

«... und plötzlich stand mein Leben auf dem Kopf.»

Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in der Beratung von
Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen



Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, August 2020

Lea Felber, Sonja Freudiger, Stephanie Ruckstuhl

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **VZ 2017-2020**

Lea Felber, Sonja Freudiger und Stephanie Ruckstuhl

«... und plötzlich stand mein Leben auf dem Kopf.»
**Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in der Beratung von Partnerinnen und
Partnern von Schlaganfallbetroffenen**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2020 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2020

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

In der Schweiz erleiden jährlich rund 16'000 Personen einen Schlaganfall. Die Folgen des Schlaganfalls zeigen sich auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene. Ebenfalls sind die Folgen für die Partnerschaft mannigfaltig. Der Schlaganfall stellt nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Partnerinnen und Partner ein einschneidendes Lebensereignis dar. Oft fühlen sich diese jedoch vom professionellen Hilfesystem kaum unterstützt. Mit der vorliegenden Bachelor-Arbeit haben die Autorinnen Lea Felber, Sonja Freudiger und Stephanie Ruckstuhl diesem Zustand entgegengewirkt. Es wird aufgezeigt, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Soziale Arbeit in der Beratung von Partnerinnen und Partnern hat. Anhand von narrativen Interviews erzählten Partnerinnen und Partner ausführlich von ihrer Situation seit dem Schlaganfall. Die erhobenen Daten wurden anschliessend ausgewertet, dargestellt und vor dem Hintergrund der Krisenintervention, der Beratungsmethodik und der Salutogenese interpretiert. Dabei wurde deutlich, dass die Soziale Arbeit in der Unterstützung von Partnerinnen und Partnern eine zentrale Rolle einnimmt. Beispielweise, weil sie sich an ihrer Lebenswelt orientiert oder niederschwellig gestaltet werden kann. Zudem zeigte sich, dass die Soziale Arbeit Partnerinnen und Partner durch Sicherheit, Ermächtigung und in der Bewältigung unterstützen kann, um den Schlaganfall in ihre Biografie zu integrieren und sich wieder Zukunftsperspektiven zu erarbeiten. Diese und weitere Erkenntnisse wurden ausführlich beschrieben. Abschliessend enthält die Bachelor-Arbeit konkrete Empfehlungen für die Praxis.

Danksagung

Ganz herzlich danken wir unseren Interviewpartnerinnen und -partner für ihre Bereitschaft und ihr Vertrauen, uns von der persönlichen Situation zu erzählen.

Prof. Elke Brusa-Hoevels, Prof. Dr. Paula Krüger, Prof. Dr. Claudia Meier Magistretti, Dr. Martin Neuenchwander und Mario Störkle danken wir für die fachliche Unterstützung, welche wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat und uns inspirierte.

Ein grosses Dankeschön gilt auch Daniela Felber, Denise Scheidegger und Andrea Wyttenbach für das sorgfältige Korrekturlesen und für ihre konstruktiven Feedbacks, wovon wir viel profitieren konnten.

Dank der kreativen Ader von Jacqueline Meier schmückt ein wunderschön gestaltetes Titelblatt unsere Arbeit.

Abschliessend danken wir Ihnen, liebe Leserinnen und liebe Leser, für Ihr Interesse an unserer Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	IV
Danksagung	V
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Berufsrelevanz	3
1.3 Fragestellungen	4
1.4 Begrifflichkeiten	5
1.5 Eingrenzung des Themas	6
1.6 Aufbau der Bachelor-Arbeit	7
2 Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft	9
2.1 Biopsychosoziale Ebenen eines Schlaganfalls	9
2.1.1 Definition Schlaganfall	9
2.1.2 Biologische Ebene eines Schlaganfalls	10
2.1.3 Psychologische Ebene eines Schlaganfalls	11
2.1.4 Soziale Ebene eines Schlaganfalls	13
2.2 Partnerschaft und Krankheit	14
2.2.1 Partnerschaft und chronische Krankheiten	15
2.2.2 Partnerschaft und Hirnverletzungen	16
3 Bezugsrahmen	18
3.1 Ursprung und Aufgaben der Sozialen Arbeit	18
3.1.1 Sozialberatung	20
3.2 Theorien der Sozialen Arbeit	21
3.2.1 Klinische Sozialarbeit	21
3.2.2 Krisenintervention	24
3.2.3 Systemische Beratung	27
3.3 Die Theorie der Salutogenese	32
4 Forschungsmethode	37
4.1 Narratives Interview	37
4.2 Sampling	38
4.3 Erhebung und Aufbereitung der Daten	39
4.4 Auswertungsverfahren	40
4.5 Reflexion der Forschungsmethoden	43
5 Darstellung der Ergebnisse	45
5.1 Situation der Schlaganfallbetroffenen	45
5.2 Umgang Partnerinnen und Partner mit dem Schlaganfall	49
5.3 Auswirkungen auf die Partnerschaften	51

5.4	Fachliches Hilfesystem für Schlaganfallbetroffene sowie Partnerinnen und Partner	53
5.5	Soziales Netzwerk der Paare	56
5.6	Alltagsbewältigung der Paare.....	59
6	Interpretation der Ergebnisse.....	62
6.1	Interpretation der Datenlage vor dem Hintergrund der Krisenintervention.....	62
6.2	Interpretation der Datenlage vor dem Hintergrund der Beratungsmethodik.....	63
6.3	Interpretation der Datenlage vor dem Hintergrund der Salutogenese	65
7	Empfehlung für die Praxis der Sozialen Arbeit.....	69
7.1	Handlungsempfehlung	69
7.2	Schlussfolgerungen.....	74
8	Rückblick und Ausblick.....	75
8.1	Rückblick der Fragestellungen.....	75
8.2	Ausblick.....	77
	Literaturverzeichnis.....	79
	Anhang	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Titelseite (eigene Darstellung)	I
Abbildung 2: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Weber & Kunz, 2012, S. 12).....	20
Abbildung 3: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Lindström & Eriksson, 2010/2019, S. 31)	33
Abbildung 4: Das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen (Lindström & Eriksson, 2010/2019, S. 40)	33
Abbildung 5: Dimensionen eines Sense FOR Coherence (Meier Magistretti, Topalidou & Meinecke, 2019, S. 120)	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobe narrative Interviews (eigene Darstellung).....	39
Tabelle 2: Kategorieschema (eigene Darstellung).....	42

1 Einleitung

Dieses Kapitel dient zur Einführung in diese Arbeit. Dabei werden zu Beginn die Ausgangslage und die Relevanz der Sozialen Arbeit erläutert. Anschliessend werden die Zielsetzung und die Zielgruppen beschrieben und daraus die Fragestellungen abgeleitet. Auch werden in diesem Kapitel bedeutende Begriffe definiert und es wird aufgezeigt, welche Aspekte keinen Bestandteil dieser Arbeit darstellen. Zum Schluss folgen Informationen über die Leseführung durch diese Arbeit.

1.1 Ausgangslage

Der Schlaganfall zählt zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche in der Schweiz die häufigste Todesursache und der dritthäufigste Hospitalisierungsgrund darstellen (Bundesamt für Statistik, ohne Datum). Im Jahr 2017 erlitten 15'378 Menschen einen Schlaganfall. Davon waren 8'060 Männer und 7'318 Frauen betroffen (ebd.). Somit erleiden in der Schweiz rund 42 Personen pro Tag einen Schlaganfall.

Fragile Suisse (2020a), die Schweizer Patientenorganisation für Menschen mit Hirnverletzung und deren Angehörigen, beschreibt, dass bei einem Schlaganfall das Gehirn unerwartet nicht mehr mit Blut und somit auch nicht mehr mit Sauerstoff versorgt wird. Die Nervenzellen sterben dadurch rasch ab. Je schneller die Betroffenen medizinisch versorgt werden, desto weniger Hirnzellen sterben ab (ebd.). Die Folgen des Schlaganfalls sind, wie das Gehirn selbst, komplex (Fragile Suisse, 2020b). Abhängig vom Schweregrad sind die Folgen bei Schlaganfallbetroffenen unterschiedlich. Die Beeinträchtigungen zeigen sich in körperlicher, mentaler und sozialer/emotionaler Dimension. Als körperliche Beeinträchtigungen gelten beispielsweise Lähmungen, Sprachstörungen oder Sinnes- und Wahrnehmungsstörungen. Zu den mentalen Beeinträchtigungen gehören unter anderem eingeschränkte Aufmerksamkeit, erschwerte Informationsverarbeitung oder verminderte Belastbarkeit. Einsamkeit, tiefe Impulskontrolle oder fehlende Krankheitseinsicht können soziale/emotionale Folgen sein (ebd.). Fragile Suisse (2014) zeigt auf, dass auch Angehörige von den Folgen eines Schlaganfalls in vielfältiger Weise betroffen sind (S. 34). Beispielsweise müssen sie lernen, mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Gefühlszuständen umzugehen. So kann der Schlaganfall bei ihnen Wut, Zorn, Schuldgefühle, Aggression, Angst und Trauer, aber auch Sorge um die Schlaganfallbetroffenen auslösen (ebd.). Oft sind die Betroffenen nach ihrer Entlassung zu Hause auf Unterstützung angewiesen (ebd., S. 44). Diese neue Ausgangslage kann auch die Gefühle von Partnerinnen und Partnern gegenüber Betroffenen verändern (ebd.).

Gemäss einer empirischen Studie aus Niederösterreich, welche im Jahr 2004 veröffentlicht wurde, führt der Schlaganfall dazu, dass 50% der Betroffenen und 20% der Angehörigen aus dem Erwerbsleben ausscheiden (Monika Nowotny, Alexandra Dachenhausen, Peter Stastny, Thomas Zidek & Michael Brainin, 2004, S. 580-581). Die Schlaganfallbetroffenen und deren Angehörige berichten auch über finanzielle Belastungen, Urlaubsverzicht und Einschränkungen im gesellschaftlichen Leben. Weiter haben sie Angst vor Rückfällen und der Zukunft (ebd.).

