganz gleich, ob der Fernseher an sei oder aus.

Eine schlimme Situation für die Pflegende ist es, wenn ihre Mutter telefoniert. Wenn die Mutter verwirrt ist, klagt sie am Telefon über ihre Situation. „Ich muß es ja nehmen wie es kommt. Es gibt jeden Tag das gleiche zu Essen.“ Die Pflegende findet das furchtbar, zumal es ja nicht stimmt. Der Gesprächspartner glaubt das am Ende noch, weiß ja auch nicht, daß die Mutter gerade verwirrt ist. Würde nicht mehr pflegen, sondern die Mutter in ein Heim geben. Auf Dauer ist die ganze Familie betroffen.

Man ist nicht mehr so spontan wie früher. Man muß alles organisieren, wenn man mal weg will. Dem Onkel kann sie auch nicht alleine die ganze Arbeit lassen. Die Familie hat versucht, sich im Garten mit Schwimmbad ein kleines Paradies zu schaffen. Abends essen gehen ist selten geworden.

Die Mutter hat ihr Leben lang einen eigenen Rhythmus gelebt. Die Pflegende hat dann schon ein schlechtes Gewissen, wenn sie mit ihrer Familie im Garten grillt und deshalb der Mutter später als normal das Essen bringt.

Man sieht die kranke Mutter den ganzen Tag und beobachtet den eigenen Körper dann sehr genau, ob nicht ähnliche Anzeichen auftreten.

Die Pflegebedürftige litt an Verstopfung, so daß regelmäßig Abführtage eingesetzt werden mußten. Diese Tage hat die Pflegende dann immer so eingerichtet, daß der Pflegedienst betroffen war. Abends vorher hatte sie dann schon immer im Bett gelegen und hatte Angst, was denn am nächsten Tag wieder auf sie zukommen würde.

## **6.2 Auftreten von Überforderungssituationen :**

Ja, öfters, dann nimmt sie Johanniskrautkapseln. „Es gibt schon Tage an denen man denkt, ach laßt mich doch alle in Ruhe. Aber man kann nicht einfach im Bett bleiben. Man muß halt raus“.

## **6.3 Aggression, Depression und Hilflosigkeit :**

Manchmal ja, wenn alles zu viel wird. Wenn mehrere kleine Pannen sich häufen, dann darf ihr keiner in den Weg kommen.

Tage an denen sie depressiv oder hilflos ist, sind der Pflegenden bekannt. Auch da helfen ihr wieder ihre Johanniskrautkapseln.

## **6.4 Abreagieren durch :**

Johanniskraut

## **Erleben der Dekubituserkrankung :**

Die Pflegende bekam eine Zeitlang Morphinum gespritzt, weil sie so starke Schmerzen hatte.

## **6.5 - Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :**

Es hat ein halbes Jahr gedauert, bis die Stelle verheilt war.

## **6.6 -Wiederauftreten als Pflegefehler :**

Die Pflegende hat keine konkrete Aussage dazu gemacht. Bringt aber das Übergewicht und die mangelnde Beweglichkeit der Mutter damit in Verbindung.

## **6.7 - Unangenehmer Geruch :**

Der Geruch ist sehr unangenehm. Der Pflegenden geht eine Art Kribbeln durch den Körper, wenn sie den Verband wechselt.

## **Unterstützung der Pflege durch die Familie :**

### **6.8 - Aktiv :**

Nein, der Ehemann hält sich aus allem raus.

### **6.9 - Emotional :**

Nein

## **6.10 Auswirkung der häuslichen Pflege auf die Familie :**

Die Tochter mit 6 Jahren leidet am meisten unter der Pflege. Sie kann die Gefühlsphasen der Mutter sehr gut einschätzen. teilweise nutzt sie diese dann aus, teilweise ist sie aber auch so sensibel, daß sie sich zurückzieht, was der Mutter wiederum Angst macht. Früher hatte sie viel mehr Zeit für die Tochter. Sie stehe zwar immer noch an erster Stelle, aber trotzdem fehle ihr Zeit. Die Pflegende

versucht zwar ihre Hausarbeit am Vormittag zu erledigen, solange die Tochter im Kindergarten ist, was aber nicht jeden Tag gelingt.

Die Entscheidung zu pflegen würde die Pflegende heute nicht mehr treffen. Sie würde die Mutter in einem Pflegeheim unterbringen. „Auf Dauer leidet die ganze Familie darunter,“ sagt die Pflegende.

Die Pflegende führte regelmäßig Blutzuckerkontrollen bei sich und ihrer 6-jährigen Tochter durch. Damit hat sie jetzt aufgehört, es liegen keine erhöhten Werte vor.

**6.11 Wohnsituation :**

Nicht thematisiert

**6.12 Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?:**

Ja, die Pflegende ist sehr zufrieden.

**6.13 Macht er regelmäßig Hausbesuche ?:**

Ja, alle 3 Wochen. Ansonsten nach Anruf.

**6.14 Verschreibt er Ihnen was Sie benötigen ?:**

Ja

**6.15 Rezepte für Hilfsmittel :**

Ja

**6.16 Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :**

Nicht thematisiert

**6.17 Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :**

Nicht thematisiert

**6.18 Betreuung durch andere Fachärzte :**

Nicht thematisiert

**6.19 Regelmäßige Hausbesuche :**

----

**6.20 Betreuung durch einen Physiotherapeuten :**

Nicht thematisiert

**6.21 Sind Sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?:**

Ja, anfangs hatte die Pflegende einen anderen Dienst beauftragt. Sie wechselte dann, weil sie mit dem früheren Dienst nicht zufrieden war. Würde sich auch zutrauen, ein weiteres mal zu wechseln, sofern es Schwierigkeiten gäbe.

**6.22 Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :**

Nein, es kommt immer die gleiche Schwester

**6.23 Festgelegte Pflegezeiten :**

Ja

**6.24 Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :**

Der Onkel ist immer da.

**6.25 Belastung durch fremde Menschen im Haus :**

Nein, kennt die Schwester ja mittlerweile.

**6.26 Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?:**

Nein

**6.27 Warum pflegen Sie? Liebe oder Pflichtgefühl ?:**

Pflichtgefühl. Das Verhältnis zur Mutter war früher nicht besonders gut. Die Pflege war die Idee von Verwandten (Geschwister oder auch ihre große Tochter), die der Meinung waren, sie könne sich doch um die Mutter kümmern.

**6.28 Würden Sie auch andere Angehörige pflegen ?:**

Käme auf die Situation an.

**7. Pflegeversicherung :**

**7.1 Erhalten Sie Unterstützung durch die Pflegeversicherung ?:**

Ja, Pflegestufe 3, Kombinationsleistung

**7.2 Ist die finanzielle Unterstützung durch die PV ausreichend ?:**

Für die Arbeit, die man hat, ist es herzlich wenig. Wenn man es mit dem Betrag vergleicht, den die PV für einen Heimaufenthalt zahlt, ist es ungerecht.

**7.3 Zufriedenheit mit der Pflegekasse ?:**



Wenn man zur PV geht und eine Urlaubsvertretung vorweisen kann, die auch nicht zu teuer ist, wird dies nicht erlaubt.

Auch die Bearbeitung von Anträgen dauert ewig lange.

**7.4 Soziale Sicherung der Pflegeperson :**

Nicht thematisiert

**7.5 Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?:**

Ja, zumindest die, die der Pflegedienst empfiehlt.

**7.6 Schwierigkeiten bei der Beschaffung ?:**

Rollstuhl, Pflegebett, Lagerungskeile, Schaumstoffmatratze wurden problemlos geliefert.

**7.7 Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :**

Ja. Die Höherstufung der Pflegestufe dauerte 1 Jahr bis es bewilligt war. Nach Monaten kam dann mal jemand. Die Pflegenden war sehr unzufrieden mit dem MDK. Die Frau hatte ein unmögliches Verhalten und war unfreundlich. Sie konnte sich nicht anders helfen als ihren Arzt anzurufen, der ihr sofort helfend zur Seite stand, indem er ins Haus kam, solange der MDK da war. Es gab längere Diskussionen, und ohne ihren Hausarzt hätte sie Pflegestufe 3 nicht erreicht. „Ich bin wirklich nicht auf den Mund gefallen, aber die kommen mit solchen Fachausdrücken, da kommt man nicht dagegen an.“

**7.8 Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?:**

Keine, da sie, wenn überhaupt, nur wenige Tage weg war. Da kam dann der Pflegedienst öfters

**7.9 Behindertengerechter Umbau der Wohnung :**

Ja, das wurde aber privat gezahlt.

**7.10 Erhielten Sie dafür Unterstützung von der PV ?:**

Nein

**7.11 Kuren für pflegende Angehörige :**

Nicht thematisiert

**7.12 Qualitätssicherung :**

----

**7.13 Illegale Pflegemöglichkeiten :**

Nicht thematisiert

**7.14 Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :**

Nicht thematisiert

**7.15 Überraschungen durch Gesetzesänderung :**

Nicht thematisiert

**8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :**

**Teilnahme an :**

**8.1 - Selbsthilfegruppen :**

Nein

**8.2 - Gesprächskreis für pflegende Angehörige :**

Nein

**8.3 - Psychologische Betreuung :**

Nicht thematisiert

**8.4 - Kuren zur Erholung :**

Nein

**8.5 Gespräch mit Freunden oder der Familie :**

Freunde

**8.6 Lob und Anerkennung :**

Nicht thematisiert

**8.7 Möglichkeiten zur Entspannung :**

Zeit mit der Tochter verbringen. „Wir haben uns im Garten ein kleines Paradies geschaffen.“

**8.8 Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?:**

3 Tage pro Woche arbeitet die Pflegende, ansonsten nutzt sie die Zeit mit ihrer Tochter.

**8.9 Urlaub :**

Nein, aber für nächstes Jahr ist ein längerer Urlaub geplant.

**8.10 Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?:**

Nein, jetzt nicht mehr, wo sie doch schon begonnen hat mit der häuslichen Pflege.

**8.11 Was denkt Ihre Familie darüber ?:**

Ehemann hält sich raus, sagt, die Entscheidung zu pflegen sei ihre eigene.

Ihre Geschwister kümmern sich auch nicht.

**8.12 Kraft schöpfen aus – Motivation weiterzumachen :**

„Ach ich weiß auch nicht. Vielleicht doch einmal eine Selbsthilfegruppe besuchen.“

3.2.2 Tabellarische Auswertung

	Interview Nummer:	1	2	3	4	5
<b>1.</b>	<b>Allgemeines :</b>					
1.1	Tag des Gespräches :	06.05.1998	08.05.1998	11.05.1998	18.05.1998	20.05.1998
1.2	Gesprächsdauer	50 Minuten	40 Minuten	94 Minuten	43 Minuten	45 Minuten
1.3	Rekrutierung über :	Arzt für Allg.medizin M V	Pflegedienst privater	Arzt (GP) M V	Pflegedienst Sozialstation	Pflegedienst Sozialstation
1.4	Niederlassung :	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA
1.5	Wohnort des Pflegebedürftigen :	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA
<b>2.</b>	<b>Einzelfallanalyse Pflegebedürftiger :</b>					
2.1	Lebensalter :	84 Jahre	87 Jahre	48 Jahre	78 Jahre	84 Jahre
2.2	Geschlecht :	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich
2.3	Familienstand :	Verwitwet keine Kinder	Verwitwet 3 Söhne	Verheiratet 2 Söhne	Verwitwet 2 Söhne	Verwitwet 1 Sohn 2 Töchter
2.4	Verwandschafts-	Tante	Schwiegermutter	Ehefrau	Schwiegermutter	Schwiegermutter

	grad zum Pflegenden :	Patin				
2.5	Allgemeinzustand : Ansprechbar : Kann reagieren : Mobil : Ständig i. Bett : Harninkontinent : Blasenkatheter : Stuhlinkontinent : Normalkost : Wird gefüttert : Sondennahrung : Flüssignahrung :	Ja / Nein Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>
2.6	Grund- erkrankung :	Apoplex Diabetes (129)	Altersschwäche	Multiple Sklerose	Alzheimer Krankheit	Parkinson Syndrom
2.7	Pflegebedürftig seit :	11 Jahren	2 ½ Jahren	20 Jahren	8 Jahren	4 Jahren
2.8	Dekubitus seit :	9 Jahren	2 ½ Jahren	7 Jahren	2 Jahren	2 Jahren
2.9	Lokalisation :	Waden Steißbein	Steißbein Hüfte Schulterblätter Fersen	Steißbein	Steißbein	Steißbein Fersen
<b>3.</b>	<b><u>Einzelfall- analyse Pfleger :</u></b>					
3.1	Lebensalter :	60 Jahre	49 Jahre	52 Jahre	43 Jahre	45 Jahre
3.2	Geschlecht :	Weiblich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Weiblich
3.3	Familienstand :	Verheiratet 2 Söhne	Verheiratet 1 Sohn 1 Tochter	Verheiratet 2 Söhne	Verheiratet 2 Söhne	Verheiratet 2 Töchter 1 Sohn
3.4	Alter der Kinder :	33 / 35 Jahre	22 / 24 Jahre	25 / 27 Jahre	18 / 19 Jahre	15/16/23 Jahre
3.5	Verwandschafts- grad zum Pflege- bedürftigen :	Nichte	Schwiegertochter	Ehemann	Schwiegertochter	Schwiegertochter
3.6	Pflegt seit :	11 Jahren	2 ½ Jahren	20 Jahren	8 Jahren	4 Jahren
3.7	Hat vorher jmd. anderes gepflegt ?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3.8	Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?	Ja Schwester der Pfleger	Nein	Ja beide Söhne	Nein	Nein
3.9	Leben Pfl.bed. u. Pfleger im gleichen Haushalt ?	Ja	Ja	Ja	Nein Im gleichen Haus	Ja
	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Interview Nummer :</b>
						<b>Allgemeines :</b> <b>1.</b>
	27.05.1998	29.05.1998	04.08.1998	10.08.1998	19.08.1998	Tag des Gespräches : 1.1
	64 Minuten	75 Minuten	98 Minuten	63 Minuten	45 Minuten	Gesprächsdauer : 1.2
	Pflegedienst Sozialstation	Pflegedienst Sozialstation	Pflegedienst privater	Arzt M V	Pflegedienst privater	Rekrutierung über : 1.3
	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Niederlassung : 1.4
	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Landkreis DA	Wohnort des Pflege- bedürftigen : 1.5
						<b>Einzelfall- analyse Pflege- bedürftiger :</b> <b>2.</b>
	88 Jahre	74 Jahre	63 Jahre	80 Jahr	66 Jahre	Lebensalter : 2.1
	Weiblich	Männlich	Männlich	Männlich	Weiblich	Geschlecht : 2.2
	Verwitwet 1 Sohn/3 Töchter	Verheiratet 2 Söhne	Verheiratet 1 Tochter	Verheiratet 1 Tochter	Verwitwet 2Söhne/1Tochter	Familienstand : 2.3
	Mutter	Ehemann	Ehemann	Vater	Mutter	Verwandschafts- grad zum 2.4

					Pflegenden :	
Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	<b>Zeitweise</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b>	Allgemein- zustand : Ansprechbar : Kann reagieren : Mobil : Ständig i. Bett : Harninkontinent : Blasenkatheter : Stuhlinkontinent : Normalkost : Wird gefüttert : Sondennahrung : Flüssignahrung :	2.5
Apoplex Diabetes (156)	Hüfterkrankung	Multiple Sklerose	Apoplex	Diabetes mellitus Übergewicht Amputation beider Beine	Grund- erkrankung :	2.6
3 Jahren	1 ½ Jahren	9 Jahren	2 ½ Jahren	2 Jahren	Pflegebedürftig seit :	2.7
2 Jahren	¾ Jahr	5 Jahren	1 ½ Jahren	1 ½ Jahren	Dekubitus seit :	2.8
Steißbein	Steißbein	Steißbein Fersen	Steißbein	Steißbein	Lokalisation :	2.9
					<b>Einzelfall- analyse Pfleger :</b>	<b>3.</b>
65 Jahre	75 Jahre	57 Jahre	47 Jahre	44 Jahre	Lebensalter :	3.1
Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Geschlecht :	3.2
Verheiratet 2 Töchter	Verheiratet 2 Söhne	Verheiratet 1 Tochter	Verheiratet 1 Sohn	Verheiratet 3 Töchter	Familienstand :	3.3
37 / 41 Jahre	44 / 45 Jahre	34 Jahre	30 Jahre	6 /24 /26 Jahre	Alter der Kinder :	3.4
Tochter	Ehefrau	Ehefrau	Tochter	Tochter	Verwandschafts- grad zum Pflege- bedürftigen :	3.5
3 Jahren	1 ½ Jahren	9 Jahre	2 ½ Jahren	2 Jahren	Pflegt seit :	3.6
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Hat vorher jmd. anderes gepflegt ?	3.7
Ja	Ja Söhne	Ja Tochter	Ja Ehefrau	Ja Onkel	Sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt ?	3.8
Ja	Ja	Ja	Nein Im gleichen Haus	Nein Im gleichen Haus	Leben Pfl.bed. u. Pfleger im gleichen Haushalt ?	3.9
	<b>Interview Nummer :</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.10	Unterstützung durch Hilfs- organisationen :	Bis vor ½ Jahr, Pflegedienst zur Behandlungs- pflege	Ja Pflegedienst	Ja Pflegedienst Zivildienst- leistender Essen auf Rädern	Ja	Ja Pflegedienst zur Behandlungs- pflege
3.11	Berufstätigkeit parallel zur Pflege :	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja
3.12	Anzahl der Wochenstunden :	----	12 Stunden	40 Stunden	----	15 Stunden
3.13	Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3.14	Haben Sie früher schon andere Angehörige gepflegt ?	Ja Eltern Großmutter Tante	Nein	Ja Schwiegermutter	Nein	Ja Schwiegervater

3.15	Betreut derzeit weitere Angehörige :	Nein	Nein	Nein	Ja Schwager (Psychose)	Nein
3.16	Eigene Erkrankung bedingt durch die Pflege :	Nicht thematisiert	Nein	Knochenhautentzündung Bandscheibenprobleme	Rückenprobleme	Nicht thematisiert
3.17	Positive Seite der Pflege :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Man lernt intensiver zu genießen	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
<b>4.</b>	<b><u>Lebenssituation des Pflegenden:</u></b>					
4.1	Besteht ein festgelegter Tagesablauf ?	Ja wg. Essen	Ja wg. Hund und Familie	Ja vor allem an Werktagen	Ja wg. Essen	Ja wg. Dekubitus
4.2	Derzeitige Unterstützung durch - Pflegedienst :	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja, zur Behandlungspflege
4.3	- Zivildienstleistende :	Nein	Nein	Ja	für Schwager	Nein
4.4	- Frauenhilfe :	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4.5	- Essen auf Rädern :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Mo. – Fr.	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
4.6	- Kriegsopferfürsorge :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Finanziert für 4 Wochen im Jahr KZP.	Nicht thematisiert
4.7	Eßkultur :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Essen auf Porzellanteller schön zubereiten.	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
4.8	Einrichtung Pflegezimmer :	Nicht thematisiert	Bett frei im Raum stehend	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert

	7	8	9	10	Interview Nummer :	
Ja	Ja	1989-1993 Zivi vom CfB. 1993-1997 Pflegedienst u. Zivi. Seit 97 neuer Pflegedienst Kein Zivi mehr.	Ja	Ja 1 / 96 – 9 / 97 Pflegedienst Seit 10 / 97 jetziger Dienst	Unterstützung durch Hilfsorganisationen ?	3.10
Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Berufstätigkeit parallel zur Pflege .	3.11
----	----	25 Stunden	20 Stunden	20 Stunden	Anzahl der Wochenstunden:	3.12
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Besteht biographischer Bezug zur Pflege ?	3.13
Ja Schwiegermutter Schwägerin	Nein	Nein	Nein	Ja damalige Schwiegermutter	Haben Sie früher schon andere Angehörige gepflegt ?	3.14
Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Betreut derzeit	3.15

			Schwiegermutter (Verlust des Kurzzeitgedächtnisses).		weitere Angehörige ?	
Nein	Nein	Nein	Nein	Psycho-somatische Beschwerden Druckgefühl i. Hals früher Alpträume	Eigene Erkrankung bedingt durch die Pflege :	3.16
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Mit Rauchen aufgehört Übergewicht reduziert	Positive Seite der Pflege :	3.17
					<b>Lebenssituation des Pflegenden:</b>	<b>4.</b>
Ja aus Tradition	Ja unbewußt	Ja	Ja	Ja zur Bewältigung der Situation	Besteht ein festgelegter Tagesablauf :	4.1
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Derzeitige Unterstützung durch - Pflegedienst :	4.2
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	- Zivildienstleistende :	4.3
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	- Frauenhilfe :	4.4
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	- Essen auf Rädern :	4.5
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	- Kriegsopferfürsorge :	4.6
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Eßkultur :	4.7
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Einrichtung Pflegezimmer :	4.8

	Interview Nummer :	1	2	3	4	5
4.9	Vom Pflegenden ausgeübte Pflegetätigkeiten Einkaufen Kochen Nahrungszufuhr Putzen Waschen Med. Zufuhr Körperpflege Hygiene Nagel-Fußpflege  Lagerung	<b>Ja</b> <b>Ja</b> <b>Ja</b> <b>Ja</b> <b>Ja</b> <b>Ja</b> <b>Ja</b> <b>Ja</b> <b>Ja</b> Nicht thematisiert  <b>Selten</b>	<b>Ja</b> / Nein Ja / <b>Nein</b> <b>Ja</b> / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Nein</b> Ja / <b>Selten</b> Nicht thematisiert  Ja / Nein	<b>Ja</b> / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Nicht thematisiert  Ja / Nein	<b>Ja</b> / Nein Ja / <b>Nein</b> Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Nicht thematisiert  Ja / Nein	<b>Ja</b> / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Ja / Nein Nicht thematisiert  Ja, alle 2 Std.
4.10	Teilnahme – Kurs häusliche Krankenpflege ?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein noch nicht
4.11	Literatur – Hauskrankenpflege ?	Nein	Nein	Nein	Ja, anfangs	Nein
4.12	Sonstiges	Broschüren der	Nein	Broschüren	Broschüren	Nein

	Informationsmaterial ?	Diakonie		MS-Zeitschrift		
4.13	Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für Pflegende Angehörige wünschen ?	Nicht nur Geld kassieren, sondern auch richtig pflegen.	Keine Idee	- Gesetzmäßigkeiten PV - Wegweiser für Betroffene - Rehamaßnah. - Antragstell.HM - Kur- Urlaub - Selbsthilfegr. teilnehmen u. gründen - Ernährung - Verhalten - Gegenseitigkeit - Behind.reisen - Psych. Berat. - Nachbarschaftshilfe	Keine Idee	- Vorfeld alles gut überlegen - Info Pflegekurs - Urlaub - Pfl. bestärken Unklarheiten durch Nachfrage zu beseitigen
<b>5.</b>	<b>Dekubitus :</b>					
5.1	Seit :	9 Jahren	2 ½ Jahren	7 Jahren	2 Jahren	2 Jahren
5.2	Lokalisation :	Waden Steißbein	Steißbein Hüfte Fersen Schulterblätter	Steißbein	Steißbein	Steißbein Fersen
5.3	Schon öfters aufgetreten ?	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein
5.4	Derzeit vorhanden :	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
5.5	Angewendete Behandlungsmethoden :	Betaisodonna Braunovidon Braunolind Zucker Mullverband Irixol chir. Behandlung.	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> Jod Mirfulan Oliotyl  Mullverband	Kamillosan Bepanthen   Nugel	Jod Bepanthen Penatencreme  Mercurchrom	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>  Braunovidol  Mercurchrom Mullverband Fixomull
5.6	Wer führt die Behandlung durch ?	Pflegedienst und Pflegende	Pflegedienst	Pflegedienst und Pflegender	Pflegedienst u. Pflegende	Pflegedienst

6	7	8	9	10	Interview Nummer :	
<b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> Nicht thematisiert <b>Selten</b>	<b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> Vom Sohn durchgeführt Nicht thematisiert.	<b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> Nicht thematisiert <b>Nein</b>	<b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Selten</b> Nicht thematisiert <b>Ja</b>	<b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> <b>Ja / Nein</b> Nicht thematisiert <b>Ja</b>	Vom Pflegenden ausgeübte Pflegetätigkeiten: Einkaufen Kochen Nahrungszufuhr Putzen Waschen Med. Zufuhr Körperpflege Hygiene Nagel-Fußpflege  Lagerung	4.9
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Teilnahme – Kurs häusliche Krankenpflege ?	4.10
Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Literatur – Hauskrankenpflege ?	4.11
Nein	Nein	MS-Zeitschrift	Nein	Broschüren der KK	Sonstiges Informations-	4.12

					material ?	
Pflegende sollen bei anstrengenden Pflegebedürftigen Gelassenheit und Geduld erlernen.	Keine Idee	MS- und Rheumakranke müßten besser geprüft werden bei Rentenansprüchen und Krankschreibung. Werden oft als Simulant hingestellt.	- Informationen zur Pflegeversicherung. - Wenn man etwas braucht, wohin man sich dann wenden kann.	- Informationen zur PV - Urlaubsvertretung - Selbsthilfegruppen	Welchen Inhalt würden sie sich in einem Ratgeber für Pflegende Angehörige wünschen ?	4.13
					<b>Dekubitus :</b>	<b>5.</b>
2 Jahren	¾ Jahr	5 Jahren	1 ½ Jahren	1 ½ Jahren	Seit :	5.1
Steißbein	Steißbein 1984 am Bein	Steißbein Fersen	Steißbein	Steißbein	Lokalisation :	5.2
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Schon öfters aufgetreten ?	5.3
Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Derzeit vorhanden :	5.4
Eisbehandlung Mirfulan Salbe Comprigel	Eisbehandlung Salben Hydrocolloide	Novuxol Salbe Zetovit	Nicht thematisiert Nicht bekannt	Zinksalbe Mirfulan	Angewendete Behandlungsmethoden :	5.5
Pflegedienst u. Pflegende	Pflegedienst	Pflegedienst	Pflegedienst	Pflegedienst u. Pflegende	Wer führt die Behandlung durch ?	5.6

	Interview Nummer :	1	2	3	4	5
5.7	Angewendete Prophylaxen :	Kopfteil v. Bett verstellen 3 teil. Schaumstoffmatr.  Haut cremen  Binde um Waden wickeln	Lagerung  Wechseldr.matr.  Bettfell u. Schuhe Haut einölen  Sitzkranz	Lagerung  Wechseldr.matr.	Lagerungskeile  Glatte Schaumst.matr.	Lagerung (2 stündlich) Wechseldr.matr.  Fellschuhe  Keine Windeln
5.8	Erfahrung mit Heim-oder Krankenhausaufenthalten :	Kam immer (4x) mit Dekubitus nach Hause.	Kam mit Dekubitus aus KH zurück	Schlechte Betreuung in Kuraufenthalt KZP gute Erf.	Zustand danach nicht verändert	Kam mit Dekubitus aus KH zurück
5.9	Sanitätshaus :	Bett geliefert	Sitzkranz Fellschuhe	Nicht thematisiert	Luftkissen	Nein
5.10	Heil- u. Hilfsmittelfirmen :	Nein	Lieferten Windeln u. Unterlagen	- Sollen Produkte zur Probe zur Verfügung	Lieferten Pflegebett und Toilettensitz	Lieferten Betteinlagen



				stellen. - Bieten HM Musteratteste - Aussteller auf Reha Messen - Überhöhte Preise		
5.11	Teilnahme an der Fachmesse Rehab :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Ja, öfters	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert

	7	8	9	10	Interview Nummer :	
Lagerung d. Pflegedienst Wechseldr.matr.  Bettfell  Haut cremen  Sitzen i. Rollst.	Wechseldr.matr.	Keine Lagerung  Wechseldr.matr.  Betaisodonna  Leinentuch, immer gleiches Waschpulver, wenig Obst	Lagerung  Wechseldr.matr.  Bettfell	Lagerung  Würfelmatratze  Keine Windeln	Angewendete Prophylaxen :	5.7
Nein	Bekam Dekubitus i. KH.	Nach jedem. Pflegeheim- aufenthalt – Dekubitus.	Kam aus KH zurück und war noch mehr offen als zuvor.	Nein	Erfahrung mit Heim- oder Krankenhaus- aufenthalt :	5.8
Nein	Gute Beratung	Gute Beratung	Bett geliefert	Fellschuhe gekauft	Sanitätshaus :	5.9
Nein	Unzufrieden, wünscht sich besser ausgebildete	Kein Kontakt	Rollstuhl geliefert	Nein	Heil- u. Hilfs- mittelfirmen :	5.10