In einer Studie aus Deutschland, veröffentlicht im Jahr 2003, wurden explizit Ehepartnerinnen und Ehepartner von Schlaganfallbetroffenen befragt (Johannes Jungbauer, Detlev Yves von Cramon & Gabriele Wilz, 2003, S. 1114). Die Ergebnisse fielen ähnlich aus. So gelten als langfristige Belastungsfolgen die Rollenverschiebung, die erhöhte Arbeitsbelastung oder der veränderte Tagesablauf. Weiter werden auch die Persönlichkeitsveränderung der Schlaganfallbetroffenen, die Kommunikationsprobleme und die Beeinträchtigung von Nähe und Intimität als erschwerend empfunden (ebd.). Caroline Michael (2003) äussert, dass Partnerinnen und Partner Schuldgefühle haben können, wenn sie eine Mitschuld am Schlaganfall erkennen (S. 46). Wie bereits erwähnt, kann es zu einer Rollenverschiebung innerhalb der Partnerschaft kommen. Die Partnerinnen oder Partner übernehmen plötzlich die Rolle der betreuenden Person (Stefan Kiechl, Wolfgang Lalouschek & Wilfried Lang, 2014, S. 71-73). Oft ist diese Rolle mit vielen neuen Verpflichtungen verknüpft. Diese Aufgaben können je nach Schweregrad des Schlaganfalls sehr unterschiedlich sein. Einige Betroffene sind auf eine umfassende Pflege und Betreuung angewiesen, während andere lediglich in der Mobilität oder bei der Organisation von Terminen Unterstützung benötigen. Viele weitere Formen von Unterstützungsmöglichkeiten sind denkbar. Von besonders grosser Bedeutung für die betreuende Person ist das Beachten der eigenen Grenzen. Es sollen gezielte Ruhephasen geplant werden (ebd.). Die neuen Aufgaben können bei Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen zu einer Überforderung führen (Jürgen Wilhelm & Alfred Lauer, 2003, S. 120). Ein weiteres Problem besteht darin, dass Partnerinnen und Partner die nötige professionelle Unterstützung häufig nicht aufsuchen. Vor allem die psychischen Folgen, die aufgrund einer Überlastung auftreten können, werden kaum wahrgenommen (ebd., S. 122).

Obwohl die Resultate der oben erwähnten Studien aus den Jahren 2003 und 2004 bereits älterer Natur sind, lassen sie sich auf die heutige Zeit übertragen. Im deutschsprachigen Raum sind bisher keine aktuellen Untersuchungen zu finden, welche sich mit den Auswirkungen eines Schlaganfalls auf die Partnerschaft befassen. Ähnlich verhält es sich bezüglich der Literatur. Es existiert zwar Lektüre, welche sich mit der Situation der Schlaganfallbetroffenen befasst, jedoch sind wenig Informationen in Bezug auf die Situation von Partnerinnen und Partnern zu finden. Um diese Forschungslücke zu füllen, ist es sinnvoll zu untersuchen, wie sich der Schlaganfall und seine Folgen auf die Partnerschaft auswirkt. Zudem wird deutlich, dass bei den aufgeführten Studien problemorientiert geforscht wurde. Deshalb ist

es wichtig, lösungsorientiert zu analysieren und eine Handlungsempfehlung für die Praxis auszuarbeiten. Konkret wird untersucht, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Soziale Arbeit bieten kann, um Belastungen zu vermindern und Partnerinnen und Partner zu stärken.

1.2 Berufsrelevanz

Das soziale Umfeld und die Familie können merklich zum Behandlungserfolg und der sozialen Integration von Erkrankten beitragen (Christine Schönberger & Ernst von Kardorff, 2004, S. 10.). Folglich kann die Partnerschaft als eine Ressource für die Bewältigung der Krankheit angesehen werden. Der Ausgangslage ist zu entnehmen, dass dieser Umstand aber auch die Gefahr bergen kann, dass Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen überlastet werden. Somit stellt eine Krankheit nicht nur eine Belastung für die Partnerschaft, sondern auch für das Individuum dar. Hier wird die Soziale Arbeit zentral. Sie ist nämlich geleitet von der Idee, dass alle Menschen Anrecht auf die Befriedigung ihrer existenziellen Bedürfnisse, auf Integrität und auf die Integration in ein soziales Umfeld haben (AvenirSocial, 2010, S. 6).

Der Berufsverband für die Soziale Arbeit Schweiz, AvenirSocial, verfasste einen Berufskodex. Gemäss diesem ist die Soziale Arbeit verpflichtet, Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren (AvenirSocial, 2010, S. 6). Wir legen dies so aus, dass die Soziale Arbeit das Ziel hat, Partnerinnen und Partner in ihrer Entwicklung adäquat zu unterstützen. Ein Schlaganfall kann die Wohnsituation, die Gesundheit, die Tagesstruktur, die Existenz und die soziale Teilhabe von Schlaganfallbetroffenen, aber auch deren Partnerinnen und Partner verändern. So können beispielsweise Freizeitaktivitäten aufgrund der körperlichen Einschränkungen nicht mehr gemeinsam ausgeübt oder angestrebte Ziele nicht mehr realisiert werden, da man plötzlich als Hauptverdienerin oder Hauptverdiener der Familie gilt. Dies kann sich negativ auf die Entwicklung von Partnerinnen und Partnern auswirken. In dieser Arbeit soll auf diesen Umstand aufmerksam gemacht werden und die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit aufgezeigt werden.

Weiter ist es uns ein Anliegen, das Wohlbefinden der Partnerinnen und Partner in den Fokus zu rücken, denn auch dieses kann durch einen Schlaganfall beeinträchtigt werden. Wie bereits in der Ausgangslage erwähnt, leiden Partnerinnen und Partner unter den langfristigen Belastungsfolgen eines Schlaganfalls. Um das Wohlbefinden jeder einzelnen Person zu steigern, ist die Soziale Arbeit bestrebt, den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen zu fördern (AvenirSocial, 2010, S. 8).

Unsere Absicht besteht darin, mit dieser Arbeit einerseits den Partnerinnen und Partnern eine Stimme zu verleihen, andererseits Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf dieses Thema zu sensibilisieren. Wir sind

überzeugt, dass diverse Handlungsfelder der Sozialen Arbeit Berührungspunkte mit dieser Thematik aufweisen. Ein mögliches Handlungsfeld ist die Klinische Sozialarbeit. Sie umfasst unter anderem stationäre und ambulante Angebote. Zu den stationären Angeboten gehören beispielsweise Sozialdienste im Akutspital, in der Rehabilitationsklinik und in der psychiatrischen Klinik. Die Beratungsangebote von Organisationen wie Fragile Suisse und Pro Infirmis sind den ambulanten Angeboten anzugliedern. Wie oben bereits durch Auszüge aus dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz belegt, ist die Soziale Arbeit zum Handeln legitimiert und kann dadurch zur Verbesserung der Situation von Partnerinnen und Partnern beitragen.

Ziel und Zielgruppe

Das Ziel dieser Bachelor-Arbeit ist es, die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in der Unterstützung von Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen aufzuzeigen. Wir erforschen, welche Art von Unterstützung Partnerinnen und Partner in ihrer Situation hilft und welche Handlungsempfehlung sich daraus für die Praxis der Sozialen Arbeit schliessen lässt. Bei der Erarbeitung dieser Handlungsempfehlung beziehen wir uns auf die Themen, welche wir aus den Interviews ableiten konnten. Weitere Ausführungen sind im fünften Kapitel «Darstellung der Ergebnisse» und sechsten Kapitel «Interpretation der Ergebnisse» zu finden.

Fachpersonen der Sozialen Arbeit gelten somit als primäre Zielgruppe dieser Arbeit. Es besteht die Absicht, dass sie durch diese Arbeit auf die Situation von Partnerinnen und Partnern sensibilisiert werden und die Handlungsempfehlung für ihre Interventionsplanung beziehen können. Als sekundäre Zielgruppe sind die Partnerinnen und Partner zu bezeichnen, welche durch die Soziale Arbeit adäquat beraten, begleitet und unterstützt werden.

1.3 Fragestellungen

Folgende Fragen haben sich aus der Zielsetzung ergeben und sind für die Arbeit wegleitend:

Beschreibungswissen

Was sind die Folgen für die Betroffenen eines Schlaganfalls auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene?

Was sind die Herausforderungen für die Partnerschaft nach einem Schlaganfall?

Die erste und die zweite Frage werden im zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» beantwortet. Dabei wird Beschreibungswissen generiert.

Erklärungswissen und Wertewissen

Weshalb ist die Soziale Arbeit in der Unterstützung von Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen relevant?

Abgeleitet durch das Erklärungswissen beurteilen wir die Situation von Partnerinnen und Partnern aus Sicht der Sozialen Arbeit. Im dritten Kapitel «Bezugsrahmen» gehen wir auf Erklärungswissen und Wertewissen ein.

Handlungswissen

In welcher Form kann die Soziale Arbeit Partnerinnen und Partner unterstützen?

Die Forschungsfrage dient dem Zweck, die Wissenslücke zu schliessen und wird im siebten Kapitel «Empfehlung für die Praxis der Sozialen Arbeit» dargestellt.

1.4 Begrifflichkeiten

Es folgt nun die Auslegung und Anwendung von zentralen Begrifflichkeiten, welche dieser Arbeit zugrunde liegen. Diese Begrifflichkeiten sind nicht abschliessend. Weitere Begrifflichkeiten, welche im Verlauf der Arbeit folgen, werden im jeweiligen Kapitel aufgegriffen und erläutert.

Der Schlaganfall wird im zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» definiert. Personen, welche einen Schlaganfall erlitten haben, bezeichnen wir in dieser Arbeit als Betroffene, betroffene Person, Schlaganfallbetroffene Person (Singular) oder die Schlaganfallbetroffenen (Plural). Ihre Lebensgefährten werden in dieser Arbeit als Partnerin und Partner bzw. Partnerinnen und Partner bezeichnet.

Im Weiteren wird in dieser Arbeit von Akutspital und Rehabilitationsklinik geschrieben. Mit Akutspital meinen wir den Ort, wo die medizinische Erstversorgung und Stabilisation der Schlaganfallbetroffenen vorgenommen wird. Unter Rehabilitationsklinik verstehen wir den Ort, wo die Schlaganfallbetroffenen sich gesundheitlich rehabilitieren.

Partnerschaft

Soziale Beziehungen werden unter anderem dadurch definiert, dass Personen voneinander abhängig sind und sie ihre Wechselwirkung aufeinander abstimmen (Hans-Werner Bierhoff, 2014, S. 61). Weiter führt er aus, dass die Paarbeziehung als soziale Beziehung gilt (ebd., S. 63). Dabei ist die Vorstellung der Liebe abhängig von der Kultur. Empirische Ergebnisse weisen darauf hin, dass Liebe als emotionale

Basiskategorie verstanden wird (Bierhoff, 2014, S. 63). Das heisst, dass sie von den Menschen schnell als solche identifiziert wird. Der Liebe wird die Bedeutung von Abhängigkeit, dem Wunsch die Partnerin oder den Partner zu umsorgen und das Vertrauen in die Partnerin oder den Partner zugeschrieben (ebd.).

Wir gehen in dieser Arbeit beim Begriff Partnerschaft von einer Zweierbeziehung aus. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um eine heterogene oder homogene Partnerschaft handelt. Angelehnt an die Definition von Bierhoff, vertreten wir die Annahme, dass das Paar Liebe füreinander empfindet und sich gegenseitigen Beistand leistet.

Beratung

Franz Stimmer (2000) definiert im Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit die Beratung als eine wesentliche Aufgabe in allen Feldern der Sozialen Arbeit (S. 77). Es handelt sich dabei um Kommunikationsprozesse, welche methodisch, theoretisch, philosophisch und wissenschaftlich begründet sind und regelmässig evaluiert werden (ebd.). Die Beratung erstreckt sich zwischen der reinen Information/Auskunft auf der einen Seite, und der psychotherapeutischen Behandlung auf der anderen Seite, wobei die Grenzen fließend sind (ebd., S. 78). Strukturelemente von Beratungen in der Sozialen Arbeit sind die Klientinnen und Klienten, die Beratenden, das Setting, die Themen und Aspekte wie beispielsweise Freiwilligkeit oder den Handlungsdruck sowie die Zeit (ebd., S. 79). Die Beratungsmethoden wurden aus der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie und der humanistischen Psychologie entwickelt und aus dem Bereich der Sozialen Arbeit ergänzt (ebd., S. 81).