	Mitarbeiter.					
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Teilnahme an der Fachmesse Rehab :	5.11

	Interview Nummer :	1	2	3	4	5
6.	<b>Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :</b>					
6.1	Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?	Nicht alle Tage Sonnenschein. Ehemann hilft mit. Mich hat noch nie jmd. jammern hören. Tante wird jetzt gepflegt und fertig. Denkt, manche Tage oh je, muß schon wieder dies u. jenes machen. Pflegt trotzdem. Was will ich denn machen. Anfangs, viele Besucher. Jetzt, niemand mehr Bin froh, daß ich	So hatte ich mir das nicht vorgestellt. Der Dekubitus sah schockierend aus. Anfangs war man nicht mehr Herr im Haus. Anfangs war ich nicht in der Lage, etwas an der Schwiegermutter zu machen. Volle Windeln – anfangs habe ich es drin gelassen. Kann sie nicht alleine fertig machen. Die Griffe hat man ja nicht.	Teilweise beschissen. Partnerschaft kann nicht gelebt werden. Karriere gestoppt, wegen der Pflege. Die besten Jahre werden nicht richtig gelebt. Pflegenden ist schlechter dran als der Kranke. Könnst ja noch Gott weiß was machen. Tod als Erlösung. Hoffst auf das Überleben in kritischen	Die Pflege ist streßig. Nervlich anstrengend. Manchmal ist es ganz schlimm. Der an Psychose Erkrankte Schwager wird auch betreut. Manchmal rastet man schon aus, wenn mehrere unangenehme Dinge zusammenkommen. Die Spontanität geht verloren. Ausgehen wird reduziert. Die	Es geht. Ich mache das eigentlich gerne. An manchen Tagen fällt die Pflege schwer. Die Schwiegermutter ist manchmal ziemlich grantig. Das steckt an. Die Pflegenden sieht es als eine Art Beruf an. Große Überwindung kostete anfangs das Füttern. Die Aufregungen sind weniger geworden, seit die Schwiegermutter

		noch anderen helfen kann. Tante klagt über Kopfschmerzen nach Lagerung. Das geht einem an die Nerven. Besucher kommen auch keine mehr.	Pflege läuft nebenbei. Eigenen Söhne besuchen sie nicht. Pflege schränkt ein beim Ausgehen.	Situationen. Fordert in manchen Situationen sadistische Strafen für sich selber. Will Kinder nicht so in die Pflicht nehmen. Sagt: „Wir kriegen die paar Jahre noch rum.“	Schwiegermutter kann nicht reagieren und auch nicht unterstützend mithelfen. Man hat sich dran gewöhnt. Es war ja nicht gleich so schlimm. Geplante KZP klappt nicht. Das sind dann immer so Sachen.	immobil ist. Der Pflegeaufwand hat sich vergrößert. So richtig schlecht geht es mir nie.
--	--	--	---	---	--	--

6	7	8	9	10	Interview Nummer :	
					<b>Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden :</b>	6.
Nicht schlecht. Es ist mir nicht zuviel. Freut sich, daß sie nachts nicht aufstehen muß. Bei nicht wahrnehmbaren Atembewegungen der Mutter, hat sie Angst, sie sei verstorben. Mutter reagiert nicht mehr. Das war im ersten Jahr besser. Hatte anfangs Schwierigkeiten beim Säubern der Zahnprothesen. Die Pflegenden leidet nicht	Die Pflegenden kann nie besonders lange aus dem Haus gehen. Man ist sehr eingeschränkt. Sie hat keine richtige Ruhe, wenn sie alleine weggeht. Es gab furchtbare Situationen mit dem Stuhlgang. Er war verdreht im Kopf, damals. Sie läßt sich nicht durch die Pflege belasten. Wenn sie keine Lust hat zu kochen, gibt es	Arbeitsmäßig gut. Psychisch schlecht. Leidet oft an Kopfschmerzen. Ist dann mürrisch. Phasenweise sind die eisernen Reserven verbraucht. Erhält dann Nervenspritzen. Seitdem es eine Bezugsperson gibt, geht es ihr selber und ihrem Mann besser. Kontakte zu Freunden gehen zurück. Gedanken, wie,	Zeitweise strengt die Pflege nervlich sehr an. So haben sie sich die Pflege nicht vorgestellt. Anfangs kamen viele Bekannte. Jetzt kommt keiner mehr. Einnahme von Jarsin zur Beruhigung der Nerven. Um in Urlaub zu fahren, wird das Essen für 1 Woche vorgekocht. So richtig beruhigt fährt man aber auch nicht weg.	Eigene Wohnung aufgegeben. Ins Haus der Mutter gezogen. Im ersten halben Jahr ging es mit der Pflege ganz gut. Mit der Zeit wird man von rundum alleine gelassen. Angst vor ähnlichem Schicksal wie dem der Mutter. Hatte Alpträume und Ohnmachtsattacken. Schlimme Situation, wenn die Mutter verwirrt ist und am Telefon ihre	Wie ergeht es Ihnen mit der Pflege ?	6.1

darunter, daß die Mutter nicht ansprechbar ist. Nimmt sich dann halt ein Buch mit ans Bett und beschäftigt sich mit sich selber.	nur etwas schnelles. Braucht Bewegung zum Ausgleich. Verärgert über Zuzahlung zu Medikamenten.	das Leben ging an mir vorbei, treten auf. Bekam schon 3 mal von Ärzten gesagt, ihr Mann würde nicht überleben. „Das muß man erst einmal verkraften,“ sagt die Pflegendende.	Das Leben kann nicht mehr so flexibel gestaltet werden wie früher. Freundschaften sind zerbrochen. Anfangs dachte die Pflegendende sie schafft das nicht.	Situation beklagt. Spontaneität geht verloren. Freizeit muß organisiert werden. Hat oft schon abends im Bett gelegen und Angst gehabt vor dem nächsten Tag. Würde sich nicht mehr für Pflege zu Hause entscheiden. Die ganze Familie leidet.		
--	--	---	---	--	--	--

	<b>Interview Nummer :</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.2	Auftreten von Überforderungssituationen :	Bei eigener Erkrankung	Nein	Ja, wenn viele Dinge zusammen kommen.	Ja, wenn etwas Extremes vorkommt.	Früher, als die Pflegebedürftige noch mobil war und nachts verwirrt durch das Haus gegeistert ist.
6.3	Aggression Depression Hilflosigkeit :	Nicht thematisiert	Nein Sieht Pflege neutral. Kann nicht mitleiden.	Ja Könnte die Pflegebedürftige manchmal an die Wand klatschen. Hebt sie unsanft aus dem Rollstuhl ins Bett. Spricht mit ihr darüber.	Ja, wenn die verwirrte Pflegebedürftige Nachts trotz Stuhlgang ihre Windeln zerpflückt.	Früher schon.

6.4	Abreagieren durch :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Joggen, Fahrrad fahren	Rauchen	Nicht thematisiert
	<b>Dekubitus-erkrankung :</b>					
6.5	- Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :	Dauerte 2 Jahre	Anfangs 4 mal gelagert	Neues Präparat. In 1-2 Tagen ist Rötung weg.	Es wird gar nicht besser im Moment	Besteht seit 2 Monaten
6.6	- Wiederauftreten als Pflegefehler :	Bei Heimaufenthalt	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Ärztin sagt, es ist ein rein pflegerisches Problem.	Nicht thematisiert
6.7	- Unangenehmer Geruch :	Wenn Wunde riecht ist die Salbe verbraucht. Bein hat auch manchmal gerochen. Dann frisch gemacht.	Es hat gestunken	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Pflegende konnte sich früher nicht vorstellen, damit umgehen zu können. Aber es muß halt sein.
	<b>Unterstützung durch die Familie :</b>					
6.8	- Aktiv ?	Ja	Ja	Ja	Nein	Kinder verabreichen gelegentlich was zu trinken.
6.9	- Emotional ?	Ja	Ja	Ja	Der Ehemann empfiehlt, seine Frau solle die Pflege als ihren Job betrachten.	Hat ein schlechtes Gewissen, weil es ja seine Mutter ist.

6	7	8	9	10	Interview Nummer :	
Nein	Ja, als Reaktion auf aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen.	Ja, bei eigener Erkrankung.	Ja, wenn viele Dinge zusammenkommen. Zur Zeit aber nicht.	Ja, öfters.	Auftreten von Überforderungssituationen :	6.2
Die Pflegende sagt manchmal energisch, sie soll schlucken, weil sie sehr lange zum Essen braucht. Aber das sei nicht böse gemeint. Sie wärmt den Kaffee nicht auf, wenn er kalt wird.	Sie ist verärgert, wenn ihr Mann nichts essen will. Sie muß dann zusehen, wie er zerfällt, sagt die Pflegende.	Aggressionen kamen auf, als ihr Mann im Urlaub, durch Unachtsamkeit in ein Zuckerkoma verfiel. Er kam aus dem Urlaub zurück, und ich hatte die Probleme. Depression kennt die Pflegende auch. Es gab Zeiten, in denen sie kein Wort mit ihrem Mann gesprochen hat. Hilfslosigkeit kennt sie nicht, da sie gelernt hat, einen Behinderten nicht zu bemitleiden.	Ja, wenn der Vater nicht reagiert, wenn sie ihn anspricht. Sie schreit ihn allerdings nicht an, da sie der Meinung ist, daß nicht Willkür, sondern die Krankheit Ursache für sein Verhalten ist. Sie geht dann aus dem Raum.	Aggressionen treten auf, wenn alles zu viel wird. Wenn sich mehrere kleine Pannen häufen. Depression und Hilfslosigkeit sind ebenfalls bekannt.	Aggression Depression Hilfslosigkeit	6.3

Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Tür zuschlagen, gegen Fußball kicken	Johanniskraut	Abreagieren durch ?	6.4
					<b>Dekubitus- erkrankung :</b>	
Es tut mir schon leid.	Nicht thematisiert	4 Monate war es ganz schlimm.	Nicht thematisiert	Hat ein halbes Jahr gedauert.	- Langwierigkeit bis zum Heilerfolg :	6.5
Pflegende überlegt, ob sie die Windeln zu selten wechselt. Ärztin sagt, es käme nicht vom Urin, da sie damals einen Katheter hatte.	Ja	Zu Hause hat er nie offene Stellen. Sie nimmt immer das gleiche Waschpulver u. Unterlagen.	Falscher Handgriff, hochziehen im Bett, daher kommt das vermutlich.	Nicht thematisiert.	- Wiederauftreten als Pflegefehler :	6.6
Riecht nicht.	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Der Geruch ist sehr unangenehm. Eine Art Kribbeln befällt ihren Körper, wenn sie den Verband wechselt.	- Unangenehmer Geruch ?	6.7
					<b>Unterstützung durch die Familie</b>	
Ja Ehemann	Ja	Ja Tochter Schwiegersohn	Ja Ehemann Sohn	Nein	- Aktiv ?	6.8
Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	- Emotional ?	6.9

	<b>Interview Nummer :</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.10	Auswirkung auf die Familie :	Keine	Tochter kam nicht mehr so oft zu Besuch, hatte kein Zimmer mehr.	Der 25-jährige Sohn unterstützt den Vater auffallend ausgeprägt. Vater macht sich Sorgen.	Die Kinder sind schon älter. Sie leiden nicht unter der Pflegesituation. Der Ehemann wurde nicht erwähnt	Kinder erleben das Altwerden und werden dadurch belastet. Freizeitmöglichkeiten zusammen mit dem Ehemann sind sehr eingeschränkt.
6.11	Wohnsituation :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Großes Haus, kein Problem Hilfsmittel einzubauen. Kennt da ganz andere Familien	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
6.12	Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?	Ja	Ja	Ja	Früher wünschte sich die Pflegende, ihre Ärztin öfter zu sehen, wenn sie unsicher war.	Ja. Bekam von HA gezeigt, wie die Dekubitus-Behandlung durchzuführen ist. Kann jederzeit Fragen stellen.
6.13	Macht er regelmäßige Hausbesuche ?	Ja 1 mal pro Woche	Ja	Ja	Nein	Ja 1 mal pro Woche
6.14	Verschreibt er	Jetzt schon	Ja	Ja.	Ja.	Ja.

	Ihnen, was Sie benötigen ?			Die Ehefrau braucht sehr viele Tabletten.	Obgleich sie kaum etwas braucht.	Sofern es im Rahmen seiner Möglichkeiten ist.
6.15	Rezepte für Hilfsmittel :	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6.16	Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	
6.17	Nicht Inanspruchnahme zustehender Hilfen :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Zögert bei Höherstufungsantrag
6.18	Betreuung durch andere Fachärzte :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Neurologe	Urologe
6.19	Regelmäßige Hausbesuche :	----	----	----	Ja, alle 4 Wochen	Nein
6.20	Physiotherapeut :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
6.21	Sind sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?	----	Ja, Abrechnung gut aufgeschlüsselt	Ja Kirchlich orientiert, sehr zuverlässig.	Ja.	Ja
6.22	Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :	----	Meist die gleiche Schwester	Ja	Anfangs, ja.	Nicht thematisiert.

6	7	8	9	10	Interview Nummer :	
Kinder sind aus dem Haus. Es gab eine Situation an Weihnachten, bei der sich die Mutter vernachlässigt fühlte, was wiederum die Tochter ärgerte.	Die Kinder sind erwachsen und aus dem Haus.	Die Tochter kennt ihren Vater gar nicht gesund.	Man muß immer Abstriche machen und ist nicht so flexibel als wenn es keine Pflegesituation gäbe. V.a. Freizeit und Urlaub leiden.	Die 6-jährige Tochter leidet am meisten. Früher blieb mehr Zeit für sie. Tochter kennt die Gefühlsphasen der Mutter sehr gut. Zieht sich öfters zurück, was der Mutter Angst macht.	Auswirkung auf die Familie :	6.10
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Wohnsituation :	6.11
Ja, kann anrufen und Ärztin kommt ins Haus	Er macht seine Hausbesuche im Schnellzugtempo .	Ja	Ja	Ja, kam zur Unterstützung als der MDK da war.	Erfahren Sie ausreichende Unterstützung durch Ihren Hausarzt ?	6.12
Ja, alle 3-4 Wochen	Ja, alle 2 Wochen	Ja	Ja	Ja, alle 3 Wochen	Macht er regelmäßige Hausbesuche ?	6.13
Ja,	Ja	Ja	Ja	Ja	Verschreibt er	6.14

alles was Pflegedienst benötigt.					Ihnen was Sie benötigen ?	
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Rezepte für Hilfsmittel ?	6.15
Zahlt 50 DM pro Monat für Pflegebett.	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Hilfsmittel gegen Gebühr geliehen vom Pflegedienst :	6.16
Ja, will Staat nicht so ausnutzen.	Nicht thematisiert	Ja, kauft Urinflaschen selber. Hat auch früher, als sie Fürsorge bekamen nicht alle Hilfen in Anspruch genommen.	Ja, nicht absichtlich, aber aus mangelnder Information.	Nicht thematisiert	Nicht-Inanspruchnahme zustehender Hilfen :	6.17
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Hautarzt	Neurologe	Nicht thematisiert	Betreuung durch andere Fachärzte :	6.18
----	----	Nein	Nein	----	Regelmäßige Hausbesuche :	6.19
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Ja, 2 mal pro Woche für 1 Stunde.	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Physiotherapeut :	6.20
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Sind sie mit Ihrem Pflegedienst zufrieden ?	6.21
Ja	Ja	Nein, Hauptpflegeperson	Nein, Hauptpflegeperson	Nein, regelmäßig die gleiche Schwester	Betreuung durch wechselndes Pflegepersonal :	6.22

	Interview Nummer :	1	2	3	4	5
6.23	Festgelegte Pflegezeiten :	----	Nicht thematisiert	Ja	Grob festgelegt.	Nicht thematisiert
6.24	Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :	----	Ja	Ja	Ja	Nein
6.25	Belastung durch „fremde“ Menschen im Haus :	----	Nein Hat Vertrauen zu Ihrem Pflegedienst	Nein Man muß aber seine ganze Intimsphäre aufgeben.	Es handelt sich um eine Schwester die regelmäßig kommt, die man kennt.	Nicht thematisiert
6.26	Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?	Nein	Nein, bei Bedarf kommt der Pflegedienst öfters	Ja, Haushaltshilfe	Der Pflegedienst kommt so oft, wie er angefordert wird.	Nein
6.27	Pflege aus Liebe oder Pflichtgefühl ?	Tante war früher für die Familie da, deshalb ist jetzt die Fam. für die Tante da.	Aus Selbstverständlichkeit. Man kann gar nicht anders. Es sind ja die eigenen Eltern.	Anfangs Liebe, jetzt Liebe, Pflichtgefühl und Mitleid.	Bei der eigenen Mutter, oder auch Bruder oder Schwester, wäre es schon anders.	Ein alter Mensch soll Erleichterung erfahren, solange er noch am Leben ist. Kostenfrage, Pflege zu Hause ist besser auf die Bedürfnisse des Kranken abzustimmen.
6.28	Würden Sie auch andere Angehörige	Ja, Macht mir nichts aus.	Ja	Ja, Aber nicht in dem Ausmaß	Ja	Abhängig von der Situation.



	pfllegen ?	Bin sozial eingestellt.				
<b>7.</b>	<b>Pflegeversicherung :</b>					
7.1	Erhalten Sie Unterstützung ?	Ja, Pflegestufe 3 Geldleistung	Ja, Pflegestufe 3 Kombinationsleistung	Ja, Härtefallregel. Sachleistung	Ja, Pflegestufe 3 Geldleistung	Ja, Pflegestufe 2 Geldleistung
7.2	Ist die finanzielle Unterstützung ausreichend :	Nein, 500 DM / Monat v. privat	Ja	Nein, 200-300 DM / Monat v. privat.	Ja	Ja
7.3	Zufriedenheit mit der Pflegekasse :	Ja, wenn sie von Bekannten etwas hört, fragt sie sofort bei der PK nach. Wird dann immer gut beraten.	Ja, hatte guten Ansprechpartner	Nachforderungen kommen oft für 2-3 Monate geballt. Großer Batzen auf einmal.	Keinerlei Klagen.	Nein, Mangelhafte Informationen bezüglich der Pflegevertretung.
7.4	Soziale Sicherung der Pflegeperson :	Nicht thematisiert	Ja	Nicht thematisiert	Ja	Ja

6	7	8	9	10	Interview Nummer :	
Zwischen 8 und 9 Uhr	Später Vormittag	Ja	Ja	Ja	Festgelegte Pflegezeiten :	6.23
Ja	Pflegeperson ist immer da.	Nicht thematisiert	Nein	Onkel ist immer da.	Selbständiger Zugang zur Wohnung per Schlüssel :	6.24
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Früher, ja. Zivis, die meine familiäre Situation gar nicht kannten u. nur 1 Jahr blieben.	Nicht thematisiert	Nein	Belastung durch „fremde“ Menschen im Haus :	6.25
Nein	Anfangs ja, jetzt nicht mehr.	Nein Pflegedienst kommt bei Bedarf öfters.	Nein, bei Bedarf kommt der Pflegedienst öfters.	Nein	Könnten Sie mehr Unterstützung gebrauchen ?	6.26
Es war schon immer vereinbart, daß die Mutter, wenn sie pflegebedürftig wird, zu ihr zieht.	Es ist der eigene Ehemann. In einem Heim würde es ihm nicht gut gehen.	Nicht thematisiert	Liebe, sagt die Mutter. Weil es der eigene Vater ist, sagt die Tochter.	Pflichtgefühl	Pflege aus Liebe oder Pflichtgefühl ?	6.27
Ja	Sie ist keine geborene Pflegerin.	Ja, vorausgesetzt, daß ein gutes Verhältnis	Ja	Käme auf die Situation an.	Würden Sie auch andere Angehörige pfllegen ?	6.28

		besteht.				
					<b>Pflegeversicherung :</b>	<b>7.</b>
Ja, Pflegestufe 3 Kombinationsleistung	Ja, Pflegestufe 3 Kombinationsleistung	Ja, Pflegestufe 3 Sachleistung	Ja, Pflegestufe 3 Sachleistung	Ja, Pflegestufe 3 Kombinationsleistung	Erhalten Sie Unterstützung ?	7.1
Ja	Nicht überprüft	Für den Pflegedienst schon. die Unkosten privat sind aber sehr hoch.	Das Geld reicht um die Kosten für den Pflegedienst zu decken.	Für die Arbeit die man hat, ist es herzlich wenig.	Ist die finanzielle Unterstützung ausreichend ?	7.2
Keinen Kontakt zur PV.	Ich habe das alles mit meinem normalen Menschenverstand gemacht.	Es gab noch nie Probleme. Die Pflegekasse hat Die zweite Pflegeperson abgelehnt. Jetzt ist ein Höherstufungsantrag gestellt. Der MDK war noch nicht da.	Nein, sehr mangelhafte Informationen. Keine Informationen bezüglich Pflegepaket. Leistungen daraus wurden lange Zeit selber erbracht. Mitarbeiter wissen selber nicht Bescheid.	Urlaubsvertretung, die nicht zu teuer ist, wird nicht erlaubt. Anträge dauern lange bis zur Bearbeitung.	Zufriedenheit mit der Pflegekasse :	7.3
Nein Rentnerin	Nein Rentnerin	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Soziale Sicherung der Pflegeperson :	7.4

	<b>Interview Nummer :</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7.5	Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?	Ja	Ja	Ja	Wir haben einen Badewannensitz, Krankenbett und ein Luftkissen für den Sessel.	Ja
7.6	Schwierigkeiten bei der Beschaffung :	Nein	Nein	Nein	Dauert etwas länger, bis es geliefert wird. Rezept v. Arzt.	Nein, Arzt hatte Rezept ausgestellt.
7.7	Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7.8	Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?	Kurzzeitpflege	Private Pflegevertretung	Kurzzeitpflege	Kurzzeitpflege	Private Pflegevertretung
7.9	Behindertengerechter Umbau der Wohnung :	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
7.10	Unterstützung durch die PV ?	----	----	Nein, die gab es da noch nicht (Landeswohlfahrtspflege)	----	----
7.11	Kuren für	Nicht	Nicht	Ja	Nicht	Nicht

	pfliegende Angehörige :	thematisiert	thematisiert		thematisiert.	thematisiert
7.12	Qualitätssicherung :	Ja, Nachbarn fragen, „was machen die in so kurzer Zeit.“	----	----	Ja	Nicht thematisiert
7.13	Illegale Pflegemöglichkeiten :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Polenfrauen	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
7.14	Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :	Ja	Nicht thematisiert	Ja	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
7.15	Überraschung durch Gesetzesänderung :	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Ja	Ja
<b>8.</b>	<b><u>Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :</u></b>					
8.1	Teilnahme an : - Selbsthilfegruppen :	Nein	Nein	Ja MS-Gruppe	Nein	Nein
8.2	- Gesprächskreis für pflegende Angehörige :	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
8.3	- Psychologischer Betreuung .	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Ja, bei Kuraufenthalten MS-Gruppe	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert

6	7	8	9	10	Interview Nummer :	
Nein	Ja	Ja	Ja	Ja, Pflegedienst empfiehlt die notwendigen.	Kennen Sie die Ihnen zustehenden Hilfsmittel ?	7.5
Nein, der Pflegedienst hat sich um alles gekümmert.	Ja. Bei der Anschaffung eines Spezialstuhles.	Nein	Der Pflegedienst hat alles organisiert.	Nein	Schwierigkeiten bei der Beschaffung ?	7.6
Nein	Der MDK war 3-4 Stunden da. Das war furchtbar, sagt die Pflegende.	Nein, Höherstufungsantrag ist gestellt.	Ja, wir haben lange um die Höherstufung in Stufe 3 gekämpft. 4 Ärzte waren da.	Ja, konnte nicht alleine mit dem MDK umgehen. Rief den Hausarzt zur Hilfe.	Probleme bei der Ein- oder Höherstufung :	7.7
Keine	Keine	Kurzzeitpflege Private Pflegevertretung.	Keine	Keine	Welche Form der Pflegevertretung haben Sie bislang in Anspruch genommen ?	7.8
Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Behindertengerechter Umbau der Wohnung :	7.9
----	----	Nein, damals gab es noch keine PV. Privat gezahlt.	Nein, selbst gezahlt, es mußte schnell gehen.	Nein, wurde privat gezahlt.	Unterstützung durch die PV :	7.10
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Kuren für pflegende	7.11

					Angehörige :	
----	----	----	----	----	Qualitäts- sicherung :	7.12
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Illegale Pflege- möglichkeiten :	7.13
Ja	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Sparsamer Umgang mit Pflegematerial :	7.14
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Überraschung durch Gesetzes- änderung :	7.15
					<b>Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen :</b>	<b>8.</b>
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Teilnahme an : - Selbsthilfe- gruppen :	8.1
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	- Gesprächskreis für pflegende Angehörige :	8.2
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Ja, während Kuraufenthalten	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	- Psycho- logische Betreuung :	8.3

	<b>Interview Nummer :</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8.4	- Kuren zur Er- holung :	Nicht thematisiert	Nein	Ja	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
8.5	Gespräch mit Freunden / Familie :	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
8.6	Lob und Anerkennung :	HA sagt, ich sei seine beste Pflegerin.	Pflegedienst sagt, so gut wie hier hatten sie es noch nie.	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert
8.7	Möglichkeiten zur Entspannung :	Gartenarbeit Einkaufen (für Familie)	Hund Garten	Joggen Fahrrad fahren Eiscafe	Kurzzeitpflege- aufenthalt der Angehörigen.	Tätigkeit als Tagesmutter
8.8	Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?	Nicht täglich	Ja, für die Berufstätigkeit	Nein, geht ganz selten aus.	Nicht täglich	Ja, am Abend
8.9	Urlaub :	Ja	Ja	Ja, 1 mal vor 4 Jahren	Ja	Ja, 2 mal in 4 Jahren
8.10	Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?	Nein	Nein	Angedacht, keineswegs zu Ende gedacht.	Solange die Schwiegermutter lebt, nicht. Später den Schwager schon, da sie nicht ewig pflegen möchte.	Nein, nicht solange die Pflege zu bewältigen ist.
8.11	Was denkt Ihre	Möchte das nicht	Nicht	Söhne sind auch	Kinder halten	Nicht

	Familie darüber ?		thematisiert	dagegen	sich raus. Ehemann wurde nicht erwähnt.	thematisiert.
8.12	Kraft schöpfen aus ? Motivation weiter zu machen :	Heilerfolge	Nicht thematisiert	- Gedanke, daß Frau schon Tod wäre, ohne die Pflege. - Begeisterung der Gruppe bei Unternehmungen. - Durch das Meistern schwieriger Situationen.	Nicht thematisiert	Heilerfolg

6	7	8	9	10	Interview Nummer :	
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nein, nur gegen ihre eigene Rheumaerkrankung.	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	- Kuren zur Erholung :	8.4
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Gespräch mit Freunden / Familie :	8.5
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Lob und Anerkennung :	8.6
Dienst als Küsterin	Laufen Rad fahren	Hund	Jarsin Hund gelegentliches Ausgehen	Zeit mit der Tochter verbringen	Möglichkeiten zur Entspannung :	8.7
Garten Lesen	Ja	Nicht täglich	Ja	Nicht täglich	Nehmen Sie täglich eine gewisse Zeit für sich alleine in Anspruch ?	8.8
Nein, Familie besitzt Haustiere.	Ja	Ja, aber erst seit 2 Jahren.	Ja	Nein, Planung besteht aber für nächstes Jahr.	Urlaub :	8.9
Nein	Nein, selbst gegen einen Kurzzeitpflegeaufenthalt hat sich die Familie entschieden.	Nein, nur bei eigener Erkrankung. Auch aus finanziellen Gründen nicht.	Nein, sagt die Mutter. Ja, sagt die Tochter.	Nein, jetzt nicht mehr	Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen ?	8.10
Zuerst müßten	Söhne wollen	Sieht das	Pflegende und	Ehemann verhält	Was denkt Ihre	8.11

sich die anderen Töchter um die Mutter kümmern.	das ebenfalls nicht.	genauso	ihr Ehemann haben schon über einen Pflegeheimaufenthalt nachgedacht.	sich sehr neutral. Sagt nichts zu der Pflegesituation. Die Geschwister der pflegenden kümmern sich auch um nichts.	Familie darüber ?	
Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Nicht thematisiert	Das weiß ich auch nicht, das hat man einfach so. Das liegt in der Familie. Unser Hund.	Ach, ich weiß auch nicht, vielleicht doch einmal eine Selbsthilfegruppe besuchen.	Kraft schöpfen aus : Motivation weiter zu machen :	8.12

### 3.2.3 Zusammenfassende Ergebnisse

#### 1. Allgemeines:

- 1.1 Durchführung aller Gespräche vom 06.05.1998 bis 19.08.1998.
- 1.2 Die durchschnittliche Gesprächsdauer beträgt 62 Minuten, entsprechend einem Median von 56,5 Minuten und einem Range von 40 – 98 Minuten.
- 1.3 3 von 10 Befragungen entstanden durch die Vermittlung von Medizinerinnen.
- 1.4 Sämtliche Pflegedienste als auch Mediziner, die Angehörige rekrutierten, haben ihren Sitz im Landkreis Darmstadt.
- 1.5 Sämtliche zur Befragung bereite pflegende Angehörige als auch Pflegebedürftige wohnen im Landkreis Darmstadt.