In der Praxis der Sozialen Arbeit existieren verschiedene Beratungsmethoden. Wir werden uns in dieser Arbeit auf die Krisenintervention und die systemische Beratung beziehen, worauf wir im dritten Kapitel «Bezugsrahmen» vertieft eingehen werden.

1.5 Eingrenzung des Themas

Thematisch grenzen wir die Arbeit dadurch ein, dass wir andere Hirnverletzungen nicht untersuchen, da diese eine ungleiche Symptomatik aufweisen können. Auch gehen wir nicht auf die Situation von weiteren Angehörigen ein, weil diese eine andere Rolle im sozialen Umfeld innehaben und dadurch in unterschiedlicher Weise von den Folgen des Schlaganfalls mitbetroffen sein können. Es wird nicht berücksichtigt, ob die Paare Kinder haben. Eine weitere Eingrenzung besteht darin, dass Partnerinnen und Partner, welche zum Zeitpunkt des Schlaganfalls bereits im Pensionsalter waren, nicht befragt wurden. Dies begründen wir damit, dass sich durch die Pensionierung natürlicherweise die Tagesstruktur verändert und im Pensionsalter ohnehin neue entwicklungspsychologische Aufgaben anstehen können.

Weiter wird nicht untersucht, welche Hilfe und Unterstützung die Schlaganfallbetroffene Person für sich selbst benötigt. Dies aus dem Grund, weil wir die Hypothese vertreten, dass das bestehende Hilfesystem bereits vorwiegend auf die Schlaganfallbetroffenen ausgerichtet ist. Eine weitere thematische Eingrenzung besteht darin, dass rechtliche Aspekte, wie beispielsweise die Leistungen der Invalidenversicherung (IV) sowie geschlechterspezifische und biografische Unterschiede nicht näher beleuchtet werden.

Die Arbeit wird örtlich eingegrenzt, indem die Interviewpartnerinnen und -partner in der Schweiz wohnhaft sind. Dies, weil im Ausland andere Strukturen und Institutionen vorzufinden sind, welche von den schweizerischen abweichen können. Regionale Unterschiede innerhalb der Schweiz werden jedoch nicht berücksichtigt.

1.6 Aufbau der Bachelor-Arbeit

Im zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» thematisieren wir den Schlaganfall auf den biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen sowie die Auswirkungen auf die Partnerschaft. Anschliessend folgt im dritten Kapitel der «Bezugsrahmen». Dabei befassen wir uns mit der Profession der Sozialen Arbeit und dem Feld der Klinischen Sozialarbeit. Auch werden in diesem Kapitel die Krisenintervention, die systemischen Beratung und die Theorie der Salutogenese erläutert. Im vierten Kapitel wird die «Forschungsmethode» verdeutlicht. Konkret gehen wir dabei auf die Methode des narrativen Interviews, das Sampling, die Erhebung, die Aufbereitung und die Auswertung der Daten ein. Weiter erfolgt in diesem Kapitel eine Reflexion der Forschungsmethoden. Darauffolgend stellen wir im fünften Kapitel «Darstellung der Ergebnisse» die Ergebnisse der Interviews dar. Im sechsten Kapitel «Interpretation der Ergebnisse» werden die Ergebnisse bewertet. Daraus folgen im siebten Kapitel die «Empfehlung für die Praxis der Sozialen Arbeit». Abschliessend nehmen wir im achten Kapitel «Rückblick und Ausblick» nochmals Bezug auf die Fragestellungen und erläutern mögliche Forschungsthemen für zukünftige Bachelor-Arbeiten.

Nachfolgend wird dargelegt, wie die Autorinnen die Verschriftlichung der jeweiligen Kapitel aufteilten. Das fünfte Kapitel «Darstellung der Ergebnisse» wurde gemeinsam verfasst. Das sechste Kapitel «Interpretation der Ergebnisse» und das siebte Kapitel «Empfehlung für die Praxis der Sozialen Arbeit» wurden gemeinsam erarbeitet und von Lea Felber verschriftlicht. Zudem verfasste Lea Felber im dritten Kapitel «Bezugsrahmen» den Text 3.3 «Die Theorie der Salutogenese». Vom zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» war sie für die Texte 2.1.1 «Definition Schlaganfall», 2.1.2 «Biologische Ebene eines Schlaganfalls», 2.1.3 «Psychologische Ebene eines Schlaganfalls» und 2.1.4 «Soziale Ebene eines Schlaganfalls» zuständig. Ebenfalls wirkte Sonja

Freudiger im zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» mit. Sie war zuständig für die Texte 2.2.1 «Partnerschaft und chronische Krankheiten» und 2.2.2 «Partnerschaft und Hirnverletzungen.» Ebenfalls verschriftlichte sie aus dem dritten Kapitel «Bezugsrahmen» die Texte 3.2.2 «Krisenintervention» und das vierte Kapitel «Forschungsmethode». Stephanie Ruckstuhl verfasste das Abstract, die Danksagung und das erste Kapitel «Einleitung». Aus dem dritten Kapitel «Bezugsrahmen» schrieb sie die Texte 3.1 «Ursprung und Aufgaben der Sozialen Arbeit», 3.2.1 «Klinische Sozialarbeit» und 3.2.3 «Systemische Beratung». Ebenfalls war sie für das achte Kapitel «Rückblick und Ausblick» zuständig.

2 Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft

Das zweite Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» und das dritte Kapitel «Bezugsrahmen» generieren Beschreibungswissen. Später wird dieses mit dem Erklärungs-, Werte- und Handlungswissen verbunden.

Im folgenden zweiten Kapitel werden in einem ersten Schritt der Schlaganfall und seine Folgen beschrieben. In einem nächsten Schritt wird aufgezeigt, wie sich dieser Umstand auf die Partnerschaft auswirken kann. Obwohl nicht die schlaganfallbetroffene Person im Fokus dieser Arbeit steht, ist es sinnvoll, als Erstes den Schlaganfall und seine Folgen für die Betroffenen zu erläutern. Dieses Wissen dient als Basis, um anschliessend die Folgen für die Partnerschaft aufzeigen zu können.

2.1 Biopsychosoziale Ebenen eines Schlaganfalls

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die biopsychosozialen Ebenen eines Schlaganfalls für die Schlaganfallbetroffenen erläutert. Zuerst wird der Schlaganfall definiert und die drei unterschiedlichen Formen werden erläutert. Anschliessend wird näher auf die biologische, psychologische und soziale Ebene eingegangen.

2.1.1 Definition Schlaganfall

Bei einem Schlaganfall handelt es sich um eine Hirnverletzung. Im medizinischen Wörterbuch Pschyrembel (ohne Datum a) wird der Schlaganfall wie folgt definiert: «Akut einsetzendes fokalneurologisches Defizit bei zerebraler Durchblutungsstörung (ischämisch) oder intrazerebraler Blutung (hämorrhagisch). Es handelt sich um einen medizinischen Notfall». Es gibt drei Formen eines Schlaganfalls, die in der folgenden Aufzählung erläutert werden (Peter Kraft, 2018a, S. 25-26):

- transitorische ischämische Attacke (TIA), Rückbildung der Symptomatik innerhalb von 24 Stunden (ebd.),
- ischämischer Schlaganfall, Symptome länger als 24 Stunden, Blutversorgung im Gehirn wegen Thrombus (Blutgerinnsel¹), Embolus (nicht im Blutplasma lösliches Gebilde²) oder aufgrund einer unzureichenden Hämodynamik (Blutfluss³) eingeschränkt (ebd.),
- intrakranielle Blutung, nicht läsionsbedingt (keine Verletzung⁴), traumatisch (Verletzung⁵) oder wegen Gefässmalformation (Fehlbildung von Blut- oder Lymphgefässen⁶) (Jens Litmathe, 2019, S. 72).

¹ Friedhelm Henke, 2011, S. 176

² Friedhelm Henke, 2011, S. 60

³ Pschyrembel, ohne Datum b

⁴ Friedhelm Henke, 2011, S. 113

⁵ Friedhelm Henke, 2011, S. 179

⁶ Pschyrembel, ohne Datum c

2.1.2 Biologische Ebene eines Schlaganfalls

Verschiedene Risikofaktoren können dazu führen, dass Menschen mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit an einem Schlaganfall erkranken können. Peter Kraft (2018b) unterscheidet dabei beeinflussbare und nicht beeinflussbare Risikofaktoren (S. 12). Beeinflussbare Risikofaktoren für einen Schlaganfall sind Vorhofflimmern, Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, Hypercholesterinämie (erhöhte Konzentration vom Gesamtcholesterin⁷), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit⁸), Bluthochdruck, Alkoholmissbrauch und eine ungesunde Ernährung. Nicht beeinflussbar ist das Alter, das Geschlecht, die genetische Prädisposition und die Ethnizität (ebd.).

Die Symptome unterscheiden sich bei den drei verschiedenen Schlaganfalltypen. Die Symptome beim TIA sind ähnlich wie beim ischämischen Schlaganfall, klingen jedoch bereits nach kurzer Zeit wieder ab. Da nach einem TIA kaum bleibende Folgen beobachtbar sind, ist dieser Typ für die vorliegende Arbeit nicht relevant und wird deshalb nicht näher beleuchtet. Bei einem ischämischen Schlaganfall können das Bewusstsein und die Orientierung eingeschränkt sein (Litmathe, 2019, S. 3-5). Die Schlaganfallbetroffenen können Aufforderungen wie das Schliessen der Augen oder das Drücken der Hand gegebenenfalls nicht mehr befolgen. Die Blickwendungen und das Gesichtsfeld können eingeschränkt sein. Im Gesicht kann eine Parese (unvollständige Lähmung⁹) auftreten und somit die Mimik verändern. Die Arm- und Beinmotorik kann eingeschränkt sein. Eine Ataxie (Unfähigkeit zur Koordination von Bewegungsabläufen¹⁰) kann sichtbar sein. Ebenfalls kann die Sensibilität, das Sprachverständnis und das Sprechen gehemmt sein. Schlaganfallbetroffene können an einer Auslöschung oder Nichtbeachtung von einer Körperseite leiden (ebd.). Die Betroffenen nehmen dabei eine Körperhälfte oder die Hälfte der Umgebung nicht mehr wahr (Pschyrembel, ohne Datum e). Bei einer intrakraniellen Blutung sind die Symptome abhängig vom betroffenen Hirnareal (Litmathe, 2019, S. 72). Schlaganfallbetroffene können eine Halbseitenlähmung oder eine halbseitige Gefühlsstörung zeigen. Ebenfalls können Sprech- und Wortfindungsstörungen auftreten. Gesichtsausfälle sind beobachtbar. Ataxien, Koordinationsstörungen, Schwindel, Hirnnervenausfälle, Dysarthrien (Sprechstörung¹¹) und Rumpfataxien im Sitzen sind weitere Symptome einer intrakraniellen Blutung (ebd.). Die Symptome können einige Stunden andauern oder auch über längere Zeit bestehen bleiben (Gerhard Leibold, 2004, S. 62). Bei einigen Schlaganfallbetroffenen kommt es nie mehr zu einer vollständigen Heilung der Symptome (ebd.).