#### 2. Einzelfallanalyse / Pflegebedürftiger:

- 2.1 Das durchschnittliche Lebensalter beträgt 75 Jahre, entsprechend einem Median von 79 Jahren und einem Range von 48 – 88 Jahren.
- 2.2 3 von 10 Pflegebedürftigen sind Männer.
- 2.3 3 von 10 Pflegebedürftigen sind verheiratet.
- 2.7 Durchschnittliche Pflegebedürftigkeit von 6 Jahren, entsprechend einem Median von 3,5 Jahren und einem Range von 1,5 – 11 Jahren.
- 2.8 Durchschnittliche Dekubituskrankung seit 3 Jahren, entsprechend einem Median von 2 Jahren und einem Range von 0,75 – 9 Jahren.
- 2.9 Alle Pflegebedürftigen weisen als Lokalisation des Dekubitus das Steißbein auf.

#### 3. Einzelfallanalyse / Pfleger:

- 3.1 Durchschnittliches Lebensalter der Pflegenden liegt bei 54 Jahren, entsprechend einem Median von 50,5 Jahren und einem Range von 43 – 75 Jahren.
- 3.2 1 von 10 Pflegenden ist männlich.
- 3.3 Alle Pflegenden sind verheiratet und haben Kinder.
- 3.5 3 von 10 Pflegenden sind Schwiegertöchter.  
3 von 10 Pflegenden sind Ehepartner.  
3 von 10 Pflegenden sind Töchter.
- 3.6 Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt 6 Jahre, entsprechend einem Median von 3,5 Jahren und einem Range von 1,5 – 20 Jahren.
- 3.7 In allen 10 Befragungen wurde die Pflege zuvor von keiner anderen Person ausgeführt.
- 3.8 In 7 von 10 Befragungen sind regelmäßig mehrere Angehörige an der Pflege beteiligt.
- 3.9 In 7 von 10 Befragungen leben Pflegebedürftiger und Pfleger im gleichen Haushalt.
- 3.10 Alle 10 Befragten erhielten schon einmal Unterstützung von Hilfsorganisationen.
- 3.11 6 von 10 Befragten sind berufstätig.
- 3.12 Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beträgt 22 Stunden, entsprechend einem Median von 20 Stunden und einem Range von 12 – 40 Stunden.
- 3.13 In keiner der Befragungen besteht bei der Pflegeperson biographischer Bezug zur Pflege.
- 3.14 5 von 10 Befragten haben früher schon andere Angehörige gepflegt.
- 3.15 2 von 10 Befragten betreuen derzeit einen weiteren Angehörigen.
- 3.16 3 von 10 Befragten haben eine eigene, pflegebedingte Erkrankung erwähnt.
- 3.17 2 von 10 Befragten haben eine „positive Seite“ der Pflege angesprochen.

#### 4. Lebenssituation des Pflegenden:

- 4.1 Alle Pflegenden haben einen festgelegten Tagesablauf.
- 4.2 9 von 10 Befragten erhalten derzeit Unterstützung durch Hilfsorganisationen.
- 4.3 9 von 10 Befragten erhalten Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst.
- 4.4 1 von 10 Befragten erhält Unterstützung durch Zivildienstleistende.
- 4.5 Keiner der Befragten erhält Unterstützung durch Frauenhilfe.
- 4.6 1 von 10 Befragten erwähnt, Essen auf Rädern zu erhalten.
- 4.7 1 von 10 Befragten erwähnt, Unterstützung durch Kriegsopferfürsorge zu erhalten.
- 4.8 1 von 10 Befragten erwähnt, daß er darauf achtet, das Essen schön auf Porzellantellern anzurichten.
- 4.9 1 von 10 Befragten erwähnt das frei im Raum stehende Pflegebett, um Zugang von allen Seiten zu haben.
- 4.11 Keiner der Befragten hat an einem Kurs für häusliche Krankenpflege teilgenommen.
- 4.12 2 von 10 Befragten haben ein Buch über häusliche Krankenpflege gelesen.
- 4.13 4 von 10 Befragten lesen Broschüren als Informationsmaterial.  
2 von 10 Befragten erhalten eine MS-Zeitschrift.
- 4.14 3 von 10 Befragten fällt nichts ein, was in einem Ratgeber für pflegende Angehörige stehen sollte.

## **5. Dekubitus:**

- 5.1 Durchschnittliches Vorliegen eines Dekubitus seit 3 Jahren, entsprechend einem Median von 2 Jahren und einem Range von 0,75 – 9 Jahren.
- 5.2 Bei allen Pflegebedürftigen ist die Hauptlokalisierung das Steißbein.
- 5.3 Bei 8 von 10 Pflegebedürftigen ist ein Dekubitus schon öfter aufgetreten.
- 5.4 Bei 8 von 10 Pflegebedürftigen liegt derzeit ein Dekubitus vor.
- 5.6 In 5 von 10 Fällen führen sowohl Pflegedienst als auch Pfleger eine Dekubitusbehandlung durch.
- 5.7 7 von 10 Pflegebedürftigen liegen auf einer Wechseldruckmatratze.
- 5.8 6 von 10 Pflegebedürftigen bekamen den Dekubitus im Krankenhaus oder Pflegeheim.
- 5.9 2 von 10 Befragten hatten noch keinen Kontakt zum Sanitätshaus.
- 5.10 4 von 10 Befragten hatten noch keinen Kontakt zu Heil- und Hilfsmittelfirmen.
- 5.11 1 von 10 Befragten erwähnt die Teilnahme an der Fachmesse Rehab.

## **6. Subjektives Erleben der Pflegesituation von Seiten des Pflegenden:**

- 6.2 8 von 10 Befragten erlebten schon Überforderungssituationen.
- 6.3 6 von 10 Befragten geben zu, daß Aggressionen von seiten der Pflegenden im Laufe der Pflege auftraten.
- 6.4 4 von 10 Pflegenden erwähnen Strategien, um sich abzureagieren.
- 6.7 4 von 10 Befragten erwähnen den unangenehmen Geruch der Wunde.
- 6.8 7 von 10 Befragten erwähnen aktive Unterstützung durch die Familie.
- 6.9 8 von 10 Befragten erwähnen emotionale Unterstützung durch die Familie.
- 6.11 1 von 10 Befragten gibt an, keine Probleme beim Hilfsmiteleinbau (Treppenlifter) zu haben, aufgrund der großzügigen Wohnsituation.
- 6.12 8 von 10 Befragten erfahren ausreichende Unterstützung durch ihren Hausarzt.
- 6.13 9 von 10 Befragten geben an, daß ihr Hausarzt regelmäßig Hausbesuche macht.
- 6.14 In allen Fällen verschreibt der Hausarzt, was benötigt wird.
- 6.15 In allen Fällen stellt der Hausarzt Rezepte für Hilfsmittel aus.
- 6.16 1 von 10 Befragten zahlt Leihgebühr für ein Pflegebett an ihren Pflegedienst.
- 6.17 2 von 10 Befragten geben an, absichtlich nicht alle zustehenden Hilfen in Anspruch zu nehmen.



- 6.18 4 von 10 Befragten erwähnen andere Fachärzte, die ins Haus kamen.
- 6.19 1 von 10 Befragten erwähnt regelmäßige Hausbesuche von einem Facharzt.
- 6.20 1 von 10 Befragten erwähnt die Unterstützung durch einen Physiotherapeuten.
- 6.21 Alle Befragten, die derzeit einen Pflegedienst beauftragt haben (9), sind mit diesem zufrieden.
- 6.22 3 von 9 Pflegebedürftigen werden durch wechselndes Pflegepersonal betreut.
- 6.23 7 von 9 Pflegediensten kommen zu festgelegten Zeiten ins Haus.
- 6.24 In 4 von 10 Fällen hat der Pflegedienst Zugang zur Wohnung per Schlüssel.
- 6.25 5 von 10 Befragten fühlen sich nicht durch fremde Menschen im Haus belastet.
- 6.26 1 von 10 Befragten könnte mehr Unterstützung bezüglich der Pflege gebrauchen.
- 6.28 7 von 10 Befragten würden generell auch andere Angehörige pflegen.

## **7. Pflegeversicherung:**

- 7.1 Alle Befragten erhalten Unterstützung durch die Pflegeversicherung.  
8 mal Pflegestufe III, 1 mal Härtefallregelung, 1 mal Pflegestufe II.  
3 mal Geldleistung, 4 mal Kombinationsleistung, 3 mal Sachleistung.
- 7.2 2 von 9 Befragten reicht die finanzielle Unterstützung nicht aus.
- 7.5 1 von 10 Befragten gibt an, die Hilfsmittelangebote der PV nicht zu kennen.
- 7.6 1 von 10 Befragten hatte Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Hilfsmitteln.
- 7.7 7 von 10 Befragten hatten keine Probleme bei der Ein- oder Höherstufung.
- 7.8 4 von 10 Befragten haben noch keine Pflegevertretung in Anspruch genommen.
- 7.9 4 von 10 Befragten haben ihre Wohnung behindertengerecht umgebaut.
- 7.10 Keiner erhielt Unterstützung durch die PV für den Umbau.
- 7.11 1 von 10 Befragten erwähnt das Angebot von Kuren für pflegende Angehörige.
- 7.12 2 von 3 Befragten, die Geldleistung erhalten, erwähnen die Qualitätssicherung der PV.
- 7.13 1 von 10 Befragten sprach über illegale Pflegemöglichkeiten.
- 7.14 3 von 10 Befragten thematisieren ihren sparsamen Umgang mit Pflegematerial.
- 7.15 2 von 10 Befragten erwähnen unangenehme Überraschungen bedingt durch Gesetzesänderungen.

## **8. Bewältigung und Entspannung oder der Versuch, sich selbst zu helfen:**

- 8.1 1 von 10 Befragten nahm an einer Selbsthilfegruppe teil.
- 8.2 Keiner der Befragten nimmt an einem Gesprächskreis für pflegende Angehörige teil.
- 8.3 2 von 10 Befragten sprechen über psychologische Betreuung.
- 8.4 1 von 10 Befragten erwähnt die Teilnahme an einer Erholungskur.
- 8.5 Alle Befragten sprechen mit Freunden oder der Familie über ihre Situation.
- 8.6 2 von 10 Befragten erwähnen Lob bezüglich der Pflegeleistung.
- 8.9 1 von 9 Pflegenden war noch nicht in Urlaub, seit Beginn der Pflegesituation.
- 8.10 Keiner der 10 Befragten denkt ernsthaft über einen Heimaufenthalt nach.

## **3.3 Ergebnisse der Ärztebefragung 1998**

### 3.3.1 Einzelergebnisse

Erläuterung: N = Anzahl; NR = Non-Responder; NA = Nicht auswertbar

Demographischer Teil ( Frage 10 – 17 )

Frage 10 des Fragebogens :

<b>Art der ärztlichen Ausbildung</b>	
Praktischer Arzt	18 = 27 %
Arzt für Allgemeinmedizin	49 = 73 %

N = 67  
NR = 0  
NA = 2

Frage 11 des Fragebogens :

<b>Alter in Jahren</b>	
< 30	1 = 2 %
30 – 40	6 = 9 %
41 – 50	32 = 48 %
51 – 60	20 = 30 %
61 – 70	7 = 11 %
> 70	0

N = 66  
NR = 3  
NA = 0

Frage 12 des Fragebogens :

<b>Geschlecht</b>	
weiblich	21 = 31 %
männlich	47 = 69 %

N = 68  
NR = 1  
NA = 0

Frage 13 des Fragebogens :

<b>Praxisstandort in</b>	
Stadt	18 = 26 %
Land	51 = 74 %

N = 69  
NR = 0  
NA = 0

Frage 14 des Fragebogens :

<b>Anzahl der Krankenscheine pro Quartal</b>	
< 500	4 = 6 %
500 – 1000	23 = 35 %
1001 – 1500	19 = 29 %
1501 – 2000	16 = 24 %
> 2000	4 = 6 %

N = 66  
NR = 3  
NA = 0

Frage 15 des Fragebogens :

<b>Jahr der Niederlassung</b>	
< 1960	0
1960 – 1965	0
1966 – 1970	3 = 5 %
1971 – 1975	5 = 8 %
1976 – 1980	15 = 23 %
1981 – 1985	12 = 18 %
1986 – 1990	13 = 20 %
>1990	18 = 27 %

N = 66  
NR = 3  
NA = 0

Frage 16 des Fragebogens :

<b>Jahr der Approbation</b>	
< 1960	1 = 2 %
1960 – 1965	3 = 5 %
1966 – 1970	8 = 12 %
1971 – 1975	14 = 22 %
1976 – 1980	14 = 22 %
1981 – 1985	15 = 23 %
1986 – 1990	3 = 5 %
>1990	6 = 9 %

N = 64  
NR = 5  
NA = 0

Frage 17 des Fragebogens :

<b>Zusendung von Ergebnissen der Studie</b>	
Ja	38 = 56 %
Nein	30 = 44 %

N = 68  
NR = 0  
NA = 1

Frage 1 des Fragebogens :

*Wieviele Patienten mit Dekubitus haben Sie ca. im letzten Quartal behandelt ?*

*- im Alten- und Pflegeheim*

<b>Anzahl der Patienten im 3. Quartal 1998</b>	<b>Anzahl und Prozent der Ärzte</b>
Keine	15 = 29 %
1 – 5	23 = 45 %
6 – 10	8 = 16 %
11 – 15	1 = 2 %
16 – 20	3 = 6 %
21 – 25	0
26 – 30	1 = 2 %
31 – 35	0
36 – 40	0

N = 51  
NR = 17  
NA = 1

*Wieviele Patienten mit Dekubitus haben Sie ca. im letzten Quartal behandelt ?*

*- zu Hause*

<b>Anzahl der Patienten im 3. Quartal 1998</b>	<b>Anzahl und Prozent der Ärzte</b>
Keine	10 = 15 %
1 – 5	42 = 65 %
6 – 10	7 = 11 %
11 – 15	1 = 2 %
16 – 20	2 = 3 %
21 – 25	0
26 – 30	3 = 5 %
31 – 35	0
36 – 40	0

N = 65  
NR = 3  
NA = 1

Frage 2 des Fragebogens :

*Wie alt ist die Mehrzahl Ihrer Dekubituspatienten (nur eine Nennung) ?*

<b>Alter in Jahren</b>	<b>Anzahl und Prozent der befragten Ärzte</b>
< 50	1 = 2 %
50 – 60	3 = 5 %
61 – 70	5 = 9 %
71 – 80	23 = 40 %
> 80	25 = 44 %

N = 57  
NR = 8  
NA = 4

Frage 3 des Fragebogens :

*Welche Grunderkrankung führte zur Bettlägerigkeit dieser Dekubituspatienten ?*

<b>Grunderkrankung</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Allgemeine Schwäche und Kachexie	47 = 78 %
Cerebraler ( apoplektischer ) Insult	42 = 70 %
Krebserkrankung	23 = 38 %
Psychiatrische Erkrankung, Depression	9 = 15 %
Diabetes mellitus	8 = 13 %
Encephalomyelitis disseminata (MS)	7 = 12 %
Schenkelhalsbruch / TEP / Hüftversteifung	5 = 8 %
Rückenmarksschädigung	4 = 7 %
Herzerkrankungen	4 = 7 %
Neurologische Erkrankungen	3 = 5 %
Atherosklerose	2 = 3 %
Andere Erkrankungen	10 = 17 %
Summe der Nennungen	161

N = 60  
NR = 9  
NA = 0

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Andere“ Erkrankungen 1998 sind:

Amputation (1x), Ataxie (1x), Altersabbau (2x), Zustand nach OP und stationärer Entlassung (1x), Obstruktive Bronchitis (1x), Rheuma (1x), Adipositas (1x), endogenes Ekzem (1x), Harn-/ Stuhlinkontinenz (1x).

Frage 4 des Fragebogens :

*Welche Begleiterkrankungen verstärken bei Ihren Patienten die Druckbelastung bzw. die Gewebshypoxie ?*

<b>Begleiterkrankungen</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Diabetes mellitus	31 = 57 %
Arteriosklerose	18 = 33 %
Neurologische Erkrankungen	10 = 19 %
Adipositas	7 = 13 %
Herzinsuffizienz	6 = 11 %
Immobilität	5 = 9 %
Psychische Erkrankungen	5 = 9 %
Frakturen / Wirbelsäulenschäden	4 = 7 %
Kachexie	3 = 6 %
Arthrosen	3 = 6 %
Exsiccose	3 = 6 %
Infektionen	3 = 6 %
Muskelkontrakturen	3 = 6 %
Harn – und Stuhlinkontinenz	1 = 2 %
Eiweißmangel	0
Keine	1 = 2 %
Sonstige :	12 = 22 %
Summe der Nennungen	115

N = 54  
NR = 14  
NA = 1

( Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N )

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Nierenschädigung (2x), Lungenemphysem (1x), KHK (2x), Schmerzen (1x), COLD (1x), Unruhe (1x), Muskel-Gelenk-Dystrophie (1x), Systemerkrankung (1x), Hyperlipidämie (1x), Varikosis (1x).

Frage 5.a des Fragebogens :

*Welche Empfehlungen bzw. Anleitungen geben Sie dem Pflegepersonal und Familienangehörigen zur Dekubitusprävention ?*

<b>Empfehlungen</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Lagerung	45 = 87 %
Antidekubitusmatratzen	12 = 23 %
Lokale Therapie	12 = 23 %
Hautpflege	8 = 15 %
Mobilisation des Patienten	8 = 15 %
Felle ( Bettfell, Fellschuh, Fersenfell )	7 = 13 %
Trockenhalten ( Inkontinenz ) / Hygiene	7 = 13 %
Gefährdete Stellen abpolstern	7 = 13 %
Druckentlastung	5 = 10 %
Verband und Verbandswechsel	5 = 10 %
Ernährungsrichtlinien	4 = 8 %
Pflegebett / Spezialstuhl	3 = 6 %
Flüssigkeitszufuhr	3 = 6 %
Franzbranntwein	2 = 4 %
Eisbehandlung	2 = 4 %
Kalt/Warm – Therapie an gefährdeten Stellen	1 = 2 %
Regelmäßige Inspektion gefährdeter Stellen	1 = 2 %
Dauerkatheter	0
Schaumstoffmatratzen an gefährdeten Stellen ausschneiden	0
Sonstige :	7 = 13 %
Summe der Nennungen	139

N = 52  
NR = 12  
NA = 5

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Die Einteilung „Druckentlastung“ sowie „Lagerung“ entsprechen sich sinngemäß. Dennoch wurden beide Überbegriffe gewählt, um die Aussagen der Ärzte möglichst wenig zu verzerren.

Nennungen bei „Lokale Therapie“ 1998:

Einreibung (2x), Melkfett (1x), Salbenbehandlung (2x), Töpfer-Salbe (1x), Fetthaltige Salbe (1x), Lokale Therapie (1x), Puder (1x), Brillantgrün (1x), Wundtoilette (1x), NaCl (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:



Auf glatte Unterlage achten (1x), weite luftige Wäsche tragen (2x), medikamentöse und Verhaltenstherapie (1x), Wassermatratze (1x), Infektionsprophylaxe (1x), Ringe (1x).

Frage 5.b des Fragebogens :

*Welche diagnostischen Maßnahmen führen Sie durch ?*

<b>Maßnahmen</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Labor	27 = 51 %
Inspektion	16 = 30 %
Blutzuckerkontrollen	11 = 21 %
Wundabstrich	11 = 21 %
Doppleruntersuchung von Gefäßen	7 = 13 %
Kontrollen in Bezug auf Grund- bzw. Begleiterkrankungen	5 = 9 %
RR / Puls / EKG / Temperatur	4 = 8 %
DSA / Röntgen / Angiographie	4 = 8 %
Neurologische Diagnostik	3 = 6 %
Stoffwechselkontrolle	3 = 6 %
Palpation des Wundrandes	0
Kontrolle der Flüssigkeitszufuhr	0
Blutkultur	0
Keine	13 = 25 %
Summe der Nennungen	104

N = 53  
 NR = 14  
 NA = 2

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Labor“ 1998:

Labor (9x), BB (5x), Kreatinin (3x), Harnwege (1x), Niere (1x), Nierenwerte (2x), Harnsäure (1x), Leberwerte (2x), PT (1x), BSG (1x), Elektrolyte (1x).

Frage 6.a des Fragebogens :

*Welche Antidekubitushilfsmittel verordnen oder empfehlen Sie (bitte detaillierte Angaben) ?*

<b>Antidekubitushilfsmittel</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Antidekubitusmatratze / Wechseldruckmatratze	44 = 102 %
Antidekubitusfell	17 = 40 %
Kissen / Keile / Sandsäcke	10 = 23 %
Ringe	8 = 19 %
Fersenschoner	6 = 14 %
Bettschuhe Fell / Vlies	6 = 14 %
Spezielles Krankenpflegebett	4 = 9 %
Krankenunterlagen	4 = 9 %
Schaumstoffpolster/-auflagen	3 = 7 %
Wasserbett / -matratze	1 = 2 %
Einlagen	1 = 2 %
Einmalwindeln	1 = 2 %
Sonstige	2 = 5 %
Summe der Nennungen	107

N = 43

NR = 13

NA = 13

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998 sind:

Sitzkissen (1x), Reha-Schuhe (1x).

<b>Falschantworten zu 6.a</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Feuchter Wundverband	7 = 26 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Iodosorb / Essasorb	6 = 22 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan	5 = 19 %
Katheter	5 = 19 %
Lagerung	5 = 19 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Evalgan Spray / - Mirfulan / Mitosyl / Zinkpaste / Desitin	6 = 22 %
Reinigung / trockenhalten	4 = 15 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom	3 = 11 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Irujol	3 = 11 %
Häufiger Verbandswechsel / steriler Verband	2 = 7 %
H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	2 = 7 %
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll / Fucidinegaze	2 = 7 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Fucidine / Ulcurilen	2 = 7 %
Wundgaze / Gittertüll ohne Antibiotika - Grassolind / Branolind	2 = 7 %
Dexpanthenol - Bepanthen	2 = 7 %
Nicht Arzneimittel - Melkfett	2 = 7 %
Mobilisierung	2 = 7 %
Abtragen von Nekrosen	1 = 4 %
NaCl	1 = 4 %
Sonstige	7 = 26 %
Summe der Nennungen	69

N = 27  
NR = 13  
NA = 29

NA = Ärzte die nur richtige Antworten gaben !

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Debrisorb (2x), Primamed (1x), AVK-Medikamente (1x), keine Moltex-Unterlagen verwenden (1x), Stuhlregulation (1x), Rivanol (1x).

Frage 6.b des Fragebogens :

*Mit welchen Antidekubitushilfsmitteln haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht ?*

<b>Antidekubitushilfsmittel</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Keine	23 = 64 %
Ringe	7 = 19 %
Wasserbetten / -kissen	0
Felle	5 = 14 %
Wechseldruckmatratze	1 = 3 %
Sonstige	3 = 8 %
Summe der Nennungen	39

N = 36  
 NR = 23  
 NA = 10

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:  
 Würfelmatratze (1x), feste Matratzen (1x), Einnässen (1x).

Frage 7.a des Fragebogens :

*Welche Lokalthapeutika oder lokalen Maßnahmen wenden sie an bei :*

- *Hautrötung und Blasenbildung ?*

<b>Lokalthapeutikum bzw. Maßnahme</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom / Merfen	17 = 31 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Evalgan Spray - Mirfulan / Mito syl / Zinkpaste / Zink / Desitin	12 = 22 %
Dexpanthenol - Bepanthen	10 = 18 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka cid	10 = 18 %
Lokale Druckentlastung	6 = 11 %
Chemikalien - Harnstoff / Brillantgrün / Gentianaviolett / Jod	5 = 9 %
Antibiotikahaltige Externa - Volon A Salbe / Nebacetin / Fucidine	5 = 9 %
Thermotherapie - Eis / Eisen und Fönen / Fönen	4 = 7 %
Nicht Arzneimittel - Melkfett / Töpfersalbe / Babyöl / Penaten	4 = 7 %
Antimykotika	4 = 7 %
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll	3 = 5 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol	3 = 5 %
Blasenabtragung / - eröffnung	2 = 4 %
Feuchter Wundverband	2 = 4 %
Corticoidhaltige Arzneimittel - Ecural / Cortison	2 = 4 %
Trockener Verband	1 = 2 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase / Iruxol	1 = 2 %
Wundgaze / Gittertüll ohne Antibiotika - Branolind	1 = 2 %
Steriler Verband	1 = 2 %
Sonstige	10 = 18 %
Summe der Nennungen	103

N = 55  
NR = 11  
NA = 3

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Hametum (1x), Rivanol (2x), Reinlichkeit (1x), Hautpflege (2x), Fissan Silberpuder (1x), Antibiotikum (2x), Keine (1x).

-schmierigen Belägen ?

<b>Lokaltherapeutikum bzw. Maßnahme</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Feuchter Wundverband	17 = 30 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka Cid / Jodotamp	15 = 26 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol	12 = 21 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase / Irujol	9 = 16 %
Wundspülung mit NaCl	8 = 14 %
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll / Fucidinegaze	7 = 12 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Refobacin / Tetramycin / Fucidine	6 = 11 %
Wundspülung mit H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	5 = 9 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Mirfulan / Mitosyl / Zinkpaste / Evalgan Spray	4 = 7 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom / Merfen	3 = 5 %
Beläge entfernen	2 = 4 %
Chemikalien - Gentianaviolett / Jod	2 = 4 %
Trockener Verband	2 = 4 %
Lokale Druckentlastung	1 = 2 %
Wundgaze / Gittertüll ohne Antibiotika - Oleotüll	1 = 2 %
Steriler Verband	1 = 2 %
Thermotherapie - Fönen	1 = 2 %
Sonstige	18 = 32 %
Summe der Nennungen	114

N = 57  
NR = 11  
NA = 1

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Enzymsalben (1x), Rivanol (1x), orale Antibiotika (1x), Bepanthen (1x), Debrisorb (3x), Debrisorb Puder (1x), Mixol (1x), Gaze (1x), Antiseptika (1x), Liquid Umschläge (1x), Wundreinigung (1x), Granulationsförderung (1x), Oxoferrin (1x), Kamillosan (1x), Primamed (1x), Keine (1x).

- bei Nekrosebildung ?

<b>Lokaltherapeutikum bzw. Maßnahme</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Abtragen der Nekrose	36 = 63 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka cid	11 = 19 %
Feuchter Wundverband	9 = 16 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase / Iruxol	7 = 12 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol / Varidase	7 = 12 %
Wundspülung mit H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	5 = 9 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Fucidine	4 = 7 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom / Merfen	2 = 4 %
Wundspülung mit NaCl	2 = 4 %
Chemikalien - Gentianaviolett / Jod	2 = 4 %
Wundgaze / Gittertüll ohne Antibiotika - Branolind	2 = 4 %
Lokale Druckentlastung	1 = 2 %
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll	1 = 2 %
Thermotherapie - Fönen	1 = 2 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Mirfulan / Mitosyl / Zinkpaste / Evalgan Spray	0
Sonstige	14 = 25 %
Summe der Nennungen	104

N = 57  
NR = 10  
NA = 2

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Orale Antibiotika (1x), mech. Reinigung (2x), Debridement (1x), Debrisorb (1x), Wundverband (1x), Rivanol (2x), durchblutungsfördernde Mittel (2x), trockenhalten (1x), Gaze (1x), Actovegin (1x), Überweisung zum Dermatologen (1x).