⁷ Pschyrembel, ohne Datum d

⁸ Friedhelm Henke, 2011, S. 54

⁹ Friedhelm Henke, 2011, S. 140

¹⁰ Friedhelm Henke, 2011, S. 33

¹¹ Pschyrembel, ohne Datum f

Nach der Behandlung im Akutspital folgt die Rehabilitation der Schlaganfallbetroffenen in einer Rehabilitationsklinik oder in einem Spital. In der Rehabilitation geht es um die Wiedererlangung der Selbstständigkeit und die Reintegration in den Alltag (Franz Weillbach, 2018, S. 131-136). Es wird davon ausgegangen, dass die Möglichkeit besteht, Strukturen und Funktionen im Gehirn umzuformen. Im Zentrum einer Rehabilitation steht somit die Wiedererlangung von motorischen Fertigkeiten. Besonders wichtig sind die Mobilität und Greiffunktion, da sie einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität sowie die soziale und berufliche Teilhabe der Schlaganfallbetroffenen haben. Ein zentraler Bestandteil der Rehabilitation ist die Versorgung der schlaganfallbetroffenen Person mit Hilfsmitteln wie Rollstühlen, Hilfen im Badezimmer oder Haushalt und Kommunikationshilfen. Auch im chronischen Stadium eines Schlaganfalls sind deutliche Fortschritte durch eine intensive Rehabilitation möglich und somit indiziert (ebd.). Es wird zwischen der frühen und der normalen Rehabilitation unterschieden (Hans Christoph Diener, 2002, S. 108). In der frühen Rehabilitation sind Schlaganfallbetroffene auf aufwendige Pflege und Rehabilitation angewiesen. In der normalen Rehabilitation können die Schlaganfallbetroffenen stationär, teilstationär oder ambulant behandelt werden (ebd.).

Die Physiotherapie ist in der Rehabilitation von Schlaganfallbetroffenen zentral (Kiechl, Lalouschek & Lang, 2014, S. 36-38). Sie erlernen dort Bewegungen, die für das Gehen, Sitzen und Stehen benötigt werden. Ebenfalls werden das Gleichgewicht und die Koordination trainiert. Spastiken (Erhöhung des Muskeltonus¹²) und Fehlbelastungen der Gelenke werden vermieden. Weiter wird in der Physiotherapie der korrekte Umgang mit Hilfsmitteln erlernt. In der Logopädie werden Sprech- und Schluckstörungen, sowie ein gestörter Atemrhythmus therapiert. Die Ergotherapie hat das Erlernen von Alltagstätigkeiten zum Ziel. Hier ist der Einsatz von Hilfsmitteln meist ebenfalls angezeigt. Neuropsychologische Therapien sind bei vielen Schlaganfallbetroffenen indiziert, da häufig Aufmerksamkeitsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Orientierungsstörungen und verminderte planerische Fähigkeiten auftreten. Professionelle der Sozialen Arbeit sind im gesamten Prozess der Rehabilitation wichtig. Sie organisieren Wesentliches, was die Schlaganfallbetroffenen nach dem Aufenthalt im Spital oder einer Rehabilitationsklinik benötigen. Angezeigt könnte beispielsweise ein Umbau der Wohnung oder die Organisation einer pflegerischen Unterstützung zu Hause sein (ebd.).

2.1.3 Psychologische Ebene eines Schlaganfalls

Andreas Kruse (1989) führte mit 60 Schlaganfallbetroffenen und deren Partnerinnen und Partnern eine Studie zu den psychosozialen Folgen eines Schlaganfalls im höheren Lebensalter durch (S. 201-204). Einige Resultate lassen sich auch auf jüngere Schlaganfallbetroffene ableiten. Das Selbstbild kann auf

¹² Friedhelm Henke, 2011, S. 168

die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Belastungen einwirken (Kruse, 1989, S. 201-204). Schlaganfallbetroffene, die vorwiegend negative Eigenschaften an sich sehen, haben häufiger Mühe mit der Auseinandersetzung ihrer Erkrankung. Neue Zukunftsaussichten können kaum gebildet werden. Folglich bemühen sich die Schlaganfallbetroffenen weniger um die Verbesserung ihrer Situation, die als nicht veränderbar wahrgenommen wird. Eine Depression kann entstehen (ebd.). Laut der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (2016) kommen Depressionen und Angststörungen bei rund jedem dritten Schlaganfallbetroffenen vor. Oft ist die Depression eine Reaktion auf die Auswirkungen des Schlaganfalls (Kiechl, Lalouschek & Lang, 2014, S. 25-26). Die Schlaganfallbetroffenen fühlen sich krank und unproduktiv. Zeitnahe Diagnose und Therapie sind entscheidend für die Rehabilitation und die Lebensqualität (ebd.).

Psychische Beeinträchtigungen oder Schädigungen im Gehirn der Schlaganfallbetroffenen können Auswirkungen auf das Verhalten gegenüber anderen Menschen haben (Michael, 2003, S. 35). Dabei sind verschiedene Veränderungen der Persönlichkeit zu beobachten. Die Schlaganfallbetroffenen können vermehrt aggressives Verhalten, einen Kontrollverlust über Weinen und Lachen, einen verminderten Antrieb sowie Gleichgültigkeit oder eine Verstärkung der vorhandenen Persönlichkeitsmerkmale zeigen (ebd.). Ebenfalls können sie sehr fordernd wirken (Kiechl, Lalouschek & Lang, 2014, S. 26-27). Schlaganfallbetroffene können ihre Gefühle, ob negativ oder positiv, schlechter kontrollieren. Emotionale Veränderungen wie plötzlich auftretender Ärger, Trauer oder Heiterkeit sind ebenfalls oft zu beobachten (ebd.). Die genannten Persönlichkeitsveränderungen können die bestehenden sozialen Beziehungen gefährden. Eine Behandlung mit Medikamenten und/oder eine Verhaltenstherapie ist deshalb nötig (Michael, 2003, S. 35).

Schlaganfallbetroffene hadern oft mit unterschiedlichen psychischen Auswirkungen (Michael, 2003, S. 44-47). Die Angst vor einem erneuten Schlaganfall begleitet sie häufig über einen längeren Zeitraum. Mit der Einnahme von Medikamenten, der Verringerung von Risikofaktoren, einer Umstellung der Lebensgewohnheiten und der Vermeidung von Stress kann das Risiko eines erneuten Schlaganfalls jedoch minimiert werden. Wegen der zusätzlichen Belastung für die Partnerinnen und Partner fühlen sich die Schlaganfallbetroffenen schuldig. Ebenfalls kann es vorkommen, dass Schlaganfallbetroffene sowie Partnerinnen und Partner beispielsweise einer Ärztin oder einem Arzt Schuldzuweisungen machen. Zudem treten oft auch Schamgefühle aufgrund der Hilflosigkeit und den Einschränkungen bei den Schlaganfallbetroffenen auf (ebd.).

Kruse (1989) fand zudem in seiner Studie heraus, dass es für die Auseinandersetzung mit der Erkrankung unmittelbar nach Krankheitsbeginn vier Techniken gibt (S. 214). Es sind dies die aktive Bewältigung der Situation, die Verleugnung der Schwere der Erkrankung, die Pflege der sozialen Kontakte und

die Reaktion mit Niedergeschlagenheit (Kruse, 1989, S. 214). Nach langer Krankheitsdauer verändert sich die Auseinandersetzung damit (ebd., 215-216). Einige Schlaganfallbetroffene zeigen dann einen leistungsbezogenen, andere einen akzeptierenden Bewältigungsstil, bei dem sich die Einstellungen verändern. Wieder andere haben einen resignativen Bewältigungsstil, der sich in einem niedrig werdenden Engagement zeigt. Die letzte Gruppe zeigt den hadernden Bewältigungsstil. Dabei sind Aggressionen gegen sich und andere gerichtet (ebd.).

2.1.4 Soziale Ebene eines Schlaganfalls

Kruse (1989) stellt fest, dass sich die Schlaganfallbetroffenen und deren Partnerinnen und Partner oft sozial isolieren (S. 216-218). Dies kann schlimmstenfalls in der Einsamkeit münden, was sich wiederum negativ auf die psychische Gesundheit der Schlaganfallbetroffenen auswirkt (Michael, 2003, S. 61). Daraus kann eine depressive Verstimmung folgen (ebd.). Kruse (1989) erkennt zwei Gründe für die soziale Isolation von chronisch kranken Menschen (S. 205). Dies ist zum einen, weil das Umfeld dem Betroffenen vermehrt ausweicht und zum anderen, weil auch der Betroffene selbst unsicher im Umgang mit anderen Menschen ist und sich somit selbst zurückzieht. In der Folge können die Schlaganfallbetroffenen die Pflege und Neufindung von Beziehungen verlernen (ebd.). Für die Genesung ist das soziale Netzwerk für die Schlaganfallbetroffenen jedoch von besonderer Wichtigkeit (Kiechl, Laluschek & Lang, 2014, S. 29).

Sibylle Friedrich (2012) führt das soziale Netzwerk aus und definiert die Bereiche Familie, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte, Nachbarinnen und Nachbarn, Arbeit und Schule, Helfer und Helferinnen und sonstige Dienstleistungen als Netzwerke (S. 123). Insbesondere im Bereich Arbeit und Schule sind einschneidende Veränderungen beobachtbar. Häufig verliert eine betroffene Person nach dem Schlaganfall die bisherige berufliche Tätigkeit (Michael, 2003, S. 52). Der Beruf ist nicht nur aus finanziellen Gründen, sondern vor allem auch wegen den sozialen Beziehungen und den positiven Rückmeldungen, die zur Selbstbestätigung führen, für viele Menschen besonders wichtig. Ebenfalls ist der Beruf für die Position in einer Gesellschaft zentral (ebd.).

Neben den genannten Gründen kann der Verlust der Arbeit zu einer Veränderung der Rollen innerhalb der Partnerschaft führen (Michael, 2003, S. 58). Häufig erleben die Schlaganfallbetroffenen einen Verlust ihrer vorherigen Rollen, was sich wiederum negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirken kann. Schuldgefühle, Verlust von Selbstwertgefühl sowie ein nicht mehr gleichwertig und unnützlich Fühlen auf Seite der Betroffenen können folgen. Diese Gefühle wiederum können schlimmstenfalls zu einer Depression führen (ebd.). Es ist deshalb besonders wichtig, dass an einer neuen Rolle für die Schlaganfallbetroffenen gearbeitet wird (Kiechl, Laluschek & Lang, 2014, S. 75-78). Hilfreich kann dabei das Setzen von realistischen und sinnvollen Zielen sein, die kurzfristig erreicht werden können.