Frage 7.b des Fragebogens :

*Mit welchen Lokaltherapeutika haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht ?*

<b>Lokaltherapeutikum</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Keine	17 = 37 %
Feuchter Wundverband	11 = 24 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Fucidine	8 = 17 %
Puder allgemein	3 = 7 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom	2 = 4 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase	2 = 4 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Mirfulan / MitoSyl / Zinkpaste / Zinksalbe	1 = 2 %
Salben allgemein	1 = 2 %
Salbensprays	1 = 2 %
Oxoferrin	1 = 2 %
Nicht Arzneimittel - Rindertalg / Hautpflegesalben	1 = 2 %
Dexpanthenol - Bepanthen	1 = 2 %
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Fucidinegaze	1 = 2 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol	0
Cortison- / Cortisonderivathaltige Arzneimittel - Ecural / Cortison	0
Sonstige	10 = 22 %
Summe der Nennungen	60

N = 46  
NR = 20  
NA = 3

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Fettsalben (1x), PU Schaum (1x), NaCl (1x), Ringer (1x), Pasten (1x), Austamponieren der Wundhöhlen (1x), Debrisorb (1x), Antibiotika (1x), zu häufige Anwendung von H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (1x), mit allen (1x).

Frage 8.a des Fragebogens :

*Setzen Sie systemische Therapie ein ?*



- wenn ja, wann und welche ?

<b>Ja</b>	24 = 41 %
Antibiotika systemisch	10
Behandlung der Grund- bzw. Begleiterkrankung	6
<b>Nein</b>	34 = 59 %

N = 58  
NR = 8  
NA = 3

(Mehrfachantworten möglich, Prozent von N)

Frage 8.b des Fragebogens :

*Ziehen Sie Kollegen aus anderen Fachgebieten hinzu ?*

<b>Ja</b>	31 = 52 %
Dermatologe	12
Chirurg	22
Neurologe	
Urologe	
Ohne Angabe der Fachrichtung	1
<b>Nein</b>	29 = 48 %

N = 60  
NR = 8  
NA = 1

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

4 Ärzte ziehen sowohl Chirurgen als auch Dermatologen hinzu.

Frage 9 des Fragebogens :

*Welche Probleme beobachten Sie bei einer optimalen Dekubitusprävention und –therapie ?*

Die häufigsten Nennungen betreffen die Lagerungsprobleme. Konsequentes Umlagern ist aufgrund mangelnder Pflegebereitschaft nicht gewährleistet. Hoher Pflegeaufwand, unqualifiziertes Personal, mangelndes Wissen, psychischer Druck, Non Compliance und Passivität der Pflegepersonen sowie der sehr große Zeitaufwand sind Ursache für die Präventions- und Therapieproblematik der Dekubituserkrankung.

Bessere Therapieergebnisse in Pflegeheimen als in Krankenhäusern und im häuslichen Bereich werden angeführt.

Hohe Kosten, schlechte Vergütung, Abstimmungsprobleme mit den Pflegediensten bezüglich der Kosten, häufiger Wechsel von Pflegepersonal sowie die sehr unterschiedlichen Behandlungsmethoden werden von den Ärzten als Probleme genannt.

Ein Arzt bedauert die zu große Beliebtheit von Salben. Aber auch Ausrüstungsmangel, insbesondere an Kissen und Lagerungshilfsmitteln sowie zu lange dauernde Hilfsmittel-Genehmigungsverfahren (8 Wochen für eine Wechseldruckmatratze) der Krankenkassen werden für die Probleme verantwortlich gemacht.

Ein Arzt berichtet von der Unwilligkeit der Krankenhäuser, die arbeitsintensiven Dekubituspatienten stationär aufzunehmen.

Inkontinenz, Dauerkatheter sowie Einlagen, aber auch die Feuchtigkeit der Dekubitusstelle selbst, des weiteren schlecht haftende Verbände, vor allem im Genitalbereich, werden von den Ärzten als Problem angesehen.

Therapieresistenz und rasche Resistenzentwicklung bei Antibiotikabehandlung, Problemkeimbesiedelung, lokale Behandlungsschwierigkeit tiefer Wundtaschen, zu später Therapiebeginn sowie mangelnde Erfolge werden genannt.

Verminderte Beweglichkeit sowie das Problem der Vermeidung von Schlafmitteln, des weiteren Begleiterkrankungen, Adipositas, Kachexie sowie allgemeine Ernährungsprobleme werden angesprochen.

Ein Arzt nennt die Lagerung des Patienten mit gebeugten Knien als Problem, weil daraus Kontrakturen entstehen können.

8 der 46 antwortenden niedergelassenen Ärzte geben an, keinerlei Probleme bei einer optimalen Dekubitusprävention und –therapie zu haben. Eine Ärztin antwortet, daß es eben aufgrund der optimalen Versorgung keine Probleme geben sollte.

N = 46

NR = 21

NA = 2

### 3.3.2 Zusammenfassende Ergebnisse Einfügen Anhang Querformat

	<b>6 a</b> Falsch- antworten	<b>7 a</b> Hautrötung / Blasenbildung	<b>7 a</b> schmierige Beläge	<b>7 a</b> Nekrose- bildung	<b>7 b</b> Schlechte Erfahrungen
Nennungen	1998	1998	1998	1998	1998
<b>Enzyme</b>	8=30%	4=7%	22=39%	14=25%	2=4%
<b>Gaze</b>	4=15%	4=7%	9=16%	4=7%	1=2%
<b>Antibiotikum</b>	7=26%	11=20%	23=40%	13=23%	12=26%
<b>feuchter Wundverband</b>	7=26%	2=4%	17=30%	9=16%	11=24%
<b>H<sub>2</sub>O<sub>2</sub></b>	2=7%	-----	5=9%	5=9%	1=2%
<b>Nennungen Gesamt</b>	N=27	N=55	N=57	N=57	N=46

( Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N )

### 3.3.3 Zusammenfassende Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Ärzte

#### 3.3.3.1 Antibiotika

1998 geben 27 von 69 Ärzten (39%) an, Lokalantibiotika zur Dekubitusbehandlung zu verwenden.

#### 3.3.3.2 Antidekubitusmatratze

1998 erwähnen 42 von 69 Ärzten (61%) den Einsatz von Antidekubitusmatratzen. Zwei von 69 Ärzten (3 %) erwähnen die Verwendung von Wasserbetten oder – kissen.

Unter dem Begriff Antidekubitusmatratzen sind die Nennungen Wechseldruckmatratzen, Würfelmatratzen, Schaumstoffmatratzen oder – auflagen, Dekubitusmatratze und Matratze zusammengefaßt.

#### 3.3.3.3 Feuchter Wundverband

1998 erwähnen 19 von 69 Ärzten (28%) feuchte Wundverbände. 15 von 19 Ärzten setzen die feuchten Wundverbände im richtigen Stadium der Dekubituserkrankung, nämlich bei schmierigen Belägen und Nekrosebildung ein. Zwei von 19 Ärzten geben die Verwendung feuchter Wundverbände auch bei Hautrötung und Blasenbildung an. Zwei weitere Ärzte nennen feuchte Wundverbände bei Frage 6.a. Daraus läßt sich zwar ableiten, daß sie den Ärzten bekannt sind, aber nicht in welchem Stadium der Dekubituserkrankung sie Einsatz finden.

#### 3.3.3.4 Negative Erfahrungen mit feuchtem Wundverband

1998 geben 9 von 69 Ärzten (13%) an, schlechte Erfahrungen mit feuchten Wundverbänden gemacht zu haben. Ein Arzt nennt zu hohe Kosten als Grund für schlechte Erfahrungen. Zwei Ärzte verwenden sie trotzdem.

### 3.3.4 Tabellarische Übersicht bezogen auf die Anzahl der Ärzte

<b>Anwendung</b>	<b>1998</b>
<b>Lokalantibiotika</b>	27 = 39%
<b>feuchte Wundverbände</b>	19 = 28%
im richtigen Stadium	15 = 22%
im falschen Stadium	2 = 3%
Stadium nicht zuzuordnen	2 = 3%
schlechte Erfahrungen	9 = 13%
<b>Antidekubitusmatratzen</b>	42 = 61%
<b>Wasserbetten / -kissen</b>	2 = 3%

N = 69

## 4. Diskussion

### 4.1 Ratgeber für pflegende Angehörige

Entsprechend der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen ist der Ratgeber basisnah, nicht ausgesprochen medizinisch orientiert. Die befragten pflegenden Angehörigen hatten bislang noch keinerlei Literatur zur Information herangezogen. Durch die Verbreitung des Ratgebers durch Hilfsmittelfirmen besteht Hoffnung, mit der Lieferung eines entsprechenden Hilfsmittels auch den Ratgeber an die Familien abgeben zu können und dadurch die Pflege zu Hause zu verbessern.

### 4.2 Betreuung zu Hause durch pflegende Angehörige

Jeder Mensch hat mehrmals im Leben die Möglichkeit, das Auftreten von Pflegebedürftigkeit in seinem persönlichen Umfeld zu erfahren. Im eigenen Alter zwischen 20 und 30 Jahren können die Großeltern, im Alter zwischen 50 und 60 Jahren die eigenen Eltern Pflege erfordern. Im Alter zwischen 70 und 90 Jahren kann eine Auseinandersetzung mit der Pflegebedürftigkeit von Geschwistern, Partnern oder gar der eigenen erforderlich sein (14).

Rechtzeitige Auseinandersetzung mit der Thematik erleichtert den Umgang und entlastet die ohnehin sehr schwierige Anfangsphase.

Hausärzte haben aber auch in ihrer professionellen Rolle fast täglich Umgang mit Pflegebedürftigen. Sie begegnen dabei den pflegenden Angehörigen, die teilweise selbst in ihrer Praxis Patienten sind. Ein Verständnis für deren Situation und Belastungen zu entwickeln und rechtzeitig Hilfestellung geben zu können, ermöglicht dem Hausarzt, beiden Gruppen zu helfen – Pflegenden wie Gepflegten.

Dekubitalulcera stellen keine eigenständige Erkrankung dar, sie sind Begleiterscheinungen anderer schwerer Grundkrankheiten wie z. B. Cerebraler Insult, Diabetes mellitus, Multiple Sklerose, Para-/Tetraplegie oder auch Depressionen. Sie werden anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes oder bei der häuslichen Pflege erworben.

Denn in Deutschland werden ca. 1,1 Millionen Menschen, zwischen Liebe und Überdruß, im größten Pflegedienst der Gesellschaft, der Familie, gepflegt (22).

Die psychische, physische und emotionale Belastungssituation der pflegenden Angehörigen wurde in Abwesenheit des Pflegebedürftigen erfragt, um die Aussagen der Pflegenden durch Rücksichtnahme auf den Pflegebedürftigen nicht zu verfälschen. Bestätigung fand diese Annahme im Vergleich beider Befragungssituationen (36), bei dem die Angaben der Hauptpflegeperson, zu den Bereichen zeitliche, familiäre, berufliche und emotionale Belastung, bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen signifikant höher ausfielen.

#### Einzelfallanalyse

Das durchschnittliche Lebensalter der Pflegebedürftigen beträgt 75 Jahre (Median 79 Jahre, Range 48 - 88 Jahre), Pflegebedürftigkeit besteht seit durchschnittlich 6 Jahren (Median 3,5 Jahre, Range 1,5 - 11 Jahre). 2/3 der Pflegebedürftigen sind Frauen, aber

auch auf Seiten der Pflegenden sind Frauen deutlich überrepräsentiert. Nur ein pflegender Ehemann findet sich unter den Befragten. Meist handelt es sich um Töchter/Schwiegertöchter. Das durchschnittliche Alter der Pflegenden liegt bei 54 Jahren (Median 50,5 Jahre, Range 43 – 75 Jahre). Alle Befragten haben eine eigene Familie mit bereits erwachsenen Kindern, in die die Pflegebedürftigen zu 2/3 häuslich eingebunden sind. 1/3 der Pflegenden bewohnt eine eigene Wohnung im gleichen Haus wie der Pflegebedürftige.

Andere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Das deutliche Übergewicht im Pflegepotential liegt auf Seiten der weiblichen Familienangehörigen. In den alten Bundesländern ist dieser Sachverhalt allerdings wesentlich deutlicher ausgeprägt, mit 82% Frauen zu 18% Männern, im Gegensatz zu 69% Frauen zu 31% Männern in den neuen Bundesländern. Der höhere Anteil pflegender Ehemänner in den neuen Bundesländern ist im Ost-West-Vergleich statistisch signifikant (36).

### Motivation zur Pflege

Den Gedanken, seinen Angehörigen dauerhaft in einem Pflegeheim unterzubringen, hat keiner der Befragten. Die Angehörigen vermuten, daß ein Heimaufenthalt von ihrem Pflegebedürftigen nicht erwünscht wäre. Von Seiten der Pflegebedürftigen besteht Angst vor der möglichen Isolation und vor Selbstständigkeitsverlust bei einem Übertritt ins Pflegeheim (63).

Liebe als Motivation zur häuslichen Pflege war es am Anfang bei einem seit 20 Jahren pflegenden Ehemann (Nr. 3). Zwischenzeitlich haben sich Pflichtgefühl und Mitleid als Pflegemotivation beigemischt. Und dennoch wurde der gelegentliche Gedanke an einen Heimaufenthalt nie konkretisiert. „Wir kriegen die paar Jahre schon noch rum“, sagt er, und erschrickt selbst über seine Aussage.

Die Motivation zu pflegen scheint weniger mit der Situation als mit der Pflegeperson verbunden zu sein. Denn die Hälfte aller Befragten hat schon mindestens einen weiteren Angehörigen über längere Zeit pflegerisch betreut. Genannt werden Motive wie moralische Verpflichtung, Vereinbarung oder Absprache mit den Verwandten („Es war schon immer so vereinbart, daß ich mich um unsere Mutter kümmere“ (Nr. 6)), finanzieller Vorteil (Nr.8) bzw. vermutete negative Bewertung eines Heimaufenthaltes durch den Patienten selbst (Gefühl des „Abgeschoben – Werdens“, Einsamkeit, Trennungsschmerz, Trauer, Unglücklichsein, Angst) (72).

Als alleinige Pflegemotivation sind diese Motive nicht unbedingt ideale Voraussetzung für die häusliche Pflege, können aber bei ausreichender Reflexion von Pflegendem und Pflegebedürftigem eine zufriedenstellende Pflegesituation nach sich ziehen.

### Bewältigung der Pflegesituation

Alle Befragten kennen das Angebot ihrer Krankenkasse in Bezug auf Kurse für häusliche Krankenpflege, alle lehnen die Teilnahme aber z.B. aus mangelnder Motivation in den Abendstunden nach einem anstrengenden Pflegealltag ab.

Literatur über häusliche Krankenpflege hat bislang ebenfalls keiner der Befragten genutzt. Bei keinem der Befragten liegt ein biographischer Bezug zur Pflege vor. Intuitiv werden Handlungen vollzogen, einiges schaut man sich von der Schwester des Pflegedienstes ab. Ähnliches wird von anderen Studien berichtet (71). 30% der Pflegepersonen hatten ihre Pflegekompetenz autodidaktisch erworben. Weitere 28% sind der Meinung, keine besonderen Fähigkeiten für Home-Care zu benötigen.

Der Pflegende fühlt sich kontrolliert, angegriffen, als könne er nicht pflegen und müsse dies erst erlernen.

„Ich habe früher im Haushalt bei einer Familie mit 6 Kindern gearbeitet. Die Kinder habe ich doch auch gewickelt, gefüttert und beaufsichtigt“ (Nr. 6).

Vergessen wird oft, daß die unterschwellige psychische Belastung eine andere ist, denn während man Kindern beim Erwachsen-Werden zusieht, die Erziehung der Kinder also eine Investition in deren Zukunft sein wird, ist die Pflege des alten Menschen eine Begleitung und eine Konfrontation mit dessen früher oder später bevorstehendem Tod sowie die Verdeutlichung der eigenen Sterblichkeit.

Dem Kind ist man keine Erklärung schuldig. Es kennt es nicht anders, als daß es Windeln trägt und umsorgt wird. Der alte Mensch aber, als bislang selbständige Persönlichkeit, hadert nun damit, seine Kompetenz über den eigenen Körper zu verlieren. Er muß sich anpassen, dem Angehörigen preisgeben, auch in intimen Bereichen des Lebens.

Ein weiterer Unterschied liegt im Körpergewicht des Betreuten. Ein Kind ist leicht, erfordert also viel weniger körperliche Anstrengung bei der Umsorgung. Aus Hilflosigkeit werden die immobilen alten Menschen unter den Armen gepackt und im Bett nach oben „geschleift“, weil der zweite Helfer, der zur Rückenentlastung des Pflegenden sowie zur Dekubitusvermeidung nötig wäre, meist fehlt.

Die Methode der Kinästhetik beschreibt ein Konzept, den Körper in Massen und Zwischenräume einzuteilen und dadurch Pflegenden und Pflegebedürftigen zu schützen (82).

An die gesetzlichen Krankenkassen muß deshalb die Forderung gestellt werden, Kinästhetik in ihren Krankenpflegekursen zu lehren, aber auch die Attraktivität der Kurse so zu steigern, daß Pflegende daran teilnehmen.

### Überlastung und Entlastung

Eine Befragte (Nr.10) schildert sehr deutlich, wie sie ihre eigene „sehr schöne“ Wohnung aufgegeben hat, um aufgrund der eingetretenen Pflegebedürftigkeit ihrer Mutter in deren Haus zu ziehen und sie pflegerisch zu betreuen. Die Befragte leidet unter psychosomatischen Beschwerden, die sie auf die Pflegesituation zurückführt. Sie bereut ihren damaligen Entschluß für die Pflege zu Hause, kann sich aber auch nicht dazu entscheiden, ihre Mutter in einem Heim unterzubringen.

Überlastungssituationen werden in verschiedenem Ausmaß von fast allen Befragten thematisiert, aber akzeptiert. 1/3 der Pflegenden erhält keine regelmäßige Unterstützung durch die restlichen Familienangehörigen. Gelegentliche aktive sowie emotionale Unterstützung erhalten 9 von 10 Befragten. Aber gerade die Entlastung bei den täglichen Pflegezeiten, sei es durch Familienangehörige oder professionelle Helfer, würde das Belastungsgefühl der Pflegenden reduzieren (28).

Von 274 Haushalten einer Stichprobe (58) nahmen nur 1/3 der Betroffenen ambulante soziale Dienste in Anspruch. Bezüglich der Inanspruchnahme zeigte sich eine Abhängigkeit von Haushaltgröße, Schulbildung, Einkommen, staatlicher Unterstützung sowie Gesundheitszustand der Pflegeperson.

Eine Studie mit 1911 Probanden (29) hingegen zeigten auf, daß Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildungsniveau und Wohnortgröße keinen Einfluß auf die Inanspruchnahme sozialer Dienste und/oder Tages-/Kurzzeitpflege haben. Als Prädiktoren für die Inanspruchnahme zeigte sich hier der Umfang der zu erbringenden Hilfe und das Fehlen familiärer Unterstützung. Signifikant häufiger nahmen Pflegepersonen eines Demenzkranken Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Anspruch (30).



Andere Erhebungen (49) zeigen, daß Geldleistungen mit 400,--DM bevorzugt vor den Sachleistungen mit 25 Pflegeeinheiten/pro Monat (im Wert von 750,--DM) in Anspruch genommen werden und Versorgungslücken (Abend, Nacht, Urlaub) innerhalb der Familie ausgeglichen werden müssen.

In der vorliegenden Studie erhalten 9 von 10 Befragten Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, mit dem sie auch zufrieden sind. Dennoch kennen dieselben 9 Befragten Gefühle von Aggression, Depression und Hilflosigkeit, so daß daraus und aus der Thematisierung von Überforderungssituationen auf Seiten der Pflegenden ein stärkerer Bedarf an Unterstützung abzuleiten ist.

Die Umwandlung des Pflegealltags in einen „Arbeitstag“ mit geregelter, verlässlich strukturierter und regelmäßigem Wechsel von Arbeit und Freizeit führt zu einer Reduktion der Belastungsempfindung und folglich qualitativer Verbesserung der Pflege. Denn weniger der Pflegealltag als solcher als vielmehr das permanente Ausgeliefert-Sein an die Dauerbetreuung stellt einen Hauptbelastungsfaktor dar (21).

Daß Pflege unabhängig vom Geschlecht als Belastung erlebt wird, wurde in einer Studie mit 70 pflegenden Ehepartnern von Alzheimer-Patienten ermittelt (1). Unterschiede konnten allerdings in der Art und Weise der Belastungsverarbeitung aufgezeigt werden. Während von Frauen vorwiegend Demenzsymptome und die Einschränkung persönlicher Freiräume als belastend erlebt werden, thematisieren Männer v.a. die Sorge um ihre Frau. Institutionelle Unterstützung wird von Männern häufiger genutzt als von Frauen. Frauen hingegen nehmen häufiger Medikamente. Während 70% der pflegenden Ehefrauen seit Beginn der Pflege Beruhigungsmittel und 50% Schlafmittel konsumieren, nimmt nur ein Drittel pflegender Ehemänner Schlafmittel und fast die Hälfte Beruhigungsmittel ein (2).

### Mangelnde Anerkennung und soziale Isolation

Eine pflegende Schwiegertochter (Nr.4) erhält weder emotionale noch aktive Unterstützung von ihrem Ehemann, obgleich sie doch dessen Mutter pflegt. Auch von ihrer Hausärztin hat sie sich in der Anfangszeit mehr Unterstützung gewünscht. Die Hausärztin kommt nur, wenn sie gerufen wird. Zur Behandlung der an Alzheimer-Demenz erkrankten Patientin kommt 1 mal pro Monat ein Neurologe ins Haus. Ihre Tabletten erhält die Patientin vom Neurologen. Die haus- und familienärztliche sowie soziale Integrations- und Koordinationsfunktion wird von der hier beschriebenen Hausärztin nicht wahrgenommen. Burn-out-Symptome der Pflegenden können von hausärztlicher Seite nicht rechtzeitig festgestellt werden. Die Pflegende selbst muß ihren Zustand erkennen und die Praxis aufsuchen.

Sie ist eine von 3 Befragten, die bedingt durch die Pflege zu Hause selber krank geworden sind – ein Phänomen, das in manchen Studien (30,32) deutlich, in manchen (2) nicht bestätigt wird. Eine Berufstätigkeit parallel zur Pflege zu Hause besteht nicht. Eine erfolversprechende Entlastung der Pflegeperson wird aber ohnehin vermutlich weder durch eine Berufstätigkeit noch durch erhöhtes Einkommen erreicht (28). Dennoch wird von mehr als der Hälfte der Befragten eine eigene Berufstätigkeit parallel zur Pflege zu Hause ausgeübt und befürwortet, um Abstand zu gewinnen und dadurch andere Menschen treffen zu können. Die soziale Isolation bedingt durch die Pflege zu Hause ist ohnehin ein wichtiges Problem, das von 7 der 10 Befragten angesprochen wird. Eine Studie aus Österreich (34) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Schon der Eintritt eines akuten Ereignisses (Schlaganfall) bei einem nahen Angehörigen führt zu sozialem Rückzug. Das ganze Interesse, die Aufmerksamkeit und Zeit werden dem kranken Angehörigen zugewandt. Die Spontaneität leidet, die Ausgehzeiten sind begrenzt.

Zeitmangel geben 28% pflegender Angehöriger als Ursache für zurückgegangene soziale Kontakte bei einer Befragung von 200 pflegenden Angehörigen an (71). Aufgrund der Ablehnung der pflegebedürftigen Person durch die Umwelt und aufgrund deren Verständnislosigkeit ist der Freundeskreis in obiger Untersuchung bei 1 von 6 Pflegenden eingeschränkt.

Ein Problem ist auch darin zu sehen, daß die Sozialkontakte des Pflegebedürftigen von Angehörigen häufig eingeschränkt werden und dadurch mögliche Hilfsangebote ausgeklammert bleiben (12).

Eine pflegende Schwiegertochter (Nr.9) berichtet, daß anfangs viele Bekannte zu Besuch kamen oder angerufen haben. Jetzt, nach 2 ½ Jahren, kommt keiner mehr. Auch der eigene Bekanntenkreis schwindet, u.a. weil die Freunde nichts von Krankheiten hören wollen und derartige Gespräche sofort abblocken. Den Verlust dieser Freunde empfindet die Pflegende als nicht so schlimm, da Krankheit und Pflege zum täglichen Leben gehören, insbesondere zu ihrem.

Einladungen zu Feierlichkeiten können nicht oder nur in verkürzter Form wahrgenommen werden. Eine pflegende Schwiegertochter (Nr.5) berichtet von der Hochzeitsfeier ihrer Nichte, an der sie am Kaffee teilnahm, ihr Ehemann dagegen am Abendessen, um abwechselnd die Versorgung ihrer Schwiegermutter zu Hause aufrechterhalten zu können. Gemeinsame Familienausflüge sind nicht möglich. Selbst das ehemals gemeinsam benutzte Schlafzimmer hat die Familie aufgegeben. Die Pflegende schläft in einem eigenen Zimmer in der Nähe der Pflegebedürftigen, um ihren berufstätigen Ehemann des Nachtschlafes nicht zu berauben, sofern die verwirrte Schwiegermutter nächtliche Exkursionen im Haus unternimmt und zurück ins Bett begleitet werden muß. Erst mit zunehmender Immobilität der Schwiegermutter erfährt die Familie eine Entlastung. Ein neues, laut Pflegender allerdings besser zu bewältigendes Problem tritt auf

- Dekubitus.

Erst einmal aufgetreten, wird er zum dauerhaften Problem für Patienten, Angehörige und Behandler.

### Drückende Realität: der Dekubitus

Dekubitalulcera stellen keinen unvorhersehbaren Schicksalsschlag dar (77).

Sie sind anhand von bestehenden Risikofaktoren (Diabetes mellitus, Cerebraler Insult, Tetra-/Paraplegie, Depression, Kachexie, Exsiccose, Schmerzen, Sedierung, Inkontinenz, Infektionen sowie Multimorbidität) prognostizierbar.

Wundheilungsstörungen und die daraus resultierende langwierige Dekubitusbehandlung können bedingt sein durch die Einnahme von Steroiden, Antikoagulantien oder einzelnen Antibiotika, die Verwendung von Desinfektionsmitteln, durch Stoffwechseleränderungen, Zink- und Vitaminmangel, fortbestehende lokale Durchblutungsstörungen, fehlende Wundrevision sowie durch die verringerte physiologische Zellproliferation bedingt durch das Lebensalter des Patienten (64).

Die den Dekubitus bedingenden Grunderkrankungen in der Befragtengruppe zeigt Tab. 1.

Am häufigsten liegt ein Schlaganfall vor. Auch innerhalb der Hausarztbefragung 1993 (78) und 1998 war der Schlaganfall als häufigste Grunderkrankung genannt worden.

Cerebraler Insult/Diabetes mellitus	2x (Nr. 1/6)
Cerebraler Insult	1x (Nr. 9)
Multiple Sklerose	2x (Nr. 3/8)
Diabetes mellitus/Adipositas/ Amputation beider Beine	1x (Nr. 10)
Parkinson-Syndrom	1x (Nr. 5)
Morbus Alzheimer	1x (Nr. 4)
Hüfterkrankung	1x (Nr. 7)
Altersschwäche	1x (Nr. 2)

Tab. 1

Die durchschnittliche Dauer der Dekubituserkrankung liegt bei diesen 10 Pflegebedürftigen bei 3 Jahren (Median 2 Jahre, Range 0,75 – 9 Jahre). Bevorzugte Lokalisation des Dekubitus ist bei allen das Sakrum. Die Hälfte der Pflegebedürftigen hatte bereits an mindestens einer weiteren Lokalisation des Körpers ein Druckgeschwür. Bei der Hälfte der Befragten wird die Dekubitusbehandlung sowohl vom Pflegedienst als auch dem pflegenden Angehörigen durchgeführt.

Nur 3 von 10 Befragten erwähnen den Einsatz von okklusiven Wundverbänden.

Daß sich über Jahre hinweg der Behandlungserfolg nicht einstellt, läßt Angehörige resignieren, obgleich doch gerade Heilerfolg als Quelle zum Kraftschöpfen für 3 von 5 Befragten, die sich zu diesem Punkt äußern, dient.

7 von 10 Befragten geben an, daß ihre Angehörigen aus Pflegeheim- oder Krankenhausaufenthalten mit einem dort erworbenen Dekubitus entlassen wurden. Das Gesundheitsamt der Stadt Duisburg hat 1998 bei 3,3% aller Pflegeheimbewohner der Stadt Dekubitus bzw. Fersennekrosen festgestellt. Über die Hälfte der Dekubitalulcera sind vor der Heimaufnahme im Krankenhaus entstanden (51).

Von den 1993 befragten Allgemeinmedizinerinnen und Praktischen Ärzten (n=165) (55) werden durchschnittlich 3,8 Patienten mit Dekubitus in Alten- und Pflegeheimen betreut und 3,5 Patienten zu Hause. Die Wiederholungsbefragung 1998 (n=196) ergab keine statistisch signifikanten Verschiebungen. Verschiedene Studien in England und den USA mit unterschiedlichen Bezugsgruppen geben eine Prävalenz von Dekubiti von 7 bis 12 % bei Patienten in häuslicher Pflege und 3 bis 10 % bei Patienten in Pflegeheimen an (62).

### Tägliche Freiraumzeiten

Nur 3 der 10 Befragten nehmen sich täglich eine gewisse Freiraumzeit. Eine der Befragten (Nr.2) gibt an, Freiraumzeiten zu nutzen, diese aber zur Berufstätigkeit zu verwenden. 5 der Befragten geben an, nicht täglich ihren Freiraum zu haben. Die Motivation zur Pflege ziehen 3 der Befragten aus Heilerfolgen bzw. der Vermutung, die Lebenszeit des Pflegebedürftigen durch die häusliche Pflege zu verlängern. Länderstatistiken, die Belegstrukturen von Pflegeheimen nach dem Alter der Heimbewohner bei Einzug und bei deren Tod aufzeigen, bestätigen ein mögliches Risiko einer Heimübersiedlung. Je höher das Eintrittsalter, um so geringer ist die Verweildauer.

Je kürzer die Verweildauer, desto schneller erfolgt eine Einstufung in eine höhere Pflegestufe (26). 2 der Befragten thematisieren Lob und Anerkennung, die sie von Hausarzt bzw. Pflegedienst erfahren haben. Ablehnende Einigkeit besteht in der Befragtengruppe bezüglich der Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder Gesprächskreisen für pflegende Angehörige. Nur 2 von 10 Befragten erfahren bei Kuraufenthalten psychologische Betreuung und schätzen diese auch. Beide sind Ehepartner von Multiple-Sklerose-Patienten, deren Erkrankung in jüngeren Jahren langsam und schleichend begann.

Das Engagement bezüglich der Pflege, aber auch die Rebellion gegen die Erkrankung, scheint bei den Angehörigen jüngerer Patienten weitaus größer zu sein. Wichtig erscheint die Erkenntnis, daß nicht nur der Pflegebedürftige, sondern auch der Pflegende einer „Pflege“ bedarf (24).

Entspannungsmöglichkeiten werden im häuslichen Umfeld gesucht. Das Gespräch innerhalb der Familie, Gartenarbeit, Haustiere und andere Hobbys sollen Entspannung bieten.

Externe professionelle Gesprächsangebote werden nicht als psychische Entlastungsmöglichkeit geschätzt. 7 von 9 Befragten fahren trotz häuslicher Pflegesituation in Urlaub. Ein pflegender Ehemann (Nr.3) war erst einmal, und zwar vor 4 Jahren, in Urlaub. Er berücksichtigt, daß seine Ehefrau bevorzugt von ihm versorgt werden möchte und kann den Urlaub mit diesem Wissen ohnehin nicht recht genießen.

Passive Kooperation, Akzeptieren und Zupacken sind Bewältigungsmuster pflegender Angehöriger (34). Weitere Mechanismen sind Relativieren, Optimismus und Religiosität. Während bei kurzpflegenden Angehörigen (Pflegedauer 3-6 Monate) passive Kooperation an erster Stelle der Coping-Mechanismen steht, ist es das Relativieren bei den langpflegenden Angehörigen (länger als 2 Jahre). Die Hoffnung auf Rehabilitation scheint in dieser Befragtengruppe verringert zu sein.

Bestätigung findet dies in den Aussagen eines seit 20 Jahren pflegenden Ehemannes einer MS-Patientin (Nr.3). Anfangs war er sehr aktiv, hat jeden neuen Therapieansatz aufgegriffen, sich ausführlich informiert, fuhr regelmäßig auf Reha-Messen, war aktives Mitglied einer MS-Gruppe. „Doch irgendwann wird man müde, vor allem, wenn das Umfeld nicht mitzieht. Immer die gleichen Mitglieder der Gruppe planen und organisieren Ausflüge, kochen und spülen, während der Rest der Gruppe passiv teilnimmt. Die Verschlechterung des Krankheitsbildes und das Ableben anderer Betroffener zehrt außerdem noch an der Kraft.“

Langpflegende Angehörige legen mehr Wert auf ihre eigene körperliche und seelische Entspannung (34). Die Erkenntnis über den Wert der persönlichen Freiraumzeiten oder des Urlaubs zur Erholung sind bei den pflegenden Angehörigen nicht von Anfang an vorhanden. Eine pflegende Ehefrau (Nr.8) gibt an, erst seit 2 Jahren Urlaub für sich in Anspruch zu nehmen. Die Pflege besteht seit 9 Jahren.

### Mißbrauch und Vernachlässigung (M/V)

Während sich der Mißbrauch von Frauen und Kindern, bedingt durch die Medien, im gesellschaftlichen Bewußtsein eingepreßt hat, treten Mißbrauch und Vernachlässigung in Bezug auf den älteren Menschen kaum in Erscheinung. Dennoch sind diese Formen der Gewalt vorhanden und somit ein wichtiges Thema im Pflegeprozeß.

Während einige Staaten der USA bereits eine Meldepflicht für Mißbrauch und Vernachlässigung eingeführt haben, mag in Deutschland die Einführung einer mit starkem Einfluß zu versehenen Kommission, vergleichbar mit der Kinder-Kommission des Bundestages, erfolversprechender erscheinen (73). Bereits 1995 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Studie zu dieser

Thematik in Auftrag gegeben. Auf Initiative der Stadt Bonn wurde 1997 ein Notruf für Senioren mit dem Thema „Handeln statt Mißhandeln“ eingerichtet.

Wut und Aggressionen aufgrund persönlicher Überforderung des Pflegenden sind keine Seltenheit. Einmalige Situationen, ohne gravierende Negativfolgen für den Adressaten, werden allerdings noch nicht unter dem Begriff der Gewalt subsumiert. Nur systematische Handlungen oder Unterlassungen, mit dem Ergebnis einer ausgeprägt negativen Einwirkung auf die Befindlichkeit des Betroffenen, fallen darunter.

Handlungen einer Person des Vertrauens, die einer anderen Person Leid zufügt, wird als Mißbrauch definiert.

Vernachlässigung beschreibt jede Nicht-Handlung einer Person des Vertrauens, die einem anderen Menschen Leid zufügt (73).

In der Befragung werden von 8 der 10 Interviewten Aggressionen thematisiert. Während 6 der 8 Betroffenen die Ursache der Aggressionen schildern, Reaktionen und Handlungsabfolgen allerdings unerwähnt lassen, beschreibt ein pflegender Ehemann (Nr.3), daß er seine Frau manchmal unsanft aus dem Rollstuhl hebt, wenn er sie zu Bett bringt. Er gibt weiterhin an, daß er seine Frau gelegentlich am liebsten „an die Wand klatschen“ würde, dies dann allerdings mit ihr bespricht, weil ja auch sie seine Gefühle wahrnimmt.

Befragte Nr.6 pflegt ihre Mutter, die an den Folgen eines Schlaganfalles leidet. Sie ist nicht ansprechbar, kann nicht reagieren, ist immobil und wird von der Tochter mit zerkleinerter Normalkost versorgt. Die Nahrungsaufnahme dauert sehr lange, das Frühstück fast eine ganze Stunde. „Ich sag ihr dann energisch, sie soll schlucken. Aber das ist nicht böse gemeint. Den Kaffee wärme ich ihr aber nicht auf. Den muß sie halt kalt trinken. Aber es scheint sie auch gar nicht zu stören“.

De-Individuation, als Ursache von aggressivem Verhalten von Seiten des Pflegebedürftigen, wird ebenfalls beschrieben (33). Wenn Heimbewohner nur noch in Routine der Reihe nach versorgt werden, verlieren sie immer mehr ihre Individualität. Wenn inkontinente Patienten in pflegeleichte Trainingsanzüge gesteckt werden, fühlen sie sich wie in einer Uniform, nicht mehr von anderen unterschieden. Wenn sie als abgebaut und bei geringer Verwirrtheit als unzurechnungsfähig schnell unter Betreuung gestellt werden, werden sie sich unter dem Gruppendruck, sich anpassen zu müssen, bald de-individualisiert, d.h. ohne Verantwortung verhalten und dann auch aggressiv reagieren (33).

Die Beschreibung, am Beispiel von Pflegeheimbewohnern dargestellt, läßt sich auf die Problematik der häuslichen Pflege übertragen.

### Pflege zu Hause - und sich selbst nicht vergessen

Die Situation über 60 Jahre alter pflegender Ehefrauen beschreibt eine 1995 fertiggestellte Studie (20). Eigene gesundheitliche Probleme werden vorwiegend ambulant abgeklärt, Krankenhausaufenthalte werden seltener und für kürzere Zeit in Anspruch genommen, als es bei ihren zu pflegenden Ehemännern der Fall ist. Rehabilitative Maßnahmen werden nur begrenzt genutzt. Es gibt einzelne Hinweise, daß Wahleingriffe (Augenoperationen) verspätet oder gar nicht durchgeführt werden aufgrund der Pflegebedürftigkeit des Ehemannes.

Eine andere Untersuchung (4) bezüglich der Situation pflegender Ehefrauen zeigt auf, daß Urlaub, Entspannung und Sozialkontakte nur gelebt werden können, wenn der Ehemann stationär untergebracht ist.

In der vorliegenden Studie schildert die pflegende Ehefrau (Nr.8) eines MS-Patienten ihr schlechtes Gewissen, wenn sie Zeit für sich alleine in Anspruch nimmt. „Mein Mann reagierte immer schlecht. Er hatte entweder Durchfall, schlechte Laune oder Katheterverschlebung. Das habe ich dann immer auf mich bezogen. Du hast Dir etwas gegönnt. Das darfst du nicht, deshalb ist dies jetzt aufgetreten“. Vergessen wird oft auch die eigene Zukunftsgestaltung. Vor allem bei pflegenden Ehepartnern bestehen diesbezüglich keine konkreten Vorstellungen mehr (79).

### Die Pflegeversicherung

Alle Befragten erhalten Unterstützung durch die Pflegeversicherung. Acht Pflegebedürftige sind in Pflegestufe III, eine Betroffene in Pflegestufe II eingestuft, eine Härtefallregelung (Nr.3) liegt vor.

Nur 3 Befragte sind mit ihrer Pflegekasse unzufrieden. Mangelhafte oder fehlerhafte Informationen, zu lange Bearbeitungszeiten für Anträge bzw. die Ablehnung privater Urlaubsvertretung, obgleich die Kosten niedriger als bei einem Pflegeheimaufenthalt waren, werden als Gründe genannt. 2 dieser 3 pflegenden Angehörigen (Nr. 7/10) berichten über Probleme bei der Ein- oder Höherstufung durch den MDK.

9 von 10 Befragten geben an, die Ihnen zustehenden Hilfsmittel zu kennen. Ausdrückliche Schwierigkeiten bei der Beschaffung werden nur einmal genannt. Eine pflegende Ehefrau (Nr.7) hatte sich im Sanitätshaus einen Stuhl für ihren hüftkranken Gatten ausgesucht, der im Aussehen und der Ergonomie den Bedürfnissen des Patienten entsprach. Die Pflegeversicherung lieferte ein anderes Modell. Erst nach langem Hin und Her wurde der ursprünglich ausgesuchte Stuhl geliefert.

Befragte Nr.6 und Nr.9 geben an, daß der Pflegedienst sich um die Beschaffung der Hilfsmittel kümmerte. Die pflegende Angehörige Nr.6 hat ein Krankenbett von ihrer kirchlichen Sozialstation, für 50 DM pro Monat, geliehen. Sie wurde von ihrem Pflegedienst darüber informiert, daß ihr nach entsprechender Antragstellung bei ihrer Pflegeversicherung ein kostenloses Leihbett geliefert werden kann. Diese Möglichkeit will sie allerdings nicht wahrnehmen, um den Staat nicht zu sehr auszunutzen.

Ähnliche Motive zeigt Befragte Nr.5, indem sie zögert einen Höherstufungsantrag bei der Pflegeversicherung zu stellen. Befragte Nr.8 kauft Urinflaschen selber und hat auch früher, als sie Fürsorge bekam, nicht alle Hilfen in Anspruch genommen.

Befragte Nr. 9 ist die Einzige der 4 Befragten, die sich zu diesem Thema äußern, die nicht absichtlich, aber aus mangelnder Information, zustehende Hilfen nicht in Anspruch nimmt, wie sie rückblickend immer wieder erfahren mußte.

§45 des Pflegeversicherungsgesetzes schreibt den Krankenkassen, als Träger der Pflegeversicherung, 10 Abende umfassende Schulungskurse für pflegende Angehörige zur Qualitätssicherung der häuslichen Pflege und Verringerung der Belastung der pflegenden Angehörigen vor. Die Angebote werden von den pflegenden Angehörigen nur spärlich genutzt; in der vorliegenden Untersuchung von keinem der Befragten. Die Möglichkeit, nach Antragstellung und Bewilligung durch die Pflegekasse direkt im häuslichen Umfeld eines Patienten, sozusagen ganz individuell, einen 4-stündigen, praktischen Pflegekurs zu absolvieren, sieht der Gesetzgeber ebenfalls vor. Der zu Hause abgehaltene Kurs kann direkt auf die Bedürfnisse von Patient und Pflegendem eingehen.

Gesicherte Ergebnisse über die Effektivität und positiven Auswirkungen von Gruppen- und Kursangeboten bezüglich des Belastungserlebens von pflegenden Angehörigen und daraus ggf. resultierender verbesserter Alltagskompetenz, kognitiver Leistungsfähigkeit

und gehobener Stimmung des Patienten liegen bislang allerdings nicht vor. Eine Interventionsstudie (60) mit 30 pflegenden Angehörigen von Dekubituspatienten, deren Pflegebedarf aufgrund des Krankheitsbildes besonders hoch einzuschätzen ist, konnte keine testpsychologisch faßbaren Veränderungen sowohl bei Angehörigen, als auch den Erkrankten in Bezug auf oben genannte Merkmale sichern. Eine Attraktivitätssteigerung von Gruppen- und Kursangeboten sowie repräsentative Untersuchungen in Bezug auf Effektivität sind erforderlich. Akzeptanz und Motivation zur Teilnahme an den Veranstaltungen könnten verbessert werden, wenn sie von geeigneten und geschulten Helfern in den Räumlichkeiten der entsprechenden Hausarztpraxis durchgeführt würden, da doch gerade der Arzt hohe Anerkennung bei älteren Patienten genießt.

Desweiteren kann die Einführung regelmäßiger Pflegekonferenzen oder interdisziplinärer Qualitätszirkel in Gemeinden oder im Stadtteil professionell Pflegende, Hausärzte, Apotheker, Ernährungsberater und andere Beteiligte (44) bis hin zu Vertretern von Angehörigen und Patienten an einem Tisch zusammenbringen (26). Beides sind wichtige Möglichkeiten, um die Kommunikation zwischen behandelndem Arzt und Helfern zu verbessern.

Das therapeutische Team muß sich als solches erweisen, mit einheitlichen Behandlungskonzepten und selbstkritischer Reflexion. Maßnahmen zur Pflegedokumentation müssen flächendeckend eingeführt werden. Die Akte verbleibt am Bett des Patienten, jegliche Maßnahme wird dokumentiert und signiert, so daß sich sowohl behandelnder Arzt als auch Pflegepersonal über den Behandlungsverlauf informieren können. Fotografische Wunddokumentation, nach erhaltenem Einverständnis des Patienten, mit angegebener Größenrelation, z.B. anhand eines mitfotografierten Maßbandes, oder Beschreibung der Flächenausdehnung in Zentimeter, Angabe der Lokalisation anhand einer schematischen Skizze, Angabe der Gradeinteilung sowie Aussagen zum optischen und olfaktorischen Wundzustand (z.B. eitrig-gelb, belegt oder trocken, schwarze Nekrose, süßlich-fauliger Geruch) (64) sind durchzuführen.

Eine weitere Qualitätssicherungsmaßnahme im Rahmen der Pflegeversicherung sind Pflegekontrollen bei Angehörigen, die ausschließlich Geldleistungen von der Pflegeversicherung beziehen und keinen Pflegedienst zur Unterstützung haben. Wechselnde Mitarbeiter von Pflegediensten führen diese Kontrolle, abhängig von der Pflegestufeneinteilung, viertel- oder halbjährig durch. Derartige Aufgaben gehören in die Hand einer Bezugsperson, die Veränderungen leichter feststellen kann - eine Rolle, die wiederum dem Hausarzt als zentraler Koordinationsstelle zwischen Patienten und Angehörigem zukommen kann. Er könnte so auch den pflegenden Angehörigen als den potentiellen Patienten von morgen (31) rechtzeitig erkennen und behandeln.

Belastungen, bedingt durch die Pflege, führen in einigen Studien gehäuft zu psychosomatischen Erkrankungen (30;32), während andere Untersuchungen (2) keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur altersentsprechenden Normalbevölkerung finden. Als belastungsreduzierend wurden in einer Querschnittsuntersuchung (46) Determinanten des sozialen Netzes pflegender Ehefrauen eingestuft, die die Kontinuität alltäglicher sozialer Beziehungen sichern. Ob Pflege als belastend empfunden wird, hängt allerdings von vielen verschiedenen Faktoren ab. Persönliche Einstellung zur Pflege, Verhältnis zum Patienten, aber auch täglicher Pflegeaufwand spielen eine Rolle (31). Studien, die zwischen kognitiven und körperlichen Einbußen des Pflegebedürftigen differenzieren, weisen auf die Bedeutsamkeit des kognitiven Abbaus für das emotionale Befinden des Angehörigen hin. So ist für das Selbstwertgefühl des pflegenden Angehörigen der objektive Belastungsindikator, die kognitive Beeinträchtigung des Patienten, ausschlaggebend (59), d.h. je weiter fortgeschritten der Abbau des Pflegebedürftigen, desto höher die Lebenszufriedenheit des Angehörigen. Desweiteren

sind subjektiv empfundene Rollenkonflikte für die Lebenszufriedenheit der Pflegenden von Bedeutung (59). Behandlungsbedarf durch den Hausarzt besteht auch bei nicht objektivierbaren Belastungen, um gesundheitliche Probleme der Pflegenden möglichst gering zu halten und eine kostenintensive Institutionalisierung der Pflege zu vermeiden.

Um das ganze System der häuslichen Pflege aufrecht und „gesund“ erhalten zu können, muß das Bewußtsein pflegender Angehöriger durch Öffentlichkeitsarbeit geschärft werden.

Die Notwendigkeit, professionelle Angehörigenarbeit auszubauen, wurde bereits beschrieben (12). Angehörigenarbeit stellt einen integrativen Begriff dar, unter dem Angebote der Öffentlichkeitsarbeit, der Familienbildung, der Familienberatung/-therapie, der Gruppenarbeit sowie gemeinwesenorientierte Selbsthilfefansätze subsumiert werden. Oberstes Ziel sind prophylaktische oder auf die akute Situation bezogene Angebote kognitiver, affektiver oder praktischer Hilfen für pflegende Angehörige zur Selbsthilfe (12). Weiterhin hilft das konsequente Therapieren der Erkrankungen der Pflegenden, das Ausmaß der körperlichen Beschwerden und damit die subjektive Belastung zu senken. Auf Seiten der Pflegebedürftigen gilt es insbesondere Verhaltensstörungen, wie Streitsucht oder Aggressivität bei dementiellen Erkrankungen, therapeutisch zu beeinflussen, da diese von pflegenden Angehörigen als besonders belastend erlebt werden (28).

Einer De-Individuation des Pflegebedürftigen und folgendem aggressivem Verhalten seinerseits ist durch die Aufrechterhaltung des Selbstbestimmungsrechtes, durch das Entgegenbringen von Respekt und Würde, durch Integration in die Familie sowie durch die weitgehende Aufrechterhaltung früherer Lebensstile von Seiten des Pflegenden entgegenzuwirken.

Der Bereich der häuslichen Pflege mit der Familie als größtem Pflegedienst der Gesellschaft muß sowohl aus humanitären als auch finanziellen Gründen ausgebaut und unterstützt werden.



### 4.3 Ärztebefragung im Vergleich: 1998/1993

Die Dekubitusprävalenz steigt mit der Zunahme hochbetagter Patienten, und parallel dazu verschärft sich die finanzielle Problematik für die die Kosten tragenden Einrichtungen.

Von der Initiative Chronische Wunden wurden die Kosten der Dekubitustherapie in der BRD im Jahre 1995 auf 2-3 Milliarden DM pro Jahr geschätzt (64).

Volkswirtschaftliche, ethische, aber auch forensische Aspekte (drohende zivilrechtliche Klagen bei mangelnder Dokumentation der Risikofaktoren und –einschätzungen) zwingen zunehmend zur Auseinandersetzung mit der Thematik.

Dennoch sind auch im Jahre 1998 nur etwas mehr als die Hälfte aller Stichprobenteilnehmer an der Zusendung von Ergebnissen dieser Studie interessiert.

Zusendung von Ergebnissen der Studie	1998	1993
Ja	38 = 56 %	30 = 52 %
Nein	30 = 44 %	28 = 48 %

<i>N</i> = 68	<i>N</i> = 58
<i>NR</i> = 0	<i>NR</i> = 0
<i>NA</i> = 1	<i>NA</i> = 0

Hinweise für eine hohe Antworterkendität zwischen 1993 und 1998 ergeben sich auch aus der Geschlechterverteilung und dem Praxisstandort.

Geschlecht	1998	1993
Weiblich	21 = 31 %	17 = 30 %
Männlich	47 = 69 %	39 = 70 %

<i>N</i> = 68	<i>N</i> = 56
<i>NR</i> = 1	<i>NR</i> = 2
<i>NA</i> = 0	<i>NA</i> = 0

Praxisstandort in	1998	1993
Stadt	18 = 26 %	15 = 26 %
Land	51 = 74 %	42 = 74 %

<i>N</i> = 69	<i>N</i> = 57
<i>NR</i> = 0	<i>NR</i> = 1
<i>NA</i> = 0	<i>NA</i> = 0

Art der ärztlichen Weiterbildung	1998	1993
Praktischer Arzt	18 = 27 %	42 = 75 %
Arzt für Allgemeinmedizin	49 = 73 %	14 = 25 %

<i>N</i> = 67	<i>N</i> = 56
<i>NR</i> = 0	<i>NR</i> = 2
<i>NA</i> = 2	<i>NA</i> = 0

Die scheinbar reziproke Bereitschaft zur Mitarbeit zwischen den Berufsgruppen Praktischer Arzt/Arzt für Allgemeinmedizin im Vergleich 1998/1993 liegt in einer

Gesetzesänderung begründet. Am 01.01.1995 wurde die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin von bisher vier auf drei Jahre verkürzt und für die Zukunft als Verpflichtend vorgeschrieben. Allen zum Stichtag bereits seit fünf Jahren niedergelassenen Praktischen Ärzten wurde eine Umbenennung zum Arzt für Allgemeinmedizin angeboten. Der Großteil der Praktischen Ärzte aus der Befragung von 1993 (75%) findet sich in der Befragung von 1998 als Arzt für Allgemeinmedizin (73%) wieder. Der Grunddatenvergleich mit 1993 (55) zeigt Deckungsgleichheit zur Ausgangsgruppe. Der Vergleich der Datenprofile läßt auf eine weitgehend gleiche Antwortgruppe schließen.

Von den Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten wurden 1993 und 1998 durchschnittlich 4 bis 5 Patienten mit Dekubitus jeweils in Alten- und Pflegeheimen und zu Hause betreut (Median = 3 ).

- im Alten- und Pflegeheim

Anzahl der Patienten im 3. Quartal 1998/1993	Anzahl und Prozent der Ärzte	
	1998	1993
Keine	15 = 29 %	13 = 34 %
1 – 5	23 = 45 %	19 = 50 %
6 – 10	8 = 16 %	2 = 5 %
11 – 15	1 = 2 %	2 = 5 %
16 – 20	3 = 6 %	1 = 3 %
21 – 25	0	0
26 – 30	1 = 2 %	0
31 – 35	0	0
36 – 40	0	1 = 3 %

*N* = 51

*NR* = 17

*NA* = 1

*N* = 38

*NR* = 17

*NA* = 3

- zu Hause

Anzahl der Patienten im 3. Quartal 1998/1993	Anzahl und Prozent der Ärzte	
	1998	1993
Keine	10 = 15 %	10 = 19 %
1 – 5	42 = 65 %	37 = 71 %
6 – 10	7 = 11 %	1 = 2 %
11 – 15	1 = 2 %	2 = 4 %
16 – 20	2 = 3 %	1 = 2 %
21 – 25	0	1 = 2 %
26 – 30	3 = 5 %	0
31 – 35	0	0
36 – 40	0	0

*N* = 65

*NR* = 3

*NA* = 1

*N* = 52

*NR* = 4

*NA* = 2

Aus den Daten läßt sich eine Jahresprävalenz für die ambulante Betreuung von Dekubituspatienten von 287/100.000 Einwohner für 1993 und von 412/100.000 Einwohner für 1998 hochrechnen. Diese Werte liegen aber vermutlich zu hoch, weil die Antworterguppe zugunsten der dekubitusversorgenden Ärzte verzerrt sein dürfte. Der deutliche Anstieg läßt sich nicht ausreichend mit steigender Lebenserwartung oder verbesserter Sensibilisierung für die Thematik erklären.

Alter in Jahren	Anzahl und Prozent der befragten Ärzte	
	1998	1993
< 50	1 = 2 %	1 = 2 %
50 – 60	3 = 5 %	1 = 2 %
61 – 70	5 = 9 %	4 = 8 %
71 – 80	23 = 40 %	25 = 51 %
> 80	25 = 44 %	18 = 37 %

*N* = 57  
*NR* = 8  
*NA* = 4

*N* = 49  
*NR* = 8  
*NA* = 1

In den befragten Alten- und Pflegeheimen lag 1993 bei durchschnittlich drei Heimbewohnern (ca. 0 bis 4% aller Heimbewohner) ein Dekubitus vor.

Neun der zehn befragten ambulanten Pflegedienste betreuten durchschnittlich vier Patienten (0 bis 12) mit einem Dekubitus.

Andere Zahlen mit Bevölkerungsbezug stützen diese epidemiologischen Ergebnisse. 1990-1993 wurden in Mannheimer Sozialstationen 3-4,5% der ambulant betreuten Patienten wegen Hautkrankheiten (größtenteils Dekubitus) gepflegt; bei durchschnittlich 140 Patienten pro Station waren dies ca. 4-5 Patienten mit Hautkrankheiten pro Sozialstation (61).

Verschiedene Studien in England und den USA mit unterschiedlichen Bezugsgruppen geben die Dekubitus-Prävalenz mit 7-12% bei Patienten in häuslicher Pflege und 3-10% in Pflegeheimen an (62).

Die Hausärzte nannten einen Altersgipfel bei 71 bis über 80 Jahren; in den Pflegeheimen und bei den ambulanten Pflegediensten waren 1993 die meisten Patienten mit Dekubitus über 80 Jahre alt.