Ebenfalls sollten Erfolge festgehalten und soziale Kontakte gepflegt werden (Kiechl, Lalouschek & Lang, 2014, S. 75-78). Weiter wird empfohlen, in einer Selbsthilfegruppe für Schlaganfallbetroffene teilzunehmen und professionelle Hilfe aufzusuchen (ebd.). Die Veränderungen der Sexualität, die nach einem Schlaganfall ebenfalls zu beobachten sind, werden im folgenden Unterkapitel 2.2 «Partnerschaft und Krankheit» aufgegriffen.

Abschliessend lässt sich feststellen, dass eine biologische, psychologische und soziale Betrachtung der Probleme sehr wichtig ist. Nach einem Schlaganfall sind Schwierigkeiten auf allen drei Ebenen zu erkennen und folglich auch zu behandeln. Relevant für die vorliegende Arbeit sind insbesondere die psychische und soziale Ebene, weil Partnerinnen und Partner in diesen beiden Bereichen selbst Folgen vom Schlaganfall spüren und gegebenenfalls Unterstützung durch die Soziale Arbeit oder die Psychologie beanspruchen. Wie in diesem Kapitel einleitend erwähnt, dient nun dieses Wissen als Basis für das folgende Unterkapitel 2.2 «Partnerschaft und Krankheit». Dort werden vorab chronische Krankheiten und ihre Auswirkungen auf die Partnerschaft beschrieben und anschliessend wird spezifisch auf den Schlaganfall eingegangen.

2.2 Partnerschaft und Krankheit

Im ersten Kapitel «Einleitung» wurden bereits einige Auswirkungen eines Schlaganfalls auf Partnerinnen und Partner beschrieben. Dieses Unterkapitel geht vertieft der Frage nach, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Partnerschaft haben kann. Hierfür wurden verschiedene Untersuchungen miteinander verglichen.

Bis jetzt existieren im deutschsprachigen Raum keine aktuellen Untersuchungen, welche sich mit den Auswirkungen eines Schlaganfalls auf die Partnerschaft befassen. Eine Studie aus dem Jahr 2003, auf welche anschliessend näher eingegangen wird, befasst sich mit den Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnerinnen und Ehepartnern von Schlaganfallbetroffenen. Wiederholt wurden zudem die Einflüsse von chronischen Erkrankungen auf die Paarbeziehung erforscht. Chronische Krankheiten zeichnen sich gemäss Astrid Austerer und Oliver Radinger (2018) dadurch aus, dass sie langfristig, umfassend und zumeist irreversibel sind (S. 18). Sie können sich bei Betroffenen sowie deren Angehörige aufgrund ihrer körperlichen, sozialen und psychischen Beeinträchtigung auf viele Lebensbedingungen auswirken. Dieser Umstand erfordert in zahlreichen Fällen Pflege und Betreuung (ebd.). Aus genannter Definition lässt sich schliessen, dass die langfristigen Folgen eines Schlaganfalls mit denen einer chronischen Erkrankung vergleichbar sind. Mangels Forschungsergebnissen im Bereich des Schlaganfalls haben wir verschiedene chronische Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Partnerschaft miteinander verglichen.

Nachfolgend werden die Auswirkungen auf die Partnerschaft bei einer chronischen Erkrankung näher erläutert. Anschliessend wird auf die Untersuchung mit Ehepartnerinnen und Ehepartnern von Schlaganfallbetroffenen eingegangen und letztlich werden Empfehlungen von Fragile Suisse zum Thema Hirnverletzungen und Partnerschaft dargelegt.

2.2.1 Partnerschaft und chronische Krankheiten

Katrin Werwick (2012) untersuchte unter anderem die Auswirkungen auf eine Partnerschaft bei Personen mit einer chronischen Darmerkrankung. Gemäss Werwick (2012) haben chronische Erkrankungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit Auswirkungen auf die Beziehung und können zu einer harten Belastungsprobe für die Partnerin oder den Partner werden (S. 156). Insbesondere bei jüngeren Betroffenen kann das Auftreten von chronischen Krankheiten grosse seelische Belastungen hervorrufen, weil ihre bisherige Lebensplanung auf den Kopf gestellt wird, während ältere Menschen mehr Routine im Umgang mit ungeplanten Ereignissen haben (ebd., S. 133).

Christine Schönberger und Ernst von Kardorff (2004), welche sich in ihren Forschungen den Angehörigen von krebserkrankten Menschen annahmen, äussern, dass hinter fast jedem chronisch kranken Menschen kompetente und hilfreiche, jedoch auch erschöpfte und überforderte Angehörige stehen (S. 9). Sie übernehmen eine Vielzahl von Aufgaben, geben emotionalen Rückhalt, informieren und organisieren, ohne dabei auf sich selbst zu achten (ebd.). Partnerinnen und Partner übernehmen laut Schönberger und von Kardorff Aufgaben, die ihren bisherigen Rollen widersprechen und sich langfristig auf die Partnerschaft auswirken können (ebd., S. 14). Im Vergleich zum Akutspital fühlten sich Partnerinnen und Partner in der stationären Rehabilitation besser aufgenommen. Fühlten sie sich zuvor allein gelassen, wurde später auf ihre Anliegen eingegangen. Bemängelt wurden in der Zeit nach der Rehabilitation die mangelnden Beratungsangebote, insbesondere im ländlichen Raum (ebd., S. 208). Zudem wurden Hinweise im Umgang mit den betroffenen Personen, sowie weiterführende Informationen grösstenteils vermisst (ebd., S. 213). Angehörige sind vielfach gezwungen, ihre Bedürfnisse zurückzustellen und eigene Pläne zu revidieren (ebd., S. 29). Obwohl das Paar die Krankheit gemeinsam bewältigt, liegt die Hauptlast auf den Schultern der gesunden Partnerin oder des gesunden Partners. Die Aufgabenteilung ist asymmetrisch, auch wenn sie oft anders erlebt wird (ebd.).

Des Weiteren beschreiben Schönberger und von Kardorff (2004) geschlechterspezifische Unterschiede im Umgang mit chronischen Erkrankungen (S. 224). So leisten Frauen gemäss Lea Baider und Jürgen Bengel als Angehörige deutlich mehr Gesundheitsarbeit und ihr Handeln ist mit besonders hohen Erwartungen verbunden (Baider & Bengel, 2003; zit. in Schönberger & von Kardorff, 2004, S. 224). Trotz ihrer sensibleren Selbstwahrnehmung holen sich Frauen vergleichsweise weniger externe Hilfe als Männer und es fällt ihnen schwer, auf sich selbst zu achten (Schönberger & von Kardorff, 2004, S. 224).

2.2.2 Partnerschaft und Hirnverletzungen

Wie einleitend erwähnt, veröffentlichten im Jahr 2003 in Deutschland Jungbauer, von Cramon und Wilz (2003) eine Studie zu den langfristigen Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnerinnen und Ehepartnern von Schlaganfallbetroffenen (S. 1113). Die Teilnehmenden der Studie beschrieben den Schlaganfall als tiefen biografischen Einschnitt. Insbesondere die Phase nach dem Schlaganfall, in welchem sich die betroffene Person im Akutspital oder in einer Rehabilitationsklinik aufhält, wurde als ausserordentlich belastende Zeit wahrgenommen (ebd.). Weiter erläutert die Studie, dass sich Paarbeziehungen durch bleibende Behinderungen und Wesensveränderungen der betroffenen Person stark verändern (ebd., S. 1114). Dennoch weisen die Interviewten eine mögliche Trennung von sich. Insgesamt wird die veränderte Qualität der Beziehung als besonders schmerzliche Folge des Schlaganfalls empfunden. Die Ergebnisse stellen weiter dar, dass die Verantwortungen in der Beziehung neu organisiert werden müssen, was letztlich zu einer Rollenverschiebung in der Partnerschaft führt (ebd.). Für betroffene Personen, welche dauerhaft auf Hilfe angewiesen sind, wird eine Neudefinition der Paarbeziehung notwendig (ebd., S. 1115).

Fragile Suisse (2014) beschreibt in ihrer Broschüre «Hirnverletzung – eine Familienangelegenheit» die Auswirkungen von Hirnverletzungen auf eine Partnerschaft (S. 44). Es wird allgemein auf Hirnverletzungen und mitunter auf den Schlaganfall eingegangen. Fragile Suisse führt aus, dass sich die Paarbeziehung durch die Folgen der Hirnverletzung, wie auch durch die örtliche Trennung während des Klinikaufenthalts verändern kann. Es handelt sich um eine neue Situation, auf die kaum jemand vorbereitet war und sich das Paar erstmals einstellen muss. Gemäss der Organisation sind sich betroffene Personen meist nicht bewusst, dass sie viel Unterstützung und Verständnis benötigen. Diese ungewohnte Situation kann dazu führen, dass sich die Gefühle der Partnerin oder des Partners gegenüber der betroffenen Person verändern. Die partnerschaftliche Liebe kann sich in eine Zuneigung, ähnlich einer Freundschaft, wandeln. Fragile Suisse rät, solche Gefühle zu akzeptieren, damit gelernt werden kann, mit diesen umzugehen (ebd.).

Eine Hirnverletzung kann nebst körperlichen Beeinträchtigungen auch unsichtbare Behinderungen mit sich bringen (Fragile Suisse, 2014, S. 45). Sprachliche Schwierigkeiten und ausgeprägte Gefühlsschwankungen sind nur Teil einer Vielzahl von möglichen Einschränkungen (ebd., S. 46). Das emotionale Befinden kann unmittelbar von fröhlich und lustig in Frustration und Traurigkeit wechseln. Um solche Verhaltensweisen besser zu verstehen, empfiehlt Fragile Suisse Partnerinnen und Partnern eine Beratung, in welcher mögliche Schwierigkeiten angesprochen werden können (ebd., S. 51). Nebst den genannten Veränderungen kann auch die Sexualität nach einer Hirnverletzung eingeschränkt sein (ebd., S. 47). Antriebslosigkeit und Müdigkeit können dazu führen, dass das Bedürfnis nach Sexualität bei den betroffenen Personen vermindert oder gar nicht mehr vorhanden ist (ebd.).

Die Schweizerische Herzstiftung (2017) fügt an, dass die Sexualität für Betroffene häufig ein heikles Thema ist, weil sie sich nicht mehr attraktiv fühlen oder Angst haben, sexuell weniger leistungsfähig zu sein als vor dem Schlaganfall (S. 54). Fragile Suisse (2014) rät Partnerinnen und Partnern ihre Bedürfnisse offen anzusprechen und sich ausreichend Zeit zu geben, um mit der neuen Situation umzugehen (S. 48). Zudem kann bei vielen Themen hilfreich sein, professionelle Hilfe bei einer Fachstelle oder in einer Paartherapie aufzusuchen (ebd.).