Die den Dekubitus bedingenden Grunderkrankungen waren in allen Befragtengruppen meist ein Schlaganfall oder allgemeine Schwäche und Kachexie.

Grunderkrankung	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Allgemeine Schwäche u. Kachexie	47 = 78 %	33 = 66 %
Cerebraler ( apoplektischer ) Insult	42 = 70 %	38 = 76 %
Krebserkrankung	23 = 38 %	21 = 42 %
Psychiatrische Erkrankung, Depression	9 = 15 %	7 = 14 %
Diabetes mellitus	8 = 13 %	1 = 2 %
Encephalomyelitis disseminata (MS)	7 = 12 %	7 = 14 %
Schenkelhalsbruch / TEP / Hüftversteifung	5 = 8 %	2 = 4 %
Rückenmarksschädigung	4 = 7 %	1 = 2 %
Herzerkrankungen	4 = 7 %	0
Neurologische Erkrankungen	3 = 5 %	0
Atherosklerose	2 = 3 %	0
Andere Erkrankungen	10 = 17 %	6 = 12 %
Summe der Nennungen	161	116

N = 60  
NR = 9  
NA = 0

N = 50  
NR = 7  
NA = 1

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Eine ausführliche tabellarische Gegenüberstellung der Ergebnisse von 1998/1993 mit genauer Aufzählung der unter „Andere Erkrankungen“ oder „Sonstige“ subsumierten Angaben ist in Kapitel 7 (Anhang) dargestellt.

Die führende Rolle bei den Begleiterkrankungen, die die Druckbelastung und die Hypoxie des Gewebes verstärken, spielt unverändert der Diabetes mellitus.

Begleiterkrankungen	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Diabetes mellitus	31 = 57 %	26 = 59 %
Arteriosklerose	18 = 33 %	17 = 39 %
Neurologische Erkrankungen	10 = 19 %	9 = 20 %
Adipositas	7 = 13 %	5 = 11 %
Herzinsuffizienz	6 = 11 %	1 = 2 %
Immobilität	5 = 9 %	6 = 14 %
Psychische Erkrankungen	5 = 9 %	0
Frakturen / Wirbelsäulenschäden	4 = 7 %	1 = 2 %
Kachexie	3 = 6 %	5 = 11 %
Arthrosen	3 = 6 %	1 = 2 %
Exsiccose	3 = 6 %	1 = 2 %
Infektionen	3 = 6 %	1 = 2 %
Muskelkontrakturen	3 = 6 %	0

Harn – und Stuhlinkontinenz	1 = 2 %	4 = 9 %
Eiweißmangel	0	2 = 5 %
Keine	1 = 2 %	4 = 9 %
Sonstige	12 = 22 %	10 = 23 %
Summe der Nennungen	115	93

<i>N</i>	= 54	<i>N</i>	= 44
<i>NR</i>	= 14	<i>NR</i>	= 12
<i>NA</i>	= 1	<i>NA</i>	= 2

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von *N*)

Zur Dekubitusprävention und -therapie ist zahlreiche internationale Literatur (17;19;56;70;76;80;81) veröffentlicht, u.a. Guidelines der Agency for Health Care Policy and Research aus den USA. Zwei deutschsprachige Leitlinien (5;43) sind ebenfalls auf dem Markt. Bei der Entwicklung, Implementierung und Anwendungsevaluation einer Leitlinie muß allerdings die Zielgruppe einbezogen werden (7;27). Ihre Identifikation mit der Leitlinie muß gründlich und sorgfältig erfolgen, um mögliche vielgestaltige Barrieren weitgehend gering zu halten (47).

Ein hoher Bekanntheitsgrad der amerikanischen Leitlinien in der BRD darf angezweifelt werden.

Inwieweit sich Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte an dem Inhalt der deutschsprachigen Leitlinien orientieren bzw. deren Veröffentlichung überhaupt wahrgenommen haben, ist ebenfalls nicht bekannt.

Die Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte wurden deshalb u.a. gefragt, welche Empfehlungen bzw. Anleitungen sie dem Pflegepersonal und Familienangehörigen zur Dekubitusprävention geben.

Regelmäßiges Wenden des Patienten nach Stundenplan (75) mindestens alle zwei Stunden war allen Befragten bekannt, aber besondere Hautpflege (3) und druckentlastende Lagerung wie auch Mobilisieren wurden im Gegensatz zu den Pflegekräften 1993 von den Hausärzten häufig vergessen ( $\chi^2 = 40,25$  bei  $df = 6$ ;  $p < 0,001$ ). Daran hat sich auch 1998 nichts geändert.

Rehabilitation älterer Menschen, insbesondere nach einem erlittenen Schlaganfall, ist zwar anstrengend und langwierig aber erfolgversprechend (74), so daß Mobilisation die wirkungsvollste und ethischste Art der Prävention darstellt.

Eine weitere, von den Hausärzten kaum erwähnte Empfehlung betrifft den Ernährungszustand des Patienten. Kalorien- und eiweiß- sowie vitamin- und mineralstoffreiche Kost trägt zur Wundheilung bei. Durchschnittlich 30 bis 35 kcal (125-146 kJ) pro kg und Tag sowie 1,25 bis 1,5 Gramm Protein pro kg und Tag müssen aufgenommen werden (57). Für einen 70 kg schweren Menschen bedeutet dies eine Aufnahme zwischen 2100 und 2450 kcal (8750-10208 kJ) sowie 87,5 – 105 g Eiweiß pro Tag.

Mobile Ernährungsberater, die zu den Patienten nach Hause kommen oder von den Angehörigen auf Kassenkosten konsultiert werden können, sind in diesem Zusammenhang zu fordern. Kann keine adäquate Ernährungsaufnahme gewährleistet werden, muß der Behandler eine parenterale Ernährung anordnen.

Die kontraindizierte (9;43) Thermotherapie (Eisen und Fönen) – 1993 noch von 15% der Allgemeinärzte, aber von keinem Pflegenden genannt – ist 1998 auch bei den Ärzten verpönt, während eine Behandlung mit Eis in der Angehörigenbefragung 1998 in zwei von zehn Interviews thematisiert wird.

Empfehlungen bzw. Anleitungen an das Pflegepersonal bzw. Familienangehörige	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Lagerung	45 = 87 %	42 = 89 %
Antidekubitusmatratzen	12 = 23 %	7 = 15 %
Lokale Therapie	12 = 23 %	8 = 17 %
Hautpflege	8 = 15 %	8 = 17 %
Mobilisation des Patienten	8 = 15 %	6 = 13 %
Felle ( Bettfell, Fellschuh, Fersenfell )	7 = 13 %	12 = 26 %
Trocken halten ( Inkontinenz ) / Hygiene	7 = 13 %	9 = 19 %
Gefährdete Stellen abpolstern	7 = 13 %	6 = 13 %
Druckentlastung	5 = 10 %	3 = 6 %
Verband und Verbandswechsel	5 = 10 %	1 = 2 %
Ernährungsrichtlinien	4 = 8 %	0
Pflegebett / Spezialstuhl	3 = 6 %	1 = 2 %
Flüssigkeitszufuhr	3 = 6 %	0
Franzbranntwein	2 = 4 %	3 = 6 %
Eisbehandlung	2 = 4 %	0
Kalt/Warm – Therapie an gefährdeten Stellen	1 = 2 %	7 = 15 %
Regelmäßige Inspektion gefährdeter Stellen	1 = 2 %	3 = 6 %
Dauerkatheter	0	5 = 10 %
Schaumstoffmatratzen an gefährdeten Stellen ausschneiden	0	3 = 6 %
Sonstige	7 = 13 %	10 = 21 %
Summe der Nennungen	139	134

N = 52  
NR = 12  
NA = 5

N = 47  
NR = 11  
NA = 0

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Allgemeinmediziner und ambulante Pflegedienste empfahlen 1993 in erster Linie Schaffelle oder Synthetikfelle als Antidekubitushilfsmittel, das Alten- und Pflegeheimpersonal bevorzugte Schaumstoffmatratzen.

Gummiringe wurden von ca. einem Drittel der Hausärzte besonders empfohlen; ungefähr die gleiche Anzahl betonte aber besonders ihre negativen Erfahrungen mit Gummiringen.

Die Nachteile der ringförmigen Hohllagerung mit zirkulärer Durchblutungsstörung und Sauerstoffunterversorgung sowie Verstärkung der Immobilität des Patienten sind in der Literatur beschrieben (6;10;18).

Die Bedenken von zahlreichen Autoren bezüglich der Verwendung von Ringen in der Pflege und Geburtshilfe (15) sind nicht ausreichend durch empirische Daten gesichert. Breit angelegte Untersuchungen sind aber anhand des bisherigen Wissens nicht vertretbar.

1998 werden von den Hausärzten Antidekubitusmatratzen am häufigsten genannt (1993: 29 von 58 Ärzten, 1998: 42 von 69 Ärzten), Felle treten etwas in den Hintergrund, wobei sich die Unterschiede als nicht signifikant erweisen.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, daß großzellige Wechseldruckmatratzen (Large-celled alternating pressure mattress), sicher aber Low-airloss- und Air-fluidized-Betten bessere Präventivmaßnahmen als Schaumstoff (foam) und silikonähnliche Auflagen darstellen (16).

Der Kenntnisstand der befragten Hausärzte in Bezug auf derartige Hilfsmittel konnte anhand der offenen Fragestellung und der daraus resultierenden pauschalen Antwort „Antidekubitusmatratze“ nicht überprüft werden. Es bleibt zu hoffen, daß eine individuelle Verordnung, je nach Risikoeinschätzung, getroffen wird.

von Hausärzten empfohlene Antidekubitusmittel	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Antidekubitusmatratze/Wechseldruckmatratze	44 = 100 %	23 = 52 %
Antidekubitusfell	17 = 40 %	26 = 59 %
Kissen / Keile / Sandsäcke	10 = 23 %	7 = 16 %
Ringe	8 = 19 %	13 = 30 %
Fersenschoner	6 = 14 %	7 = 16 %
Bettschuhe Fell / Vlies	6 = 14 %	1 = 2 %
Spezielles Krankenpflegebett	4 = 9 %	3 = 7 %
Krankenunterlagen	4 = 9 %	2 = 5 %
Schaumstoffpolster/-auflagen	3 = 7 %	8 = 18 %
Wasserbett / -matratze	1 = 2 %	4 = 9 %
Einlagen	1 = 2 %	2 = 5 %
Einmalwindeln	1 = 2 %	1 = 2 %
Sonstige	2 = 5 %	1 = 2 %
Summe der Nennungen	107	98

N = 43  
NR = 13  
NA = 13

N = 44  
NR = 8  
NA = 6

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Empfehlungen bezogen auf die Anzahl der Ärzte	1998	1993
Antidekubitusmatratzen	42 = 61 %	29 = 50 %
Antidekubitusfell	17 = 25 %	26 = 45 %

Ringe	8 = 12 %	13 = 22 %
-------	----------	-----------

N = 69

N = 58

Antidekubitushilfsmittel mit schlechter Erfahrung	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Keine	23 = 64 %	21 = 66 %
Ringe	7 = 19 %	7 = 22 %
Wasserbetten / - kissen	0	2 = 6 %
Felle	5 = 14 %	1 = 3 %
Wechseldruckmatratze	1 = 3 %	1 = 3 %
Sonstige	3 = 8 %	1 = 3 %
Summe der Nennungen	39	33

N = 36

NR = 23

NA = 10

N = 32

NR = 19

NA = 7

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Neben der richtigen Auswahl und Verordnung eines Bettsystems können banal erscheinende Informationen, wie z.B. der sehr niedrige Stromverbrauch von Wechseldruckmatratzen (37) die Compliance von insbesondere älteren und sehr sparsamen Patienten und Angehörigen erhöhen.

Auch der falsche Umgang mit den Hilfsmitteln kann zu schlechten Erfahrungen führen und von Seiten des Hausarztes bei seinen Hausbesuchen wahrgenommen und durch Aufklärung behoben werden. Voraussetzung ist allerdings die Kenntnis des Arztes, die, zumindest in Bezug auf die Verwendung von Lokaltherapeutika, verbesserungswürdig erscheint.

Die Auswahl der verwendeten Lokaltherapeutika und lokalen Maßnahmen der befragten Ärzte zeigt, daß die Dekubitustherapie polypragmatisch, manchmal konfus und aktionistisch sowie nicht an den wenigen vorhandenen nutzenbelegten Konzepten(11;50) orientiert ist.

Im Stadium 1-2 bevorzugten Allgemeinärzte 1993 und 1998 Quecksilberverbindungen, Pflegekräfte in den Altenheimen griffen 1993 zu Salben.

- *Hautrötung und Blasenbildung ?*

Lokaltherapeutikum bzw. lokale Maßnahme	Anzahl der Nennungen (Allgemeinärzte)	
	1998	1993
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom / Merfen	17 = 31 %	22 = 48 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Evalgan Spray / Mirfulan / Mito syl / Zinkpaste / Zink / Desitin	12 = 22 %	= 20 %
Dexpanthenol - Bepanthen	10 = 18 %	7 = 15 %



Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka cid	10 = 18 %	5 = 11 %
Lokale Druckentlastung	6 = 11 %	8 = 17 %
Chemikalien - Harnstoff / Brillantgrün / Gentiana- violett / Jod	5 = 9 %	0
Antibiotikahaltige Externa - Volon A Salbe / Nebacetin / Fucidine	5 = 9 %	0
Thermotherapie - Eis / Eisen und Fönen / Fönen	4 = 7 %	7 = 15 %
Nicht Arzneimittel - Melkfett / Töpfersalbe / Babyöl / Penaten	4 = 7 %	2 = 4 %
Antimykotika	4 = 7 %	0
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll	3 = 5 %	2 = 4 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol	3 = 5 %	0
Blasenabtragung / - eröffnung	2 = 4 %	2 = 4 %
Feuchter Wundverband	2 = 4 %	0
Corticoidhaltige Arzneimittel - Ecural / Cortison	2 = 4 %	0
Trockener Verband	1 = 2 %	5 = 11 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase / Iruxol	1 = 2 %	1 = 2 %
Wundgaze / Gittertüll ohne Antibiotika - Branolind	1 = 2 %	0
Steriler Verband	1 = 2 %	0
Sonstige	10 = 18 %	10 = 22 %
Summe der Nennungen	103	80

$N = 55$   
 $NR = 11$   
 $NA = 3$

$N = 46$   
 $NR = 8$   
 $NA = 4$

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Im Stadium 2 mit schmierigen Belägen schienen 1993 die Pflegekräfte in Altenheimen als einzige einem klaren Konzept mit der Verwendung von PVP-Jod und Spülung mit Wasserstoffsuperoxid zu folgen, das allerdings heilungsverzögernd ist. In allen drei Berufsgruppen gab es ein breites Spektrum weiterer Empfehlungen, u.a. obsoletere und kontraindizierte Behandlungsformen wie z.B. Zucker.

- *schmierigen Belägen ?*

Lokaltherapeutikum bzw. lokale Maßnahme	Anzahl der Nennungen (Allgemeinärzte)	
	1998	1993
Feuchter Wundverband	17 = 30 %	2 = 4 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka Cid / Jodotamp	15 = 26 %	19 = 41 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol	12 = 21 %	9 = 20 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase / Iruxol	9 = 16 %	10 = 22 %
Wundspülung mit NaCl	8 = 14 %	2 = 4 %
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll / Fucidinegaze	7 = 12 %	4 = 9 %
Antibiotikhaltige Externa - Nebacetin / Refobacin / Tetramycin / Fucidine	6 = 11 %	5 = 11 %
Wundspülung mit H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	5 = 9 %	6 = 13 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Mirfulan / Mito syl / Zinkpaste / Evalgan Spray	4 = 7 %	7 = 15 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom / Merfen	3 = 5 %	6 = 13 %
Beläge entfernen	2 = 4 %	3 = 7 %
Chemikalien - Gentianaviolett / Jod	2 = 4 %	0
Trockener Verband	2 = 4 %	0
Lokale Druckentlastung	1 = 2 %	2 = 4 %
Wundgaze / Gittertüll ohne Antibiotika - Oleotüll /	1 = 2 %	2 = 4 %
Steriler Verband	1 = 2 %	1 = 2 %
Thermotherapie - Fönen	1 = 2 %	1 = 2 %
Sonstige	18 = 32 %	14 = 30 %
Summe der Nennungen	114	93

N = 57  
NR = 11  
NA = 1

N = 46  
NR = 9  
NA = 3

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Im Stadium 3 bis 4 wurde 1993 das Schwergewicht in allen Befragtengruppen auf die Nekroseabtragung gelegt. Lediglich 10% (Ärzte) bis 20% (ambulante Pflegedienste) setzten hier feuchte Wundverbände ein. Die Einstellung der Allgemeinmediziner hat sich 1998 in diesem Punkt ansatzweise geändert; 1993 wurden feuchte Wundverbände (Hydrokolloide, -gele, -polymere, -alginat etc.) nur von 7 der 58 Befragten als Dekubitustherapie, (egal in welchem Stadium) genannt (12%), 1998 sind es schon 19 von 69 Ärzten (28%;  $\chi^2 = 4,68$  bei  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ).

Hingegen ist der obsoleete Einsatz von lokalen Antibiotika unverändert beliebt (1993: 36% der Ärzte, 1998: 39%; wobei ähnliche Größenordnungen bei den anderen Berufsgruppen vorliegen).

- bei Nekrosebildung ?

Lokaltherapeutikum bzw. lokale Maßnahme	Anzahl der Nennungen (Allgemeinärzte)	
	1998	1993
Abtragen der Nekrose	36 = 63 %	28 = 68 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka cid	11 = 19 %	8 = 20 %
Feuchter Wundverband	9 = 16 %	4 = 10 %
Enzymatische Arzneimittel mit AB - Leukase / Irujol	7 = 12 %	7 = 17 %
Enzymatische Arzneimittel ohne AB - Fibrolan / Novuxol / Varidase	7 = 12 %	7 = 17 %
Wundspülung mit H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	5 = 9 %	2 = 5 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Fucidine	4 = 7 %	2 = 5 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom / Merfen	2 = 4 %	5 = 12 %
Wundspülung mit NaCl	2 = 4 %	1 = 2 %
Chemikalien - Gentianaviolett / Jod	2 = 4 %	0
Wundgaze / Gittertüll ohne AB - Branolind	2 = 4 %	0
Lokale Druckentlastung	1 = 2 %	2 = 5 %
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll	1 = 2 %	1 = 2 %
Thermotherapie - Fönen	1 = 2 %	0
Zinkhaltige Arzneimittel - Mirfulan / Mito syl / Zinkpaste / Evalgan Spray	0	5 = 12 %
Sonstiges	14 = 25 %	10 = 24 %
Summe der Nennungen	104	82

N = 57  
NR = 10  
NA = 2

N = 41  
NR = 11  
NA = 6

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Das Fehlen von klaren Konzepten, die in kontrollierten Studien ihren Nutzen belegt haben, wird in der Therapie des Dekubitus deutlich.

Für das Prinzip des feuchten Wundverbandes sprechen bei vordergründig höheren Kosten kürzere Behandlungszeiten, seltenere weniger traumatische und schmerzärmere Verbandwechsel, geringerer Pflegeaufwand und bessere Ergebnisqualität. Im Verordnungsbereich der Dermatika ist ein großes Einsparpotential vorhanden, das zugunsten moderner feuchter Wundverbände zu mobilisieren wäre, wie das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte zeigt. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung könnten mehr als 60 Millionen Mark pro Jahr gespart werden (65;66). Dazu müßte man die wegen Entwicklung von Resistenzen und Kontaktsensibilisierung, wegen Wundheilungshemmung und fehlender Wirksamkeit obsoleten Lokalantibiotika wie Gentamycin, Fusidinsäure, Framycetin und Chloramphenicol verlassen.

Druckgeschwüre können ohne pathologische Folgen mit zahlreichen Mikroorganismen, u.a. denen der physiologischen Hautflora, kontaminiert sein, wodurch Wundabstriche schwer interpretierbar werden.

Die Daueranwendung lokaler Antibiotika ist obsolet (57), systemische Antibiotika-Gabe wirkt nicht effektiv auf die Eradikation besiedelter Geschwüre (53). Transiente Bakteriämie kann ohne weitere Konsequenzen im Rahmen einer Wundreinigung auftreten. Klinische Zeichen einer Sepsis werden, nach Ausschluß anderer Ursachen und nach Erstellen einer Blutkultur, systemisch mit den für die entsprechenden Mikroorganismen wirksamen Antibiotika behandelt.

Von 1992 zu 1997 weisen die Daten des GKV-Arzneimittelindex (66) zwar einen Rücklauf der Verordnungen von Lokalantibiotika auf; er spiegelt sich aber nicht im Antwortverhalten der hier Befragten wider.

Viele Allgemeinärzte wissen auch nicht, daß sie mit einem von ihnen geschätzten Präparat in Wirklichkeit ein Lokalantibiotikum (z.B. Iruxol<sup>R</sup>, Sofratüll<sup>R</sup>, Leukase<sup>R</sup>) einsetzen.

Neben dem Fehlen von klaren Konzepten in der Dekubitus therapie werden Lücken in der für den Umgang mit dekubitusgefährdeten Patienten zentralen Beratung der Pflegenden zu präventiven Maßnahmen deutlich.

Bei der Frage nach Problemen für eine optimale Dekubitusprävention und -therapie klagen einige Allgemeinärzte über zu seltenes Wenden der Dekubituspatienten zu Hause oder im Pflegeheim. Dies wird zurückgeführt auf Schwesternmangel, Mangel an Motivation der Angehörigen und Widerstand des Patienten. Hier ist auch eine sichtbar werdende Überforderung der pflegenden Angehörigen einzuordnen. Einige Pflegekräfte klagen über wenige Ärzte, die auf ihrem von dem im Pflegeheim üblichen Schema abweichenden Therapieansatz beharren. Dabei wird deutlich, daß die Ursache für Probleme in der Kooperation meist den jeweils anderen Beteiligten zugeschrieben werden. Häufig scheint es aber so zu sein, daß die Hausärzte die Prävention und Therapie des Dekubitus ohnehin den Pflegekräften überlassen – was, gemessen an ihrem durchschnittlichen Kenntnisstand, vielleicht das Beste ist, sofern sie mit einem qualifizierten Pflegedienst kooperieren.

Mangelnde Qualifikation auf Seiten des Pflegepersonals bezüglich der Anwendung von Risikoeinschätzungen, Therapieanwendungen bzw. präventiver Hilfsmittel wurden allerdings beschrieben (35).

Gute Ergebnisse zur Risikoeinschätzung werden anhand der modifizierten Norton-Skala beschrieben (41). Bessere Ergebnisse, ein Dekubitusrisiko zu erfassen, werden mit der

1987 von N. Berstrom und B. Braden entwickelten Braden-Skala erreicht (8;41;48;54). Die AHCPR Guideline (3) favorisiert keine der beiden Skalen aufgrund qualitativer Unterschiede. Eine periodische Neubewertung des Dekubitusrisikos eines betreffenden Patienten (25) sowie die Dokumentation der Faktoren, die zu dem erhöhten Risiko beitragen (3), sind allerdings unerlässlich.

Das vertragsärztliche Vergütungssystem honoriert die zeit- und zuwendungsintensive Prävention und Therapie chronischer Wunden nicht ausreichend und macht sie damit im enggesteckten Zeitablauf des Praxisalltags im Vergleich zu besser vergüteten technischen Leistungen unattraktiv.

Einen ähnlichen Hintergrund hat vermutlich auch der deutliche Anstieg von allgemeinärztlichen Nennungen bei diagnostischen Maßnahmen von 1993 zu 1998, von denen einige keinen Stellenwert im Umgang mit Dekubituspatienten haben (5;43;68).

*Welche diagnostischen Maßnahmen führen Sie durch ?*

Maßnahmen	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Labor	27 = 51 %	7 = 16 %
Inspektion	16 = 30 %	10 = 23 %
Blutzuckerkontrollen	11 = 21 %	11 = 26 %
Wundabstrich	11 = 21 %	4 = 9 %
Doppleruntersuchung von Gefäßen	7 = 13 %	2 = 5 %
Kontrollen in Bezug auf Grund- bzw. Begleiterkrankungen	5 = 9 %	6 = 14 %
RR / Puls / EKG / Temperatur	4 = 8 %	2 = 5 %
DSA / Röntgen / Angiographie	4 = 8 %	0
Neurologische Diagnostik	3 = 6 %	4 = 9 %
Stoffwechselkontrolle	3 = 6 %	1 = 2 %
Palpation des Wundrandes	0	1 = 2 %
Kontrolle der Flüssigkeitszufuhr	0	1 = 2 %
Blutkultur	0	1 = 2 %
Keine	13 = 25 %	15 = 35 %
Summe der Nennungen	104	65

N = 53  
NR = 14  
NA = 2

N = 43  
NR = 14  
NA = 1

*(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)*

Ein durchgehend positiver Effekt von Publikationen, Fortbildungen oder den beiden deutschsprachigen Leitlinien auf die tatsächliche Versorgung von Patienten mit Dekubitus im allgemeinärztlichen Bereich im Vergleich von 1993 zu 1998 wird in den vorliegenden Daten nicht sichtbar. Zum gleichen Ergebnis kommt eine ähnliche Studie in den USA 1995/96 (45).

## 5. Zusammenfassung

Bedingt durch den demographischen Wandel in der Bevölkerung erlangen gerontologische Themen immer zentralere Bedeutung. Die Thematik des Dekubitus in der häuslichen Pflege ist durch ihren Bevölkerungsbezug und die Multidisziplinarität der Problemstellung dabei ein wichtiges Praxisfeld.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile:

1. Zur Anleitung häuslich Pflegender ist ein Ratgeber für pflegende Angehörige entstanden und wird im Schlüter Verlag, Hannover veröffentlicht.

2. Durch die Befragung möglichst repräsentativer Stichproben von niedergelassenen Allgemeinärzten und praktischen Ärzten werden Maßnahmen zu Prävention, Diagnostik und Therapie des Dekubitus in der allgemeinärztlichen Versorgung erfaßt.

Alle vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte der Modellregion Stadt- und Landkreis Offenbach (mittelgroße Stadt in Hessen, die die hessische Grundgesamtheit widerspiegelt) werden 1993 (N=165) (Dissertation Silke Nowack) und 1998 (N=196) in ein schriftliches postalisches Interview mit 21 überwiegend offenen Fragen in 2 Wellen einbezogen. Die Antwortquote von jeweils 35% (n=58/69) ist im Vergleich zu anderen Studien in dieser schwierigen Befragtengruppe zufriedenstellend, aber vermutlich zugunsten der am Thema Interessierten verzerrt.

Der Vergleich der Datenprofile 1993 und 1998 läßt auf eine weitgehend gleiche Antwortgruppe schließen. Die Ergebnisse können allerdings nur zu Tendenzaussagen herangezogen werden.

Von den Allgemeinmedizinern und praktischen Ärzten werden 1993 und 1998 durchschnittlich 4 bis 5 Patienten mit Dekubitus jeweils in Alten- und Pflegeheimen und zu Hause betreut (Median = 3). Der Altersgipfel der Patienten liegt bei 71 bis über 80 Jahren. Als Grunderkrankung spielen allgemeine Schwäche und Kachexie sowie der cerebrale Insult, als Begleiterkrankung der Diabetes mellitus die führende Rolle. Während 1993 in erster Linie Felle als Antidekubitushilfsmittel genannt werden, treten diese in der Befragung 1998 in den Hintergrund. Antidekubitusmatratzen werden 1998 am häufigsten genannt (1993: 29 von 58 Ärzten; 1998: 42 von 69 Ärzten, Unterschiede nicht signifikant). Zur Prävention und Behandlung von Druckgeschwüren gibt es zahlreiche Literatur. Ein durchgehend positiver Effekt von Publikationen, Fortbildungen oder den beiden deutschsprachigen Leitlinien auf die tatsächliche Versorgung von Patienten mit Dekubitus im allgemeinärztlichen Bereich im Vergleich von 1993 zu 1998 wird in den vorliegenden Daten allerdings nicht sichtbar. So ist z.B. die Auswahl der von den Hausärzten eingesetzten Lokaltherapeutika und lokalen Maßnahmen polypragmatisch, manchmal konfus und aktionistisch und nicht an den wenigen vorhandenen, in ihrem Nutzen belegten Konzepten orientiert. Im Verordnungsbereich der Dermatika ist ein großes Einsparpotential vorhanden, das zugunsten moderner feuchter Wundverbände zu mobilisieren wäre, wie das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte zeigt. Von 1992 zu 1997 weisen die Daten des GKV-Arzneimittelindex zwar einen Rücklauf der Verordnung von Lokalantibiotika auf, er spiegelt sich aber nicht im Antwortverhalten der hier Befragten wider.