Abschliessend lässt sich sagen, dass länger dauernde Erkrankungen, seien es die Folgen eines Schlaganfalls oder einer chronischen Erkrankung, eine Belastung für die Partnerschaft darstellen. Veränderte Aufgabenverteilungen und Einschränkungen der betroffenen Person führen dazu, dass die gesunde Partnerin oder der gesunde Partner häufig zahlreiche Aufgaben übernimmt und sich für die erkrankte Person verantwortlich fühlt. Dies führt langfristig zu Rollenveränderungen in der Partnerschaft, was sich letztlich auf die Gefühle gegenüber der Partnerin oder des Partners auswirken kann.

In diesem Kapitel wurde in einem ersten Schritt der Schlaganfall definiert und die biologischen, psychologischen und sozialen Folgen für die Betroffenen aufgezeigt. In einem zweiten Schritt wurde erläutert, welche Auswirkungen chronischen Krankheiten auf die Partnerschaft haben können und es wurde speziell auf den Schlaganfall eingegangen. Das soziale Problem wird sichtbar, weil die Auswirkungen für die Partnerschaft eine Belastung darstellen und dadurch auch die Partnerinnen und Partner als Individuen betroffen sind. Sie sind deshalb auf die Unterstützung durch die Soziale Arbeit angewiesen. Im nächsten Kapitel «Bezugsrahmen» wird deswegen Fachwissen der Sozialen Arbeit beschrieben.

3 Bezugsrahmen

Im nachfolgenden Kapitel werden Bezüge zu relevanten Theorien der Sozialen Arbeit und weiteren Bezugsdisziplinen hergestellt, die für die Interpretation der Forschungsergebnisse und die Empfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit relevant sind. Zuerst werden der Ursprung und die Arbeitsweise sowie verschiedene Theorien der Sozialen Arbeit erläutert, anschliessend wird die Theorie der Salutogenese dargestellt.

3.1 Ursprung und Aufgaben der Sozialen Arbeit

Den Ursprung der Sozialen Arbeit ist auf den gesellschaftlichen Wandel zurückzuführen (Johannes Schilling & Sebastian Klus, 2018, S. 20). Zunehmend kümmerten sich nicht mehr die Institutionen wie die Grossfamilie, das Dorf, etc. um die Armutsbetroffenen. Eine öffentliche Fürsorge wurde deshalb notwendig (ebd.). Früher wurde noch nicht zwischen der Hilfe für Erwachsene (Sozialarbeit) und der Hilfe für Kinder und Jugendliche (Sozialpädagogik) unterschieden (ebd., S. 48-49). Somit weisen die Sozialpädagogik und die Sozialarbeit dieselben geschichtlichen Wurzeln auf. Später entwickelten sich diese beiden Stränge für eine gewisse Zeit auseinander, bevor sie nach dem zweiten Weltkrieg wieder zusammengefloßen sind. Heute spricht man zwar immer noch von Sozialarbeit und Sozialpädagogik, aber zunehmend nur noch von Sozialer Arbeit (ebd.).

Die Definition der Sozialen Arbeit von der International Federation of Social Workers (IFSW) wird von AvenirSocial (2015) wie folgt übersetzt:

Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und der Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf das Erfahrungswissen des beruflichen Kontextes. Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden. (S. 1)

Der Berufskodex für die Soziale Arbeit Schweiz wurde letztmalig am 25. Juni 2010 verabschiedet (AvenirSocial, 2010, S. 2). Er bezieht sich dabei unter anderem auf die Prinzipien des IFSW aus dem Jahr 2004, die allgemeine Erklärung der Menschenrechte und die Bundesverfassung (ebd., S. 5). In Art. 12 BV wird allen Menschen das Recht auf Hilfe in Notlagen zugesichert. Weiter werden in der Bundesverfassung die Sozialziele definiert. Gemäss Art. 41 BV Abs. 1 lit. a wird allen Menschen das Recht auf die

Teilhabe an der sozialen Sicherheit zugesprochen. Die Soziale Arbeit hilft ihren Klientinnen und Klienten, diese Ressourcen zu erschliessen und mischt sich dabei aktiv im Interesse der Klientel ein (Schilling & Klus, 2018, S. 68). Bei der Ressourcenerschliessung orientiert sich die Soziale Arbeit an der Lebenswelt ihrer Klientinnen und Klienten (ebd.). Grundsätzlich setzt sich die Soziale Arbeit für die bedingungslose Einlösung der Menschen- und Sozialrechte ein (AvenirSocial, 2010, S. 8). Dabei orientiert sie sich an folgenden Grundsätzen (ebd.):

- **Gleichbehandlung:** Die Menschenrechte werden allen Menschen, unabhängig von ihrer Leistung, ihres Verhaltens, etc., gewährt (ebd.).
- **Selbstbestimmung:** Die Menschen treffen Entscheidungen, welche ihr Wohlbefinden betreffen, selbständig (ebd.).
- **Partizipation:** Die Menschen werden in Prozesse miteinbezogen, damit sie ihre soziale Teilhabe und ihre Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit realisieren können (ebd., S. 9).
- **Integration:** Um das Menschensein zu verwirklichen, müssen die physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Ebenso ist der natürlichen, sozialen und kulturellen Umwelt Beachtung zu schenken (ebd.).
- **Ermächtigung:** Individuen oder Gruppen müssen befähigt werden, ihre Stärken entwickeln zu können und ihre Rechte wahrzunehmen, damit sie autonom an der Sozialstruktur mitwirken können (ebd.).

Schilling und Klus (2018) führen aus, dass die Soziale Arbeit als wissenschaftliche Disziplin gilt (S. 193). Die Soziale Arbeit formuliert Ziele und wählt geeignete Methoden, um diese zu erreichen. Aufgrund der vorhandenen Methodenvielfalt ist es möglich, komplexe Problemstellungen aus unterschiedlichen Sichtweisen zu beleuchten. Die Ziele und Methoden werden stets evaluiert, um der wissenschaftlichen Disziplin gerecht zu werden (ebd.). Die Soziale Arbeit ist auch als interdisziplinäre Profession zu bezeichnen. Die Fachpersonen handeln kooperativ, um Probleme transdisziplinär zu analysieren und zu bearbeiten (AvenirSocial, 2010, S. 13). Wie bereits oben erwähnt, handelt die Soziale Arbeit lebensweltorientiert (Schilling & Klus, 2018, S. 68). Nebst der Lebensweltorientierung, stellt die Niederschwelligkeit ein weiteres charakteristisches Merkmal der Sozialen Arbeit dar. Hemma Mayrhofer (2012) führt aus, dass niederschwellige Hilfsangebote bzw. -massnahmen niedrige Anforderungen an ihre Adressatinnen und Adressaten richten, um zur angebotenen Hilfe Zugang zu erhalten und diese in Anspruch nehmen zu können (S. 147). Als besonders niederschwellig gelten die Angebote, bei welchen die Klientinnen und Klienten von Sozialarbeitenden in ihrer Lebenswelt aufgesucht werden (aufsuchende Sozialarbeit) (ebd., S. 164). Da sich die vorliegende Bachelor-Arbeit auf die Unterstützung von Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen in der Beratung fokussiert, wird folgend die Sozialberatung näher beleuchtet.

3.1.1 Sozialberatung

Die Sozialberatung wird anhand des folgenden Modells beschrieben (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Weber & Kunz, 2012, S. 12)

Esther Weber und Daniel Kunz (2012) zeigen mit diesem Modell auf, dass sich die Sozialberatung im Spannungsfeld zwischen Freiwilligkeit und gesetzlichen Massnahmen beziehungsweise zwischen materiellen und psychosozialen Problemen befindet (S. 12). Sie beschreiben die vier unterschiedlichen Beratungsfunktionen wie folgt:

- **Information/Service:** In dieser Beratungsfunktion gilt es, den Klientinnen und Klienten Sachinformationen zu erteilen, welche für die Problemlösung relevant sind (ebd., S. 13). Zudem werden konkrete materielle Hilfen erschlossen, wie beispielsweise Leistungen der Arbeitslosenversicherung (ebd.).
- **Veränderung/Entwicklung:** Bei diesem Beratungsprozess wird die Möglichkeit geschaffen, dass Klientinnen und Klienten ihre Probleme besser verstehen und für sich neue Möglichkeiten erschliessen, um ihre Probleme zu lösen. Ein mögliches Thema könnte beispielsweise die Gestaltung eines konfliktärmeren Zusammenlebens in der Familie sein (ebd., S. 13-14).
- **Schutz/Kontrolle/Fürsorge:** Gesetzliche Bestimmungen und Massnahmen bilden die Grundlage für diesen Beratungsprozess (ebd., S. 14). Sozialarbeitende haben dabei einerseits den gesetzlichen Auftrag Unterstützung zu leisten, andererseits nehmen sie eine Kontrollfunktion bezüglich gesellschaftlicher Normen wahr. Als Beispiel gelten hier Institutionen wie die wirtschaftliche Sozialhilfe oder der Erwachsenenschutz (ebd.). Ziel ist es, die Klientinnen und Klienten für die Kooperation zu gewinnen und dadurch den Kontroll- oder Schutzauftrag in einen Hilfe- und Unterstützungskontext zu verändern (ebd., S. 15).

- **Stabilisierung/Betreuung/Begleitung:** In dieser Beratungsfunktion gilt es, Klientinnen und Klienten in ihrer Situation zu stabilisieren, zu betreuen und zu begleiten. Dabei werden Hilfen in der Lebenswelt, unter Einhaltung der grösstmöglichen Selbständigkeit und Menschenwürde, erschlossen. Ein mögliches Beispiel sind geschützte Wohn- und Arbeitsformen. Es werden auch gemeinsam Strategien erarbeitet, wenn das Problem nicht mehr veränderbar ist (Weber & Kunz, 2012, S. 15).

Die Unterstützung der Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen kann bei den Beratungsfunktionen «Information/Service» und «Veränderung/Entwicklung» verortet werden. Aus der dargestellten Abbildung 2 wird ersichtlich, dass die Beratung somit im freiwilligen Kontext stattfindet.

3.2 Theorien der Sozialen Arbeit

In diesem Unterkapitel werden Aspekte der Klinischen Sozialarbeit, der Krisenintervention und der systemischen Beratung beschrieben.

3.2.1 Klinische Sozialarbeit

Die Unterstützung von Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen ist der Klinischen Sozialarbeit zuzuordnen. Mit dem Begriff Klinische Sozialarbeit ist die direkt beratende und behandelnde Tätigkeit gemeint, unabhängig davon, ob diese in Praxen, Kliniken, ambulanten Beratungsstellen, Tageseinrichtungen, Langzeiteinrichtungen oder Ähnlichem stattfindet (Helmut Pauls, 2013, S. 16). Ziel der Beratung und Behandlung ist die Förderung, Verbesserung und Erhaltung der psychosozialen Funktion von Individuen und Gruppen (ebd.). Die Klinische Sozialarbeit setzt sich für individuelle Hilfe und für die Änderung der Lebensbedingungen ein (ebd., S. 19-20). Zur Klientel gehören unter anderem psychisch erkrankte Menschen, chronisch körperlich erkrankte Menschen oder Menschen mit einer Behinderung (ebd., S. 17). Die Unterstützungen für die Klientel sind vielfältig. Beispielsweise gehören die psychosoziale Beratung, die Krisenintervention oder die aktive Hilfe mit lebensweltorientierter Ressourcenaktivierung dazu (ebd.). Die Klinische Sozialarbeit unterstützt bei (ebd., S. 178):

- Behandlungen von Krankheiten in allen Bereichen der Psychiatrie sowie in Fach- und Akutspitälern
- Massnahmen zur beruflichen Anpassung und Förderung im Rahmen der Rehabilitation
- Erziehungs-, Familien- und Partnerschaftsprobleme, welche Folgen von seelischen oder körperlichen Erkrankungen sein können
- Präventionsprogramme
- Lebensprobleme und Reifungskrisen
- psychosoziale Probleme
- Konzepte, die auch die Lebenswelt vom Individuum miteinbeziehen

Weiter führt Pauls (2013) aus, dass die Arbeit mit den Angehörigen einen wichtigen Bestandteil der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie darstellt (S. 339). Wir gehen davon aus, dass diese Tatsache auch auf die Schlaganfallbetroffenen übertragbar ist. Zur psycho-sozialen Angehörigenarbeit gehören beispielsweise die Hilfe bei der Lebensgestaltung, das Anbieten von Angehörigengruppen oder die Herstellung von unterstützenden Netzwerken (Pauls, 2013, S. 342). Die nachfolgende Methode stellt eine geeignete Möglichkeit dar, die sozialen Netzwerke von Partnerinnen und Partnern zu stärken. Sibylle Friedrich (2012) beschreibt verschiedene Methoden zur Netzwerkanalyse, die in der Beratung angewendet werden können (S. 67-72). Besonders hilfreich, um aufzuzeigen, welche Personen zum Netzwerk von Partnerinnen und Partnern gehören, ist die Netzwerkkarte. Verschiedene Lebensbereiche werden dabei abgebildet. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, Konflikte mit Personen aus dem Netzwerk darzustellen. Beim Ausfüllen der Netzwerkkarte ist zu beachten, dass dies die Partnerin oder der Partner falls möglich selbstständig macht. Ergänzend dazu eignet sich die Gestaltung einer Unterstützungskarte. Dabei werden emotionale Alltagsunterstützungen, emotionale Krisenunterstützungen, praktische Alltagsunterstützungen und praktische Krisenunterstützungen dargestellt. Dabei wird ein besonderer Fokus auf die Reziprozität der Unterstützung gelegt. Reziprozität bedeutet, dass in einer Beziehung gegeben und genommen wird. Diese Beziehungen sind besonders wertvoll, weil das Annehmen von Unterstützung leichter fällt, wenn etwas Gleichwertiges zurückgeben werden kann (ebd.).

Pauls (2013) erarbeitet ein praxisnahes Konzept klinischer Fallarbeit für Einzelfallarbeit, Gemeinwesenarbeit sowie Familien- und Netzwerkarbeit (S. 370). Wir schliessen daraus, dass dieses Konzept einerseits für die Schlaganfallbetroffenen, andererseits auch für die Partnerinnen und Partner anwendbar ist. Pauls (2013) betont, dass die Umsetzung dieses Konzeptes auf Kooperation und Interdisziplinarität beruht. Es enthält neun Elemente (S. 370):

1. Kontakt und Beziehung eingehen
2. Aufbau eines strukturgebenden Behandlungssettings, Involvierung, Diagnostik und gegebenenfalls Krisenintervention
3. Kompetenzförderung und Ressourcenaktivierung
4. Aktive Hilfen geben, erste Erfolge erreichen
5. Ermöglichung emotionaler Entlastung im Rahmen der helfenden Beziehung
6. Würde achten und Selbstwert fördern; Respekt
7. Verstehend-erklärender Umgang mit Symptomen
8. Aktivierung und Rücknahme sozialer Unterstützung
9. Ablösung

Kontakt und Beziehung eingehen

Der Beziehungsaufbau in der Klinischen Sozialarbeit kann schwierig sein, weil Klientinnen und Klienten aufgrund ihrer chronisch schwierigen Lebensbedingungen oft keine Zuversicht auf eine Verbesserung mehr haben (Pauls, 2013, S. 370-371). Fachpersonen sollten grundsätzlich aktiv handeln. Wichtig für den Veränderungsprozess ist eine warme, aktive Haltung und Anteilnahme (ebd.). Diese Bemühungen sind nicht nur in der Anfangsphase, sondern während des gesamten Prozesses nötig (ebd., S. 372.).

Aufbau eines strukturgebenden Behandlungssettings, Involvierung, Diagnostik und gegebenenfalls Krisenintervention

Klientinnen und Klienten sollten umgehend vor weiteren Traumatisierungen und existenziellen Vernachlässigungen geschützt werden (ebd., S. 373). Oft ist dafür eine Krisenintervention notwendig. Anschließend wird die Beratung auf den Ausgleich der erlittenen Mängel, die Revidierung der erfahrenen Traumata und die grundlegende Förderung der Klientinnen und Klienten ausgerichtet (ebd.).

Kompetenzförderung und Ressourcenaktivierung

Gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten arbeiten die Fachpersonen Ziele aus, welche konkret erlebbar und anschaulich sind (ebd., S. 375). Somit besteht die Chance, dass die Klientinnen und Klienten erkennen, dass sie sich bisher ihren Problemen ausgeliefert fühlten, und gewisse Lösungsmöglichkeiten gar nicht in Betracht gezogen hatten. Dabei ist es sehr wichtig, dass die Aufmerksamkeit auf solche Situationen gelenkt wird, in welchen die Probleme nicht aufgetreten sind, sich die Klientinnen und Klienten besser fühlten oder in denen sie eine aktive Bewältigungsstrategie einsetzten (ebd.).

Aktive Hilfen geben, erste Erfolge erreichen

Unter aktiver Hilfe wird hier die aktive Anleitung zur Problemlinderung und -lösung verstanden, wie beispielsweise die Anleitung zur Freizeitgestaltung oder die Entwicklung von sinnvollen Tagesablaufstrukturen (ebd., S. 376).

Ermöglichung emotionaler Entlastung im Rahmen der helfenden Beziehung

Dieser Punkt ist einerseits besonders wichtig, andererseits besonders schwierig (ebd., S. 376). An diesem Punkt wird häufig über den Erfolg oder Misserfolg der Arbeitsbeziehung entschieden. Klientinnen und Klienten der Klinischen Sozialarbeit sind oft „am Ende“ und haben kränkende Erfahrungen des Scheiterns hinter sich. Sie benötigen echtes Engagement, Authentizität und Zuwendung (ebd.). Die Fachperson verzichtet dabei auf eigene Bewertungsmuster und schafft Raum für die extremen emotionalen Belastungen der Klientinnen und Klienten (ebd., S. 377).

Würde achten und Selbstwert fördern; Respekt

Die Fachperson würdigt das Selbsthilfepotenzial, die Ressourcen und die Fähigkeiten von Klientinnen und Klienten (Pauls, 2013, S. 380). Auch werden Aspekte gewürdigt, welche scheinbar negativ auffallen, für die Klientinnen und Klienten aber lebenssichernde Bewältigungsmuster darstellen. Bei der Interventionsplanung, der Zielbestimmung und später bei der Zielerreichungsanalyse sind die Klientinnen und Klienten ernst zu nehmen. Wann immer möglich ist ihr Beitrag miteinzubeziehen (ebd.).

Verstehend-erklärender Umgang mit Symptomen

Beim Reframing werden bisherige Probleme umgedeutet (ebd., S. 380). Es geht darum, die Funktionen ihrer Symptomatik und ihrer Verhaltensweisen verstehbar zu machen und nach besseren Lösungen zu suchen. Dieses Vorgehen führt bei den Klientinnen und Klienten zu einer anderen Selbstwahrnehmung und bei den Angehörigen zu einer veränderten Wahrnehmung der Symptome. Auch der Umgang miteinander kann dadurch verändert werden (ebd.).

Aktivierung und Rücknahme sozialer Unterstützung

Die Soziale Unterstützung wird einerseits im sozialen Nahraum der Klientinnen und Klienten, andererseits durch die Vernetzung von anderen professionellen Institutionen erschlossen (ebd., S. 381). Zum sozialen Nahraum gehören beispielsweise Familienmitglieder, Nachbarinnen und Nachbarn oder Lehrpersonen. Amtliche Beratungsstellen, Tageskliniken oder das Jugendamt zählen zu den professionellen Institutionen. Die professionelle Unterstützung sollte zu einem späteren Zeitpunkt, nach hinreichender Stabilisierung, schrittweise reduziert und dann eingestellt werden (ebd.).

Ablösung

Die Abschlussphase wird ausdrücklich und aktiv mit den Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörigen geplant (ebd., S. 382).

Wie im zweiten Punkt des Konzepts beschrieben, kann gegebenenfalls eine Krisenintervention angezeigt sein. Sie wird nachfolgend näher erläutert.

3.2.2 Krisenintervention

Folgender Abschnitt beschreibt die traumatische Krise sowie Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in Krisensituationen.

Laut Hans Smoliner (ohne Datum) kann eine traumatische Krise durch plötzliche, meist unvorhergesehene Schicksalsschläge, wie beispielsweise die Erkrankung einer nahestehenden Person, ausgelöst werden (S. 1). In Anlehnung an diese Beschreibung kann davon ausgegangen werden, dass sich

Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen nach dem Ereignis des Schlaganfalls in einem krisenähnlichen Zustand befinden können, welcher eine entsprechende Intervention der Fachperson voraussetzt.

Gemäss Weber und Kunz (2012) geht sowohl das humanistische als auch das systemische Menschenbild davon aus, dass der Mensch durch Regulierungsprozesse bestimmte Schwierigkeiten selbständig bewältigen kann (S. 80). Von einer Krise ist dann die Rede, wenn der Mensch durch biologische und/oder psychosoziale Belastungen aus dem Gleichgewicht geraten ist und mit den gewohnten Bewältigungsstrategien keine Balance hergestellt werden kann (ebd.).

Cullberg teilt die traumatische Krise in vier Stadien ein (Johann Cullberg, 1978; zit. in Christian Reimer, Jochen Eckert, Martin Hautzinger & Eberhard Wilke, 2000, S. 620). Auf ein traumatisches Ereignis wird schockartig (1. Stadium) reagiert. Die Reaktion (2. Stadium) darauf kann Angst, Flucht oder Depressivität sein. Mit einem gewissen zeitlichen Abstand folgt die Bearbeitung (3. Stadium), wobei die Person versucht, sich mit dem Auslöser zu befassen. In der Neuorientierung (4. Stadium) kommt es letztlich zu einer Distanzierung von der Krise (ebd.).