Zu beobachten ist weiterhin ein deutlicher Anstieg von allgemeinärztlichen Nennungen bei diagnostischen Maßnahmen im Jahre 1998, von denen einige keinen Stellenwert im Umgang mit Dekubituspatienten haben.

3. Von Mai bis August 1998 werden offene, themenzentrierte, leitfadengestützte, mündliche Interviews mit durch Zufallsstichprobe ermittelten 10 pflegenden Angehörigen (9 Frauen, 1 Mann) von Dekubituspatienten aus Stadt- und Landkreis Darmstadt geführt und anhand von Tonbandprotokollen in einem Mehrstufenverfahren ausgewertet. Die Interviews finden im häuslichen Umfeld der pflegenden Angehörigen, in Abwesenheit der Patienten, statt.

Die Befragung der pflegenden Angehörigen ergibt als durchschnittliches Lebensalter der Pflegebedürftigen 75 Jahre (Median 79 Jahre), Pflegebedürftigkeit besteht seit durchschnittlich 6 Jahren (Median 3,5 Jahre). Die Dauer der Dekubituserkrankung beträgt durchschnittlich 3 Jahre (Median 2 Jahre). Auch in dieser Befragtengruppe unterstreichen polypragmatische und obsoleete Behandlungsmethoden die Forderung nach klaren und einheitlichen Konzepten in der Dekubitusprävention und –therapie.

Die Pflegenden sind in der Mehrzahl Töchter/Schwiegertöchter. Soziale und emotionale Belastungssituationen werden thematisiert. Aggressive Verhaltensweisen legen 8 von 10 Befragten dar. Selbsthilfegruppen, Gesprächskreise für pflegende Angehörige oder psychologische Betreuung werden von den pflegenden Angehörigen nicht als Entlastungsmöglichkeit geschätzt und genutzt.

Gründe für das Pflegeengagement sind gesellschaftliche Normierung, rollenimmanentes Verhalten, der Generationenvertrag sowie der Gedanke, das Leben des Betroffenen durch die häusliche Pflege erleichtern und verlängern zu können.

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde die finanzielle Unterstützung häuslich Pflegender verbessert, die Pflegekompetenz bleibt allerdings weiterhin bei allen befragten Angehörigen autodidaktisch erworben. Häusliche Krankenpflegekurse der Krankenkassen werden nicht besucht, so daß von Seiten der Pflegeversicherung eine Attraktivitätssteigerung der Kurse oder eine eventuelle Einführung einer Teilnahmepflicht wünschenswert ist.

Zur systematischen Verhütung und Behandlung eines Dekubitus im hausärztlichen Bereich ist die Entwicklung und Verbreitung einer Leitlinie, entsprechend der amerikanischen Guideline der Agency for Health Care Policy and Research anzustreben. Dem Hausarzt als zentraler Koordinationsstelle zwischen Patient und Pflegenden obliegt ferner die Aufgabe auch auf die Gesundheit der Pflegeperson zu achten, um Überlastungssituationen rechtzeitig diagnostizieren und therapieren zu können.

## 6. Literatur

### 6.1 Bei der Erstellung des Angehörigenratgebers verwendete Literatur

Adler C, Wilz G, Gunzelmann T. „Frei fühle ich mich nie“ – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. Gesundheitswesen 1996;58:125-31.

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Leben mit Pflegebedürftigen; 1994.

Armann W, Bohlken J, Eirnbter W, Hahn A, Jacob R, Kahlke W et al. MMG 1992;17.

Bienstein C, Schröder G, Braun M, Neander KD, Hrsg. Dekubitus – Herausforderung für Pflegende. Stuttgart: Thieme; 1997.

Blüm N. Die Soziale Pflegeversicherung. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: Götzky Drucke; 1997.

Breloer G. Zur Notwendigkeit professioneller Angehörigenarbeit bei häuslicher Pflege alter Menschen. MMG 1990;15:239-47.

Brunen MH, Herold EE. Ambulante Pflege. Hannover: Schlütersche; 1995.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg. Pflegeversicherungsgesetz. Leck: Clausen & Bosse; 1996.

Fischer GC. Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer; 1995.

Fischer GC. Qualitätskriterien der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung im Alter. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad; 1994.

Grond E. Die Pflege und Begleitung depressiver alter Menschen. Hannover: Schlütersche; 1993.

Grond E. Pflege ohne Gewalt? Niedersächsische Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen e.V., Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Hannover: Techniker Krankenkasse; 1995.

Höhn M. Häusliche Pflege - und sich selbst nicht vergessen. Köln: Papy Rossa; 1995.

Inhester O, Zimmermann I. Ganzkörperwaschung in der Pflege. Hannover: Schlütersche; 1994.

Institut für Allgemeinmedizin, Kelch A, Hrsg. Nach dem Schlaganfall. Wegweiser für Betroffene in Frankfurt a. M., Modellprojekt Schlaganfallpatienten. Frankfurt: Institut für Allgemeinmedizin; 1992.



- Kimura S, Pacala JT. Pressure ulcers in adults: family physicians`knowledge, attitudes, practice preferences, and awareness of AHCPR guidelines. J Fam Pract 1997;44:361-8.
- Kronsbein-Haase. Pflegen zu Hause. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: Götzky Drucke; 1995.
- Pullwitt DH, Fischer GC. Warum nehmen ältere Ehepaare ambulante Pflegedienste in Anspruch? Gesundheitswesen 1996;58:277-82.
- Riester M. Pflegebedürftig!? Was nun? Heidelberg: Asanger; 1998.
- Röthel H. Die Pflege zu Hause. München: MVG; 1994.
- Sachsenmaier B. Inkontinenz – Hilfen, Versorgung und Pflege. Hannover: Schlütersche; 1991.
- Schneekloth U, Potthoff P. Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bundesministerium für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer; 1993.
- Schumann G, Scior B, Tuschen P. Leitfaden zur Pflegeversicherung. Frankfurt: Hoechst; 1996.
- Steffens M, Bergler R. Zur Situation von Angehörigen bei der häuslichen Pflege. Krankenpflege Journal 1995;33:453-4.
- Stengel F. Gedächtnis spielend trainieren. Stuttgart: Klett; 1989.
- Varwig D, Therling B, Scholz S. Hilfsmittel in der Geriatrie. Z Allg Med 1997;73:354-60.
- Vogel A, Wodraschke G. Hauskrankenpflege. Stuttgart: TRIAS; 1994.
- Wernig J, Sorrentino SA. Pflegen zu Hause. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1995.
- Wilm S. Dekubitus – kein Schicksal. Heilberufe ambulant 1997;3:8-10.
- Woltemade N. Dekubitus - ein drückendes Problem? Bremervörde: Thomashilfen; 1997.
- Zimmermann G. Kinästhetik – richtig lagern und bewegen. Heilberufe ambulant 1997;3:12-3.

## **6.2 In der Dissertation zitierte Literatur**

1. Adler C, Gunzelmann T, Machold C, Schumacher J, Wilz G. Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Z Geront und Geriatrie* 1996;29:143-9.
2. Adler C, Wilz G, Gunzelmann T. „Frei fühle ich mich nie“ – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. *Gesundheitswesen* 1996;58:125-31.
3. Agency for Health Care Policy and Research. Pressure ulcers in adults. Prediction and prevention. *Am Fam Physician* 1992;46:787-94.
4. Baharestani MM. The lived experience of wives caring for their frail, homebound, elderly husband with pressure ulcers. *Advances in Wound Care* 1994;7:40-50.
5. Becker HD, Burg G, Lanzius D et al Hrsg., Handlungsleitlinien für die ambulante Behandlung chronischer Wunden und Verbrennungen. Berlin: Blackwell; 1998.
6. Becker KU. Klassische Hilfsmittel schaden oft mehr als sie nützen. *Ärztliche Praxis* 1992;77:10.
7. Benbow M. Pressure sore guidelines: patient/carer involvement and education. *British Journal of Nursing* 1996;5:182,184-7.
8. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk. A multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nursing Research* 1998; 47:261-9.
9. Bienstein C, Schröder G, Braun M, Neander KD. Dekubitus. Stuttgart: Thieme;1997.
10. Bienstein C, Schröder G. Dekubitus – Prophylaxe und Therapie. Frankfurt a.M.: Verlag Krankenpflege;1991.
11. Bradely M, Nelson EA, Petticrew M, Cullum N, Sheldon T. Wound dressings for the treatment of pressure sores (Protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software; 1998.
12. Breloer G. Zur Notwendigkeit professioneller Angehörigenarbeit bei häuslicher Pflege alter Menschen. *MMG* 1990; 15:239-47.
13. Brockhaus. Der Große Brockhaus. Leipzig: F.A. Brockhaus;1929. Band 3.
14. Bubolz-Lutz E. Eine neue Herausforderung in der Lebensplanung – Vorbereitung auf den Umgang mit Pflegebedürftigen im Alter. *Altenpflegeforum* 1997;2:1-14.
15. Church S, Lyne P. Research-based practice: some problems illustrated by the discussion of evidence concerning the use of pressure-relieving device in nursing and midwifery. *Journal of Advanced Nursing* 1994;19:513-8.
16. Cullum N, Deeks J, Fletcher A, Long A, Mouneimne H, Sheldon T, Song F. The prevention and treatment of pressure sores: How effective are pressure-relieving

- interventions and risk assessment for the prevention and treatment of pressure sores? *Effective Health Care* 1995;2:1-16.
17. David M, Smith MD. Pressure ulcers in the nursing home. Diagnosis and treatment. *Ann Intern Med* 1995;123:433-42.
  18. Diem E. Decubitusprophylaxe und Therapie. *Hautarzt* 1992;7:461-68.
  19. Evans JM, Andrews KL, Chutka DS, et al. Pressure Ulcers: prevention and management. *Mayo Clin Proc* 1995;70:789-99.
  20. Fischer GC. Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer; 1995.
  21. Fischer GC. Qualitätskriterien der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung im Alter. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad; 1994.
  22. Freye R. Zwischen Liebe und Überdruß. *Deutsches Ärzteblatt* 1998;95:C-2317-8.
  23. Friedrichs J. Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1990.
  24. Geisler D, Wilm S. Dekubitus – Betreuung, Pflege, Schulung. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt; voraussichtlich 2001.
  25. George C, Xakellis MD. Guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. *J Am Board Fam Pract* 1993; 6:269-78.
  26. Görres-Kahn U. Erfassung nichtmedizinischer Einflußfaktoren auf den betagten Patienten mit Dekubitus. Wuppertal: Deimling; 1995.
  27. Gorton TA, Cranford CO, Golden WE, Walls RC, Pawelak JE. Primary care physicians' response to dissemination of practice guidelines. *Arch Fam Med* 1995; 4:135-42.
  28. Gräßel E. Pflegende Angehörige: Hilfe auch durch Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt* 1998;95:C-1701-2.
  29. Gräßel E. Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1998;31:52-6.
  30. Gräßel E. Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1998;31:57-62.
  31. Gräßel E. Pflegende Angehörige – potentielle Patienten von morgen. Häusliche Pflege Skala (HPS) zur Bestimmung der subjektiven Belastung. *Allgemeinarzt* 1994;16:799-800.

32. Gräßel E. Körperbeschwerden und subjektive Belastung bei pflegenden Angehörigen. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1994;119:501-6.
33. Grond E. Pflege ohne Gewalt? Niedersächsische Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen e.V., Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Hannover: Techniker Krankenkasse; 1995.
34. Hackl M, Holzner B, Günther V, Saltuari L. Pflege von Schlaganfallpatienten durch Angehörige – soziale Unterstützung und Bewältigungsstrategien. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1997;122:669-75.
35. Hallett A. Managing pressure sores in the community. Journal of Wound Care 1996;5:105-7.
36. Halsig N. Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 1995;8:247-62.
37. Haoli J. Preventing pressure sores in patients` homes. Professional Nurse Supplement 1997;12:12-4.
38. Hildanus Guilhelmus Fabricius. De gangraena et sphacelo. Coelln: Peter Kreschdt;1593.
39. Hildanus Guilhelmus Fabricius. Vom heissen und vom kalten Brandt / welcher Gangraena et spacelus oder S. Antonii und Martilis Feuer genannt wirdt. Gedruckt zu Basel: In Verlegung Ludwig Königs; 1603.
40. Hintzsche E. W. Fabry – vom Heissen und Kalten Brand. Bern: Hans Huber; 1965.
41. Hofmann-Rösener M. Dekubitus – Risikoskalen im Vergleich. Krankenpflege Journal 1995;33:76-80.
42. Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-Generals Office, United States Army Welfare. Washington: Government Printing Office;1882 Vol. III.
43. Initiative „Chronische Wunden“, Hrsg. Leitlinie Dekubitus. Kaufbeuren: Communication medical; 1997.
44. Jansen B. Ambulante pflegebegleitende Soziale Arbeit. Z Geronto und Geriatrie 1998;31:319-24.
45. Kimura S, Pacala JT. Pressure ulcers in adults: family physicians` knowledge, attitudes, practice preferences, and awareness of AHCPR guidelines. J Fam Pract 1997;44:361-8.
46. Koppelin F, Rohde J. Soziale Unterstützung und ihre Bedeutung für die Belastungsbewältigung im Pflegeprozess – Netzwerkanalyse älterer Ehefrauen. Abstract. Gesundheitswesen 1995;57:573.

47. Langeley C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of guidelines in primary care – practitioners` perspectives. J Fam Pract 1998;15:105-11.
48. Langemo DK, Olson B, Hunter S, Hanson D, Burd C, Cathcart-Silberberg T. Incidence and prediction of pressure ulcer in five patient care settings. Decubitus 1991;4:25-36.
49. Mann B. Wirkungsaspekte der Neuregelung zum Sozialgesetzbuch V (Häusliche Pflege). MMG 1992;17:201-7.
50. Margolis DJ, Lewis VL. A literature assessment of the use of miscellaneous topical agents, growth factors, and skin equivalents for the treatment of pressure ulcers. Dermatologic Surgery 1995;21:145-8.
51. Martin U, Behler R. Qualitätsstandards sind dringend erforderlich. Deutsches Ärzteblatt 1999;96:C-288.
52. Mayring P, Hrg. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union; 1993.
53. McClure CL. Common infections in the elderly. Am Fam Physician 1992; 45:2691-8.
54. Mei-che Pang S, Kwok-shing Wong T. Predicting pressure sore risk with the Norton, Braden, and Waterlow Scales in a Hong Kong Rehabilitation Hospital. Nursing Research 1998; 47:147-53.
55. Novak S. Prävention, Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Dekubitus in Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten. Inauguraldissertation. Frankfurt: Institut für Allgemeinmedizin; 1997.
56. Patterson JA, Bennett RG. Prevention and treatment of pressure sores. J Am Geriatr Soc 1995;43:919-27.
57. Pressure Ulcer Guideline Panel. Pressure ulcer treatment. Am Fam Physician 1995;51:1207-22.
58. Pullwitt DH, Fischer GC. Warum nehmen ältere Ehepaare ambulante Pflegedienste in Anspruch? Gesundheitswesen 1996;58:277-82.
59. Schacke C, Zank S. Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. Z Geronto und Geriatrie 1998;31:355-61.
60. Schäfer U, Görres-Kahn U, Füsgen I. Kurse für pflegende Angehörige im Rahmen der Pflegeversicherung. Wie erfolgreich sind sie – Ergebnisse einer Interventionsstudie. MMW 1996;138:205-8.
61. Schäufele M: Persönliche Mitteilung; 1995.

62. Schimmelpfenning M. Ökonomische Aspekte fehlerhafter Prävention und Therapie chronischer Wunden – eine erschreckende Bilanz. Dt Wundjournal 1997;1:3-5.
63. Schneekloth U, Potthoff P. Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bundesministerium für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer; 1993.
64. Schröder G. Möglichkeiten der modernen Wundbehandlung – Teil 4 – Dekubitus. Klinik Magazin 1996;3:1-3.
65. Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungsreport 1993. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
66. Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungsreport 1998. Berlin: Springer;1999.
67. Seiler WO, Stähelin HB. Dekubitalulcera in der Geriatrie – Pathogenese, Prophylaxe und Therapie. Ther Umsch 1991;48:329-40.
68. Seiler WO. Häusliche Dekubitusbehandlung. Dtsch Med Wochenschr 1989;114:1137.
69. Skinner HA. The origin of medical terms. Baltimore: Williams & Wilkins;1949.
70. Spoelhof GD, Ide K. Pressure ulcers in nursing home patients. Am Fam Physician 1993;47:1207-15.
71. Steffens MC, Bergler R. Die Situation Angehöriger bei der häuslichen Pflege. Zbl Hyg 1995;197:75-94.
72. Steffens MC, Bergler R. Zur Situation von Angehörigen bei der häuslichen Pflege. Krankenpflege Journal 1995;33:453-4.
73. Szymczak VR. Mißbrauch und Vernachlässigung von Älteren – Situation und Prävention. Prävention 1996;19:83-6.
74. Teasell RW, Long PR. Rehabilitation of the elderly paraplegic. Canadian Family Physician 1994;40:1319-21.
75. Ter Riet G, Van Houtem H, Knipschild P. Health-care professionals` views of the effectiveness of pressure ulcer treatments. Clin Exp Dermatol 1992;17:328-31.
76. Vohara RK, McCollum CN. Pressure sores. BMJ 1994;309:853-7.
77. Wilm S. Dekubitus – kein Schicksal. Heilberufe ambulant 1997;3:8-10.
78. Wilm S, Geisler D. Auf dem Rücken unserer Patienten. Z Allg Med 1999;75:257-64.
79. Wilz G, Gunzelmann T, Adler C, Brähler E. Probleme, Belastungen und Beschwerden durch die Pflege dementer Angehöriger. MMW 1997;139:322-5.
80. Woolsey RM, McGarry JD. The cause, prevention, and treatment of pressure sores. Neurologic Clinics 1991;9:797-808.

81. Young JB, Dobrzanski S. Pressure sores. Epidemiology and current management concepts. *Drugs & Aging* 1992;2:42-57.
82. Zimmermann G. Kinästhetik – richtig lagern und bewegen. *Heilberufe ambulant* 1997;3:12-3.

### **6.3 Eigene Veröffentlichungen zum Thema:**

Geisler D, Wilm S. Dekubitus – Betreuung, Pflege, Schulung. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt; voraussichtlich 2001.

Geisler D, Wilm S. Pflegende Angehörige und der Hausarzt. Die Versorgung von Dekubituspatienten. *Z Allg Med* 1999;75:750-4.

Geisler D, Wilm S. Dekubitus – Ein drückendes Problem für Patienten und pflegende Angehörige (abstract). *Z Allg Med* 1999;75:Supple.14.

Wilm S, Geisler D. Auf dem Rücken unserer Patienten. *Z Allg Med* 1999;75:257-64.

Wilm S, Geisler D. Care for patients with decubitus by general practitioners in Germany: change and stubbornness (abstract). SEMFYC, ed. *Book of Abstracts. First European Network Organisations Open Conference WONCA '99*. Barcelona: SEMFYC; 1999. S.130.

## 7. Anhang

### 7.1 Ärztebefragung im Vergleich: 1998/1993

#### 7.1.1 Einzelergebnisse

Demographischer Teil ( Frage 10 – 17 )

Frage 10 des Fragebogens :

<b>Art der ärztlichen Ausbildung</b>	<b>1998</b>	<b>1993</b>
Praktischer Arzt	18 = 27 %	42 = 75 %
Arzt für Allgemeinmedizin	49 = 73 %	14 = 25 %

N	=	67		N	=	56
NR	=	0		NR	=	2
NA	=	2		NA	=	0

Frage 11 des Fragebogens :

<b>Alter in Jahren</b>	<b>1998</b>	<b>1993</b>
< 30	1 = 2 %	0
30 – 40	6 = 9 %	21 = 40 %
41 – 50	32 = 48 %	21 = 40 %
51 – 60	20 = 30 %	9 = 17 %
61 – 70	7 = 11 %	2 = 4 %
> 70	0	0

N	=	66		N	=	53
NR	=	3		NR	=	5
NA	=	0		NA	=	0

Frage 12 des Fragebogens :

<b>Geschlecht</b>	<b>1998</b>	<b>1993</b>
Weiblich	21 = 31 %	17 = 30 %
Männlich	47 = 69 %	39 = 70 %

N	=	68		N	=	56
NR	=	1		NR	=	2
NA	=	0		NA	=	0

Frage 13 des Fragebogens :

<b>Praxisstandort in</b>	<b>1998</b>	<b>1993</b>
Stadt	18 = 26 %	15 = 26 %
Land	51 = 74 %	42 = 74 %

N	=	69		N	=	57
NR	=	0		NR	=	1
NA	=	0		NA	=	0



Frage 14 des Fragebogens :

<b>Anzahl der Krankenscheine pro Quartal</b>	<b>1998</b>	<b>1993</b>
< 500	4 = 6 %	3 = 6 %
500 – 1000	23 = 35 %	15 = 30 %
1001 – 1500	19 = 29 %	18 = 36 %
1501 – 2000	16 = 24 %	9 = 18 %
> 2000	4 = 6 %	5 = 10 %

N = 66  
NR = 3  
NA = 0

N = 50  
NR = 8  
NA = 0

Frage 15 des Fragebogens :

<b>Jahr der Niederlassung</b>	<b>1998</b>	<b>1993</b>
< 1960	0	1 = 2 %
1960 – 1965	0	1 = 2 %
1966 – 1970	3 = 5 %	3 = 6 %
1971 – 1975	5 = 8 %	5 = 10 %
1976 – 1980	15 = 23 %	14 = 27 %
1981 – 1985	12 = 18 %	7 = 13 %
1986 – 1990	13 = 20 %	16 = 31 %
>1990	18 = 27 %	5 = 10 %

N = 66  
NR = 3  
NA = 0

N = 52  
NR = 6  
NA = 0

Frage 16 des Fragebogens :

<b>Jahr der Approbation</b>	<b>1998</b>	<b>1993</b>
< 1960	1 = 2 %	2 = 4 %
1960 – 1965	3 = 5 %	4 = 8 %
1966 – 1970	8 = 12 %	7 = 14 %
1971 – 1975	14 = 22 %	7 = 14 %
1976 – 1980	14 = 22 %	9 = 18 %
1981 – 1985	15 = 23 %	15 = 29 %
1986 – 1990	3 = 5 %	7 = 14 %
>1990	6 = 9 %	0

N = 64  
NR = 5  
NA = 0

N = 51  
NR = 7  
NA = 0

Frage 17 des Fragebogens :

Zusendung von Ergebnissen der Studie	1998	1993
Ja	38 = 56 %	30 = 52 %
Nein	30 = 44 %	28 = 48 %

N	=	68	N	=	58
NR	=	0	NR	=	0
NA	=	1	NA	=	0

Frage 1 des Fragebogens :

*Wieviele Patienten mit Dekubitus haben Sie ca. im letzten Quartal behandelt ?*

*- im Alten- und Pflegeheim*

Anzahl der Patienten im 3. Quartal 1998/1993	Anzahl und Prozent der Ärzte	
	1998	1993
Keine	15 = 29 %	13 = 34 %
1 – 5	23 = 45 %	19 = 50 %
6 – 10	8 = 16 %	2 = 5 %
11 – 15	1 = 2 %	2 = 5 %
16 – 20	3 = 6 %	1 = 3 %
21 – 25	0	0
26 – 30	1 = 2 %	0
31 – 35	0	0
36 – 40	0	1 = 3 %

N	=	51	N	=	38
NR	=	17	NR	=	17
NA	=	1	NA	=	3

Wieviele Patienten mit Dekubitus haben Sie ca. im letzten Quartal behandelt ?

- zu Hause

Anzahl der Patienten im 3. Quartal 1998/1993	Anzahl und Prozent der Ärzte	
	1998	1993
Keine	10 = 15 %	10 = 19 %
1 – 5	42 = 65 %	37 = 71 %
6 – 10	7 = 11 %	1 = 2 %
11 – 15	1 = 2 %	2 = 4 %
16 – 20	2 = 3 %	1 = 2 %
21 – 25	0	1 = 2 %
26 – 30	3 = 5 %	0
31 – 35	0	0
36 – 40	0	0

N = 65

NR = 3

NA = 1

N = 52

NR = 4

NA = 2

Frage 2 des Fragebogens :

Wie alt ist die Mehrzahl Ihrer Dekubituspatienten ( nur eine Nennung ) ?

Alter in Jahren	Anzahl und Prozent der befragten Ärzte	
	1998	1993
< 50	1 = 2 %	1 = 2 %
50 – 60	3 = 5 %	1 = 2 %
61 – 70	5 = 9 %	4 = 8 %
71 – 80	23 = 40 %	25 = 51 %
> 80	25 = 44 %	18 = 37 %

N = 57

NR = 8

NA = 4

N = 49

NR = 8

NA = 1

Frage 3 des Fragebogens :

*Welche Grunderkrankung führte zur Bettlägerigkeit dieser Dekubituspatienten ?*

Grunderkrankung	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Allgemeine Schwäche und Kachexie	47 = 78 %	33 = 66 %
Cerebraler ( apoplektischer ) Insult	42 = 70 %	38 = 76 %
Krebserkrankung	23 = 38 %	21 = 42 %
Psychiatrische Erkrankung, Depression	9 = 15 %	7 = 14 %
Diabetes mellitus	8 = 13 %	1 = 2 %
Encephalomyelitis disseminata (MS)	7 = 12 %	7 = 14 %
Schenkelhalsbruch / TEP / Hüftversteifung	5 = 8 %	2 = 4 %
Rückenmarksschädigung	4 = 7 %	1 = 2 %
Herzkrankungen	4 = 7 %	0
Neurologische Erkrankungen	3 = 5 %	0
Atherosklerose	2 = 3 %	0
Andere Erkrankungen	10 = 17 %	6 = 12 %
Summe der Nennungen	161	116

N = 60

NR = 9

NA = 0

N = 50

NR = 7

NA = 1

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Andere“ Erkrankungen 1998:

Amputation (1x), Ataxie (1x), Altersabbau (2x), Zustand nach OP und stationärer Entlassung (1x), Obstruktive Bronchitis (1x), Rheuma (1x), endogenes Ekzem (1x), Harn-/ Stuhlinkontinenz (1x), Adipositas (1x).

Nennungen bei „Andere“ Erkrankungen 1993:

Hirnorganisches Psychosyndrom (1x), frühkindlicher Hirnschaden (1x), osteoporotisch bedingte Fraktur (1x), cerebrovaskuläre Insuffizienz (1x), postoperative Bettlägerigkeit während der stationären Behandlung (1x), Wirbelsäulen- und Oberschenkelknochenfrakturen (1x).

Frage 4 des Fragebogens :

*Welche Begleiterkrankungen verstärken bei Ihren Patienten die Druckbelastung bzw. die Gewebshypoxie ?*

Begleiterkrankungen	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Diabetes mellitus	31 = 57 %	26 = 59 %
Arteriosklerose	18 = 33 %	17 = 39 %
Neurologische Erkrankungen	10 = 19 %	9 = 20 %
Adipositas	7 = 13 %	5 = 11 %
Herzinsuffizienz	6 = 11 %	1 = 2 %
Immobilität	5 = 9 %	6 = 14 %
Psychische Erkrankungen	5 = 9 %	0
Frakturen/ Wirbelsäulenschäden	4 = 7 %	1 = 2 %
Kachexie	3 = 6 %	5 = 11 %
Arthrosen	3 = 6 %	1 = 2 %
Exsiccose	3 = 6 %	1 = 2 %
Infektionen	3 = 6 %	1 = 2 %
Muskelkontrakturen	3 = 6 %	0
Harn – und Stuhlinkontinenz	1 = 2 %	4 = 9 %
Eiweißmangel	0	2 = 5 %
Keine	1 = 2 %	4 = 9 %
Sonstige	12 = 22 %	10 = 23 %
Summe der Nennungen	115	93

N = 54  
NR = 14  
NA = 1

N = 44  
NR = 12  
NA = 2

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Nierenschädigung (2x), Lungenemphysem (1x), KHK (2x), Schmerzen (1x), Unruhe (1x), Muskel-Gelenk-Dystrophie (1x), Systemerkrankung (1x), COLD (1x), Hyperlipidämie (1x), Varikosis (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1993:

Niereninsuffizienz (1x), verminderte Kommunikationsfähigkeit (1x), Schwächezustand (1x), falsche Lagerung (1x), Rauchen (1x).

Frage 5.a des Fragebogens :

*Welche Empfehlungen bzw. Anleitungen geben Sie dem Pflegepersonal und Familienangehörigen zur Dekubitusprävention ?*

Empfehlungen	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Lagerung	45 = 87 %	42 = 89 %
Antidekubitusmatratzen	12 = 23 %	7 = 15 %
Lokale Therapie	12 = 23 %	8 = 17 %
Hautpflege	8 = 15 %	8 = 17 %
Mobilisation des Patienten	8 = 15 %	6 = 13 %
Felle ( Bettfell, Fellschuh, Fersenfell )	7 = 13 %	12 = 26 %
Trocken halten ( Inkontinenz ) / Hygiene	7 = 13 %	9 = 19 %
Gefährdete Stellen abpolstern	7 = 13 %	6 = 13 %
Druckentlastung	5 = 10 %	3 = 6 %
Verband und Verbandswechsel	5 = 10 %	1 = 2 %
Ernährungsrichtlinien	4 = 8 %	0
Pflegebett / Spezialstuhl	3 = 6 %	1 = 2 %
Flüssigkeitszufuhr	3 = 6 %	0
Franzbranntwein	2 = 4 %	3 = 6 %
Eisbehandlung	2 = 4 %	0
Kalt/Warm – Therapie an gefährdeten Stellen	1 = 2 %	7 = 15 %
Regelmäßige Inspektion gefährdeter Stellen	1 = 2 %	3 = 6 %
Dauerkatheter	0	5 = 10 %
Schaumstoffmatratzen an gefährdeten Stellen ausschneiden	0	3 = 6 %
Sonstige	7 = 13 %	10 = 21 %
Summe der Nennungen	139	134

N = 52

NR = 12

NA = 5

N = 47

NR = 11

NA = 0

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Die Einteilung Druckentlastung sowie Lagerung entsprechen sich sinngemäß. Dennoch wurden beide Überbegriffe gewählt, um die Aussagen der Ärzte möglichst wenig zu verzerren.

Nennungen „Lokale Therapie“ 1998:

Einreibung (2x), Melkfett (1x), Salbenbehandlung (2x), Töpfer Salbe (1x), Fetthaltige Salbe (1x), Lokale Therapie (1x), Puder (1x), Brillantgrün (1x), NaCl (1x), Wundtoilette (1x).

Nennungen „Lokale Therapie“ 1993:

Fettcreme (1x), Bepanthenalbe (1x), Mirfulan (1x), Mercuchrom (1x), Betailsodonna (1x); Pyoktaniinlösung (1x), trockene Wundpflege (1x), Puder zur Hautpflege (1x).

Nennungen bei Sonstige“ 1998:

Auf glatte Unterlage achten (1x), weite luftige Wäsche tragen (2x), medikamentöse und Verhaltenstherapie (1x), Wassermatratze (1x), Infektionsprophylaxe (1x), Ringe (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1993:

Atemübungen (1x), Fußbäder (1x), Flügelhemden (1x), Klopf- und Vibrationsmassage (1x), keinen Franzbranntwein verwenden (1x), kein Heizkissen benutzen (1x), Unterlagen (1x), Wassermatratze (1x), Ringe (2x).

Frage 5.b des Fragebogens :

*Welche diagnostischen Maßnahmen führen Sie durch ?*

Maßnahmen	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Labor	27 = 51 %	7 = 16 %
Inspektion	16 = 30 %	10 = 23 %
Blutzuckerkontrollen	11 = 21 %	11 = 26 %
Wundabstrich	11 = 21 %	4 = 9 %
Doppleruntersuchung von Gefäßen	7 = 13 %	2 = 5 %
Kontrollen in Bezug auf Grund- bzw. Begleiterkrankungen	5 = 9 %	6 = 14 %
RR / Puls / EKG / Temperatur	4 = 8 %	2 = 5 %
DSA / Röntgen / Angiographie	4 = 8 %	0
Neurologische Diagnostik	3 = 6 %	4 = 9 %
Stoffwechselkontrolle	3 = 6 %	1 = 2 %
Palpation des Wundrandes	0	1 = 2 %
Kontrolle der Flüssigkeitszufuhr	0	1 = 2 %
Blutkultur	0	1 = 2 %
Keine	13 = 25 %	15 = 35 %
Summe der Nennungen	104	65

N = 53  
NR = 14  
NA = 2

N = 43  
NR = 14  
NA = 1

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen „Labor“ 1998:

Labor (9x), BB (5x), Kreatinin (3x), Harnwege (1x), Niere (1x), Nierenwerte (2x), Harnsäure (1x), Leberwerte (2x), PT (1x), BSG (1x), Elektrolyte (1x).

Nennungen „Labor“ 1993:

Labor (4x), BB (1x), Urin (1x), Elektrolyte (1x).

Frage 6.a des Fragebogens :

Welche Antidekubitushilfsmittel verordnen oder empfehlen Sie ( bitte detaillierte Angaben ) ?

Antidekubitushilfsmittel	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Antidekubitusmatratze/Wechsel- druckmatratze	44 = 100 %	23 = 52 %
Antidekubitusfell	17 = 40 %	26 = 59 %
Kissen / Keile / Sandsäcke	10 = 23 %	7 = 16 %
Ringe	8 = 19 %	13 = 30 %
Fersenschoner	6 = 14 %	7 = 16 %
Bettschuhe Fell / Vlies	6 = 14 %	1 = 2 %
Spezielles Krankenpflegebett	4 = 9 %	3 = 7 %
Krankenunterlagen	4 = 9 %	2 = 5 %
Schaumstoffpolster/-auflagen	3 = 7 %	8 = 18 %
Wasserbett / -matratze	1 = 2 %	4 = 9 %
Einlagen	1 = 2 %	2 = 5 %
Einmalwindeln	1 = 2 %	1 = 2 %
Sonstige	2 = 5 %	1 = 2 %
Summe der Nennungen	107	98

N = 43  
NR = 13  
NA = 13

N = 44  
NR = 8  
NA = 6

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:  
Sitzkissen (1x), Reha-Schuhe (1x).

Nennung bei „Sonstige“ 1993 :  
Wollunterlage (1x).

Empfehlungen bezogen auf die Anzahl der Ärzte	1998	1993
Antidekubitusmatratzen	42 = 61 %	29 = 50 %
Antidekubitusfell	17 = 25 %	26 = 45 %
Ringe	8 = 12 %	13 = 22 %

N = 69

N = 58

Falschantworten zu 6.a	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993



Feuchter Wundverband	7 = 26 %	1 = 4 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Iodosorb / Essasorb	6 = 22 %	3 = 12 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan	5 = 19 %	0
Katheter	5 = 19 %	2 = 8 %
Lagerung	5 = 19 %	1 = 4 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Evalgan Spray / Mirfulan / MitoSyl / Zinkpaste / Desitin	6 = 22 %	6 = 25 %
Reinigung / trocken halten	4 = 15 %	1 = 4 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom	3 = 11 %	4 = 17 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - IruXol	3 = 11 %	2 = 8 %
Häufiger Verbandswechsel / steriler Verband	2 = 7 %	2 = 8 %
H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	2 = 7 %	1 = 4 %
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll / Fucidinegaze	2 = 7 %	1 = 4 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Fucidine / Ulcurilen	2 = 7 %	1 = 4 %
Wundgaze / Gittertüll ohne AB - Grassolind / Branolind	2 = 7 %	0
Dexpanthenol - Bepanthen	2 = 7 %	0
Nicht Arzneimittel - Melkfett	2 = 7 %	0
Mobilisierung	2 = 7 %	0
Abtragen von Nekrosen	1 = 4 %	1 = 4 %
NaCl	1 = 4 %	0
Thermotherapie - Eisen und Fönen	0	2 = 8 %
Chemikalien - Harnstoff	0	1 = 4 %
Sonstige	7 = 26 %	9 = 37 %
Summe der Nennungen	69	38

N = 27  
NR = 13  
NA = 29

N = 24  
NR = 8  
NA = 26

NA = Ärzte, die nur richtige Antworten gaben

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Als Falschantworten wurden Antworten gezählt, die sich nicht auf Antidekubitushilfsmittel bezogen, sondern auf therapeutische Maßnahmen.

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Debrisorb (2x), Primamed (1x), AVK Medikamente (1x), keine Moltex Unterlagen verwenden (1x), Stuhlregulation (1x), Rivanol (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1993:

Salben (1x), Gaze (1x), Infektionsprophylaxe (1x), Neo Ballestuol (1x), Talkum (1x), Pyoktaninlsg. (1x), Metochrom (1x), Kaliumpermanganat (1x), Hametum (1x).

Diese eigens eingeführte Tabelle der Falschantworten zu Frage 6.a soll Angaben, die Ärzte tätigten und die nicht eindeutig zu anderen Fragen zugeordnet werden konnten, aufzeigen.

Frage 6.a befaßt sich ausschließlich mit Antidekubitushilfsmitteln. Deutlich wird, daß vielen Ärzten die Definition des Hilfsmittelbegriffes nicht bekannt zu sein scheint. Deutlich wird aber weiterhin durch die erhaltenen Falschantworten, daß der Einsatz von feuchten Wundverbänden zugenommen hat. Während 1993 nur 4% der Ärzte hier (fälschlich) feuchte Wundverbände nannten, waren es 1998 bereits 26%. Diese Zahlen lassen sich durch die Antworten zu Frage 7 bestätigen. Die Thermotheapie (Eisen und Föhnen) sinkt von 8% der Ärzte 1993 auf Null 1998. Bestätigung findet die Reduktion dieser Anwendungen auch bei den Antworten zu Frage 5.a.

Frage 6.b des Fragebogens :

*Mit welchen Antidekubitushilfsmitteln haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht ?*

Antidekubitushilfsmittel	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Keine	23 = 64 %	21 = 66 %
Ringe	7 = 19 %	7 = 22 %
Wasserbetten / - kissen	0	2 = 6 %
Felle	5 = 14 %	1 = 3 %
Wechseldruckmatratze	1 = 3 %	1 = 3 %
Sonstige	3 = 8 %	1 = 3 %
Summe der Nennungen	39	33

N = 36  
NR = 23  
NA = 10

N = 32  
NR = 19  
NA = 7

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Würfelmattatze (1x), feste Matratzen (1x), Einnässen (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1993:

Knöchelschoner aus Schaumstoff (1x).

Frage 7.a des Fragebogens :

*Welche Lokalthapeutika oder lokalen Maßnahmen wenden sie an bei :*

- *Hautrötung und Blasenbildung ?*

Lokalthapeutikum bzw. Maßnahme	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercurochrom / Merfen	17 = 31 %	22 = 48 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Evalgan Spray Mirfulan / MitoSyl / Zinkpaste / Zink / Desitin	12 = 22 %	9 = 20 %
Dexpanthenol - Bepanthen	10 = 18 %	7 = 15 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka cid	10 = 18 %	5 = 11 %
Lokale Druckentlastung	6 = 11 %	8 = 17 %
Chemikalien - Harnstoff / Brillantgrün / Gentianaviolett / Jod	5 = 9 %	0

Antibiotikahaltige Externa - Volon A Salbe / Nebacetin / Fucidine	5 = 9 %	0
Thermotherapie - Eis / Eisen und Fönen / Fönen	4 = 7 %	7 = 15 %
Nicht Arzneimittel - Melkfett / Töpfersalbe / Babyöl / Penaten	4 = 7 %	2 = 4 %
Antimykotika	4 = 7 %	0
Wundgaze / Gittertüll mit Antibiotika - Sofratüll	3 = 5 %	2 = 4 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol	3 = 5 %	0
Blasenabtragung / - eröffnung	2 = 4 %	2 = 4 %
Feuchter Wundverband	2 = 4 %	0
Corticoidhaltige Arzneimittel - Ecural / Cortison	2 = 4 %	0
Trockener Verband	1 = 2 %	5 = 11 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase / Iruxol	1 = 2 %	1 = 2 %
Wundgaze / Gittertüll ohne Antibiotika - Branolind	1 = 2 %	0
Steriler Verband	1 = 2 %	0
Sonstige	10 = 18 %	10 = 22 %
Summe der Nennungen	103	80

N = 55  
NR = 11  
NA = 3

N = 46  
NR = 8  
NA = 4

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Hametum (1x), Rivanol (2x), Reinlichkeit (1x), Hautpflege (2x), Fissan Silberpuder (1x), Antibiotikum (2x), Keine (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1993:

Fettsalben (2x), Ungentum antidekubiti (1x), Oxoferin (1x), antiphlogistische Salben (1x), Wundgaze (1x), Mucokohl D5 Tropfen (1x), Puder (1x), nicht antibiotikahaltige Salben (1x), Keine (1x).

- *schmierigen Belägen ?*

Lokaltherapeutikum bzw. Maßnahme	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Feuchter Wundverband	17 = 30 %	2 = 4 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka Cid / Jodotamp	15 = 26 %	19 = 41 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol	12 = 21 %	9 = 20 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase / Iruxol	9 = 16 %	10 = 22 %
Wundspülung mit NaCl	8 = 14 %	2 = 4 %
Wundgaze / Gittertüll mit AB - Sofratüll / Fucidinegaze	7 = 12 %	4 = 9 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Refobacin / Tetramycin / Fucidine	6 = 11 %	5 = 11 %
Wundspülung mit H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	5 = 9 %	6 = 13 %
Zinkhaltige Arzneimittel - Mirfulan / Mitosyl / Zinkpaste / Evalgan Spray	4 = 7 %	7 = 15 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom / Merfen	3 = 5 %	6 = 13 %
Beläge entfernen	2 = 4 %	3 = 7 %
Chemikalien - Gentianaviolett / Jod	2 = 4 %	0
Trockener Verband	2 = 4 %	0
Lokale Druckentlastung	1 = 2 %	2 = 4 %
Wundgaze / Gittertüll ohne AB - Oleotüll /	1 = 2 %	2 = 4 %
Steriler Verband	1 = 2 %	1 = 2 %
Thermotherapie - Fönen	1 = 2 %	1 = 2 %
Sonstige	18 = 32 %	14 = 30 %
Summe der Nennungen	114	93

N = 57  
NR = 11  
NA = 1

N = 46  
NR = 9  
NA = 3

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Enzymsalben (1x), Rivanol (1x), orale Antibiotika (1x), Bepanthen (1x), Debrisorb (3x), Debrisorb Puder (1x), Gaze (1x), Antiseptika (1x), Liquid-Umschläge (1x), Wundreinigung (1x), Granulationsförderung (1x), Oxoferrin (1x), Kamillosan (1x), Primamed (1x), Keine (1x), Mixol (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1993:

Enzympflaster (1x), Gaze (2x), Antibiotika (1x), Lymphatika (1x), Oxoferrin (1x), Wundreinigung (3x), Actihaemyl (1x), Antiseptika (1x), Primamed Gelkompressen (2x), Keine (1x).

- bei Nekrosebildung ?

Lokaltherapeutikum bzw. Maßnahme	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Abtragen der Nekrose	36 = 63 %	28 = 68 %
Jodhaltige Arzneimittel - PVP / Freka cid	11 = 19 %	8 = 20 %
Feuchter Wundverband	9 = 16 %	4 = 10 %
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase / Irujol	7 = 12 %	7 = 17 %
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol / Varidase	7 = 12 %	7 = 17 %
Wundspülung mit H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	5 = 9 %	2 = 5 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Fucidine	4 = 7 %	2 = 5 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom / Merfen	2 = 4 %	5 = 12 %
Wundspülung mit NaCl	2 = 4 %	1 = 2 %
Chemikalien - Gentianaviolett / Jod	2 = 4 %	0
Wundgaze / Gittertüll ohne Antibiotika - Branolind	2 = 4 %	0
Lokale Druckentlastung	1 = 2 %	2 = 5 %
Wundgaze / Gittertüll mit AB - Sofratüll	1 = 2 %	1 = 2 %
Thermotherapie - Fönen	1 = 2 %	0
Zinkhaltige Arzneimittel - Mirfulan / Mitosyl / Zinkpaste / Evalgan Spray	0	5 = 12 %
Sonstiges	14 = 25 %	10 = 24 %
Summe der Nennungen	104	82

N = 57  
NR = 10  
NA = 2

N = 41  
NR = 11  
NA = 6

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Orale Antibiotika (1x), mech. Reinigung (2x), Debridement (1x), Debrisorb (1x), Wundverband (1x), Rivanol (2x), durchblutungsfördernde Mittel (2x), trocken halten (1x), Gaze (1x), Actovegin (1x), Überweisung zum Dermatologen (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1993:

Wundspülung (1x), Infektionsprohylaxe (1x), Wundreinigung (2x), Primamed (1x), trockene Wundbehandlung (2x), stationäre Behandlung (1x), Keine (2x).

Frage 7.b des Fragebogens :

*Mit welchen Lokalthérapeutika haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht ?*

Lokalthérapeutikum	Anzahl der Nennungen	
	1998	1993
Keine	17 = 37 %	16 = 43 %
Feuchter Wundverband	11 = 24 %	2 = 5 %
Antibiotikahaltige Externa - Nebacetin / Fucidine	8 = 17 %	1 = 3 %
Puder allgemein	3 = 7 %	4 = 11 %
Quecksilberhaltige Arzneimittel - Mercuchrom	2 = 4 %	0
Enzymatische Arzneimittel mit Antibiotika - Leukase	2 = 4 %	0
Zinkhaltige Arzneimittel - Mirfulan / Mito syl / Zinkpaste / Zinksalbe	1 = 2 %	6 = 16 %
Salben allgemein	1 = 2 %	3 = 8 %
Salbensprays	1 = 2 %	1 = 3 %
Oxoferin	1 = 2 %	1 = 3 %
Nicht Arzneimittel - Rindertalg / Hautpflegesalben	1 = 2 %	1 = 3 %
Dexpanthenol - Bepanthen	1 = 2 %	0
Wundgaze / Gittertüll mit AB - Fucidinegaze	1 = 2 %	0
Enzymatische Arzneimittel ohne Antibiotika - Fibrolan / Novuxol	0	2 = 5 %
Cortison- / Cortisonderivathaltige Arzneimittel - Ecural / Cortison	0	1 = 3 %
Sonstige	10 = 22 %	3 = 8 %
Summe der Nennungen	60	41

N = 46  
NR = 20  
NA = 3

N = 37  
NR = 20  
NA = 1

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

Nennungen bei „Sonstige“ 1998:

Fettsalben (1x), PU Schaum (1x), NaCl (1x), Ringer (1x), Pasten (1x), Austamponieren der Wundhöhlen (1x), Debrisorb (1x), Antibiotika (1x), zu häufige Anwendung von H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (1x), mit allen (1x).

Nennungen bei „Sonstige“ 1993:

Heydogenspray (1x), Dextrosehaltige Präparate (1x), durchblutungsfördernde Mittel (1x).

Frage 8.a des Fragebogens :

*Setzen Sie systemische Therapie ein ?*

- *wenn ja, wann und welche ?*

	<b>1998</b>	<b>1993</b>
<b>Ja</b>	24 = 41 %	12 = 24 %
Antibiotika systemisch	10	6
Behandlung der Grund- bzw. Begleiterkrankung	6	7
<b>Nein</b>	34 = 59 %	37 = 76 %

N = 58

NR = 8

NA = 3

N = 49

NR = 8

NA = 1

(Mehrfachantworten möglich, Prozent von N)

Frage 8.b des Fragebogens :

*Ziehen Sie Kollegen aus anderen Fachgebieten hinzu ?*

	<b>1998</b>	<b>1993</b>
<b>Ja</b>	31 = 52 %	26 = 51 %
Dermatologe	12	16
Chirurg	22	12
Neurologe		2
Urologe		1
Ohne Angabe der Fachrichtung	1	1
<b>Nein</b>	29 = 48 %	25 = 49 %

N = 60

NR = 8

NA = 1

N = 51

NR = 7

NA = 0

(Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N)

4 Ärzte ziehen 1998 sowohl Chirurgen als auch Dermatologen hinzu.

Frage 9 des Fragebogens :

*Welche Probleme beobachten Sie bei einer optimalen Dekubitusprävention und –therapie ?*

Die häufigsten Nennungen betreffen, wie auch schon 1993, die Lagerungsprobleme. Konsequentes Umlagern ist aufgrund mangelnder Pflegebereitschaft nicht gewährleistet. Hoher Pflegeaufwand, unqualifiziertes Personal, mangelndes Wissen, psychischer Druck, Non-Compliance und Passivität der Pflegepersonen sowie der sehr große Zeitaufwand sind Ursache für die Präventions- und Therapieproblematik der Dekubituserkrankung.



N = 46  
NR = 21  
NA = 2

N = 44  
NR = 14  
NA = 0

### 7.1.2 Zusammenfassende Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Nennungen

	<b>6 a</b> Falsch- antworten		<b>7 a</b> Hautrötung / Blasenbildung		<b>7 a</b> schmierige Beläge		<b>7 a</b> Nekrose- bildung		<b>7 b</b> Schlechte Erfahrungen	
	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993
<b>Nennungen</b>	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993
<b>Enzyme</b>	8=30%	2=8%	4=7%	1=2%	22=39%	20=43%	14=25%	14=34%	2=4%	2=5%
<b>Gaze</b>	4=15%	2=8%	4=7%	3=7%	9=16%	8=17%	4=7%	1=2%	1=2%	_____
<b>Antibiotikum</b>	7=26%	4=17%	11=20%	3=7%	23=40%	20=43%	13=23%	10=24%	12=26%	1=3%
<b>feuchter Wundverband</b>	7=26%	1=4%	2=4%	_____	17=30%	2=4%	9=16%	4=10%	11=24%	2=5%
<b>H<sub>2</sub>O<sub>2</sub></b>	2=7%	1=4%	_____	_____	5=9%	6=13%	5=9%	2=5%	1=2%	_____
<b>Nennungen Gesamt</b>	N=27	N=24	N=55	N=46	N=57	N=46	N=57	N=41	N=46	N=37

( Mehrfachnennungen möglich, Prozent von N )

### 7.1.3 Zusammenfassende Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Ärzte

#### 7.1.3.1 Antibiotika

1998 geben 27 von 69 Ärzten (39%) der Stichprobe an, Antibiotika zur Dekubitusbehandlung zu verwenden.

1993 geben 21 von 58 Ärzten (36%) der Stichprobe an, Antibiotika zur Dekubitusbehandlung zu verwenden. Ein Arzt gibt an Infektionsprophylaxe zu betreiben. Sollte er zu Antibiotika-Einsatz gerechnet werden, wären es 22 von 58 Ärzten, d.h. 38%.

#### 7.1.3.2 Antidekubitusmatratze

1998 erwähnen 42 von 69 Ärzten (61%) den Einsatz von Antidekubitusmatratzen.  
von 69 Ärzten (3%) erwähnen die Verwendung von Wasserbetten oder – kissen.

2

1993 erwähnen 29 von 58 Ärzten (50%) den Einsatz von Antidekubitusmatratzen. 4 von 58 Ärzten (7%) erwähnen die Verwendung von Wasserbetten oder – kissen.

Unter dem Begriff Antidekubitusmatratzen sind die Nennungen Wechseldruckmatratzen, Würfelmattmatratzen, Schaumstoffmatratzen oder – auflagen, Dekubitusmatratze und Matratze zusammengefasst.

### 7.1.3.3 Feuchter Wundverband

1998 erwähnen 19 von 69 Ärzten (28%) feuchte Wundverbände. 15 von 19 Ärzten setzen die feuchten Wundverbände im richtigen Stadium der Dekubituserkrankung, nämlich bei schmierigen Belägen und Nekrosebildung, ein. 2 von 19 Ärzten geben die Verwendung feuchter Wundverbände auch bei Hautrötung und Blasenbildung an. Zwei weitere Ärzte nennen feuchte Wundverbände bei Frage 6.a. Daraus läßt sich zwar ableiten, daß sie den Ärzten bekannt sind, allerdings nicht in welchem Stadium der Dekubituserkrankung sie Einsatz finden.

1993 erwähnen 7 von 58 Ärzten (12%) feuchte Wundverbände. 6 von 7 Ärzten setzen feuchte Wundverbände im richtigen Stadium der Dekubituserkrankung ein. Ein Arzt nennt feuchte Wundverbände bei Frage 6.a.

### 7.1.3.4 Negative Erfahrung mit feuchtem Wundverband

1998 geben 9 von 69 Ärzten (13%) an, schlechte Erfahrungen mit feuchten Wundverbänden gemacht zu haben. Ein Arzt nennt zu hohe Kosten als Grund für schlechte Erfahrungen. Zwei Ärzte verwenden sie trotzdem.

1993 geben 2 von 58 Ärzten (3%) an, schlechte Erfahrungen mit feuchten Wundverbänden gemacht zu haben. Ein Arzt verwendet sie trotzdem.

### 7.1.4 Tabellarische Übersicht bezogen auf die Anzahl der Ärzte:

Anwendung	1998	1993
<b>Lokalantibiotika</b>	27 = 39 %	21 = 36 %
<b>feuchte Wundverbände</b>	19 = 28 %	7 = 12 %
im richtigen Stadium	15 = 22 %	6 = 10 %
im falschen Stadium	2 = 3 %	0

Stadium nicht zuzuordnen	2 = 3 %	1 = 2 %
schlechte Erfahrungen	9 = 13 %	2 = 3 %
<b>Antidekubitusmatratzen</b>	42 = 61 %	29 = 50 %
<b>Wasserbetten / -kissen</b>	2 = 3 %	4 = 7 %

N = 69

N = 58



## Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. K. Jork danke ich für die Überlassung des Themas und für die freundliche Unterstützung.

Danken möchte ich Herrn Dr. med. S. Wilm für die umfassende und angenehme Betreuung bei der Erstellung dieser Arbeit.

Weiterhin danke ich Frau Nettke-Wagner für die entgegenkommende Hilfe im Institut für Allgemeinmedizin.

Mein Dank gilt ferner allen niedergelassenen Kollegen, Pflegediensten und Interviewpartnern, die sich an den Befragungen beteiligt haben und damit zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben.

|

## **Geisler Doris**

Gutenbergstrasse 42  
64289 DARMSTADT

### Geboren :

06 02 65 in Aschaffenburg

### Eltern :

Werner Geisler  
Maria Geisler, geb. Knecht

### Schulische Bildung :

Einschulung	1971
Mittlere Reife	1981
2. Bildungsweg (Hessenkolleg Frankfurt)	
Abitur	02 1989-01 1992

### Berufstätigkeit :

Berufsvorbereitendes Praktikum	
Aschaffenburg	09 1981-08 1983
Ausbildung zur Zahntechnikerin	
Aschaffenburg	09 1983-02 1987
Tätigkeit als Zahntechnikerin	
Großostheim	03 1987-12 1988
Tätigkeit als Zahntechnikerin	
Großumstadt	03 1993-03 1994

### Studium :

Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt	
Fachbereich Medizin	Beginn: 04 1994
Physikum	09 1996
1. Staatsexamen	09 1997
2. Staatsexamen	03 2000
Praktisches Jahr	07 2000-06 2001
1. Terial Neurologie	Klinik Bethesda, Schweiz
2. Terial Chirurgie	Klinikum Darmstadt
3. Terial Innere Medizin	Klinikum Darmstadt
3. Staatsexamen	06 2001

Frankfurt am Main, Januar 2001





# Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, daß ich die dem Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel :

## **Patienten mit Dekubitus in der allgemeinärztlichen Versorgung und in der häuslichen Pflege**

im : Institut für Allgemeinmedizin

unter Leitung von : Prof. Dr. med. K. Jork

mit Unterstützung durch : Dr. med. S. Wilm

ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen Medizinischen Fakultät bzw. Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Vorliegende Arbeit wird in Teilen (3.1) in folgendem Publikationsorgan veröffentlicht:

Schlütersche Verlagsanstalt  
Hannover

Frankfurt am Main, Januar 2001