Für Professionelle der Sozialen Arbeit geht es in der Krisenintervention gemäss Weber und Kunz (2012) in erster Linie darum, den Betroffenen zu helfen, den momentanen Zustand der Überforderung, der Hilflosigkeit, der Hoffnungslosigkeit und der Desorientierung zu überwinden (S. 81-82). Deshalb ist in der Beratung laut Weber und Kunz sinnvoll, sich folgenden Grundsätzen bewusst zu sein (ebd.):

- **Zeitliche Begrenzung:** Die reine Krisenintervention sollte in vier, spätestens sechs Wochen abgeschlossen sein.
- **Fokus auf Bewältigung der Krise:** Obwohl bei vielen Interventionen offensichtlich ist, dass langfristige Unterstützung notwendig ist, gehören diese Themen nicht in die Krisenintervention.
- **Aktive Haltung und direktives Arbeiten:** In Kriseninterventionen übernehmen Sozialarbeitende vorübergehend mehr Verantwortung und verrichten oder organisieren Dienstleistungen.
- **Multidisziplinarität:** In der Krisenintervention ist wichtig, dass Sozialarbeitende früh andere Fachkräfte, wie beispielsweise die Hausärztin oder den Hausarzt, beiziehen.

Als mögliches Handlungsmodell in der Krisenintervention beschreibt Ulrich Schnyder (2000) das **7-Punkte-Modell**, welches in folgende Schritte aufgeteilt ist (S. 57):

1. Kontakt herstellen
2. Problemanalyse
3. Problemdefinition
4. Zieldefinition
5. Problembearbeitung
6. Termination
7. Follow-up

Die Krisenintervention umfasst vier bis sechs, maximal acht Sitzungen (ebd., S. 65). Folgend wird das 7-Punkte-Modell näher erläutert:

Kontakt herstellen

In einem ersten Schritt begrüsst die beratende Person die Klientel und stellt sich und ihre Funktion vor (Schnyder, 2000, S. 57-58). Ein erster Kontakt wird hergestellt. Anschliessend werden die Dauer und die Gesprächsteilnehmenden definiert. Mit einer Einstiegsfrage wie beispielsweise «Wie fühlen Sie sich im Moment?» wird eine Atmosphäre geschaffen, in welcher die Klientel ihre Gefühle wie Wut, Enttäuschung und Kränkung zum Ausdruck bringen kann (ebd.).

Problemanalyse

In der Phase der Problemanalyse soll der Auslöser der Krise erkannt werden (Schnyder, 2000, S. 59). Die Klientel berichtet über ihre Sicht der Situation. Die Beraterin oder der Berater versucht sich so einen Überblick bzw. ein Bild der Situation zu verschaffen und fragt wenn nötig nach (ebd., S. 60). Weiter werden bei der Klientel vorhandene Ressourcen erfragt und Bewältigungsstrategien besprochen, die in der Vergangenheit bereits erfolgreich angewendet wurden (ebd., S. 62).

Problemdefinition

Im folgenden Schritt wird in Zusammenarbeit mit der Klientel eine Problemdefinition erarbeitet (Schnyder, 2000, S. 63). Die Beraterin oder der Berater ordnet die bisherigen Informationen und bemüht sich, die Krise in einfachen und verständlichen Worten wiederzugeben (ebd.).

Zieldefinition

Der vierte Punkt der Krisenintervention wird ebenfalls noch in der ersten Sitzung thematisiert. Die beratende Person definiert gemeinsam mit der Klientel wenige erreichbare Ziele (Schnyder, 2000, S. 64). Ziele können Zukunftsperspektiven schaffen und die Klientel werden zum Handeln aktiviert (ebd.).

Problembearbeitung

Die Problembearbeitung ist der grösste Anteil der Krisenintervention und steht von der ersten bis zur letzten Sitzung im Zentrum der Aufmerksamkeit (Schnyder, 2000, S. 65). Im Laufe der Krisenintervention kann es vorkommen, dass sich die Problematik möglicherweise mit veränderten Symptomatiken zeigt. In solchen Fällen werden die Prioritäten der besprochenen Themen nochmals verschoben und die Ziele neu definiert (ebd.).

Termination

In der zweitletzten Phase werden der Abschluss sowie der Abschied der Krisenintervention besprochen (Schnyder, 2000, S. 70-71). Ein wichtiges Element stellt dabei die Standortbestimmung dar, in welcher festgestellt wird, ob die Krise tatsächlich überwunden wurde. Mit Blick in die Zukunft werden mögliche Krisen sowie der Umgang damit besprochen (ebd.).

Follow-up

Zwei bis drei Monate nach der letzten Sitzung findet das sogenannte Follow-up-Gespräch statt, in welchem einen Rückblick auf die Krise gemacht wird (Schnyder, 2000, S. 72). Zudem unterstützt ein Abschlussgespräch den Ablösungsprozess der Klientinnen und Klienten von der beratenden Person (ebd.).

Wolfgang Widulle (2012) ergänzt bei der Krisenintervention, dass sich sowohl Fachkräfte als auch Institutionen vor Augen führen müssen, dass Krisen überfordern können und wenn notwendig, auch speziell ausgebildete Fachkräfte hinzugezogen werden müssen (S. 217). Sozialarbeitende sollten sensibilisiert sein, die Grenzen der eigenen Kompetenzen zu kennen, damit frühzeitig andere Hilfeinstanzen für die Klientel in Anspruch genommen werden können (ebd., S. 214).

3.2.3 Systemische Beratung

Wie bereits erwähnt, kann der Schlaganfall einen Schock auslösen und Personen in eine Krise stürzen. Deshalb gilt für die Zeit unmittelbar nach dem Ereignis die Krisenintervention als adäquate Beratungsmethode. Im weiteren Verlauf sollte jedoch die Beratungsmethode laufend überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Durch die Entlassung der betroffenen Person aus dem Akutspital oder der Rehabilitationsklinik verändert sich auch die Situation der Partnerinnen und Partner grundlegend und längerfristig. Die systemische Beratung stellt dafür eine geeignete Beratungsmethode dar, denn sie betrachtet bei der Problemlösung nicht nur das Individuum, sondern sein gesamtes System und die dazugehörigen Prozesse (Arist von Schlippe & Jochen Schweitzer, 2013, S. 31).

Von Schlippe und Schweitzer (2013) beschreiben, dass die systemische Beratung ihren Ursprung um 1950 hatte, als die klassische Einzel- und Gruppenpsychotherapie vermehrt durch die Arbeit mit Paaren und Familien abgelöst wurde (S. 32). Die systemische Familientherapie dehnte sich jedoch erst ab 1980 von den USA nach Europa aus (ebd., S. 44). Etwa 1990 festigte sich das systemische Feld und neue Entwicklungslinien gingen thematisch in sehr unterschiedliche Richtungen (ebd., S. 63).

Systeme

Von Schlippe und Schweitzer (2013) zeigen auf, dass zu einem System mehrere Elemente gehören, welche zueinander in Beziehung stehen (S. 31). Sie definieren sich gegenüber ihrer Umwelt durch Grenzen. Ein Beispiel für ein System ist die Familie, wobei die einzelnen Familienmitglieder die Elemente darstellen. Im System laufen vielfältige Prozesse ab, welche zeitgleich oder nacheinander stattfinden können. Beim systemischen Arbeiten werden das System und seine Prozesse beobachtet. Wenn dabei einem Individuum oder einer gesamten Gruppe mit Problemlösungen geholfen wird, spricht man von systemischer Beratung (ebd.). Wenn beispielsweise in einer Familie (System) eine Veränderung erfolgt, wird nicht nur ein Familienmitglied (Element) beeinflusst, sondern es sind mehrere oder alle davon betroffen.

Haltungen

Von Schlippe und Schweitzer (2013) beschreiben, dass es für die systemische Praxis typisch ist, dass ressourcenorientiert, lösungsorientiert und kundenorientiert gearbeitet wird (S. 209). Die beratende Person zeigt eine neutrale Haltung gegenüber Personen, Problemen und Ideen (ebd., S. 206). Die Hilfesuchenden werden stets als Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens betrachtet (ebd., S. 201). Diese Haltung beruht auf dem Kooperationsmodell, welches besagt, dass gemeinsam nach Lösungen gesucht wird und sich diese an den Wünschen und Bedürfnissen der Klientel orientieren (ebd., S. 200). In systemischen Gesprächen wird der Fokus nicht auf Probleme gelegt, sondern vielmehr werden Wirklichkeitsbeschreibungen ausgetauscht, wodurch Klientinnen und Klienten neue Sichtweisen erhalten können (ebd.). Beispielsweise beschreiben die einzelnen Familienmitglieder ihr Zuhause ganz anders, weil sie dieses unterschiedlich wahrnehmen (ebd., S. 234).

In der Beratungsarbeit werden Hypothesen gebildet (Weber & Kunz, 2012, S. 56). Diese dienen dazu, Informationen zu verarbeiten und Eigenschaften, Prozesse und Verhalten zu beschreiben (ebd.). In der systemischen Beratung werden Hypothesen wertschätzend formuliert und sie sollten möglichst alle Elemente des Systems umfassen (von Schlippe & Schweitzer, 2013, S. 204). Auch werden in der systemischen Beratung Ursache-Wirkungs-Hypothesen formuliert (ebd., S. 205). Es kommt zur sogenannten Zirkularität, wenn man mehrere Ursache-Wirkungs-Hypothesen zusammenfügt (ebd.). Beispielsweise reklamiert die Ehefrau, weil ihr Ehemann seit dem Schlaganfall stets müde ist und sie deshalb in den

Ferien nichts Spannendes erleben kann. Ihr Ehemann hingegen wird zusätzlich müde, weil ihn das Nörgeln der Ehefrau belastet und er ihre Wünsche nicht mehr erfüllen kann. So wird die Wechselwirkung sichtbar, da sich die Eheleute gegenseitig negativ beeinflussen. Ursache-Wirkungs-Muster können durch «Verstörung» unterbrochen werden (von Schlippe & Schweitzer, 2013, S. 209). Beispielsweise könnte die Ehefrau in den Ferien allein etwas unternehmen (z.B. einen Tagesausflug). So wäre sie zufrieden und ihr Ehemann wäre entlastet, weil er sich nicht mehr für die Wünsche seiner Frau verantwortlich fühlt.

Methoden

Grundsätzlich gilt, dass systemisches Arbeiten geprägt ist durch Anerkennung, Komplimente und wertschätzende Konnotation (von Schlippe & Schweitzer, 2013, S. 309). Unter wertschätzenden Konnotationen wird verstanden, dass auch für kritisches Verhalten wertschätzende Beschreibungen verwendet werden (ebd., S. 312.). Diese wertschätzende Konnotation ist der positiven Umdeutung, dem Reframing, sehr ähnlich. Das Reframing gehört zu den wichtigsten systemischen Interventionen (ebd.). Dabei werden drei Formen unterschieden:

- Beim **Bedeutungsreframing** wird die Zuschreibung eines negativen Verhaltens verändert (ebd., S. 315). Bezogen auf das oben erwähnte Beispiel: Das Reklamieren der Ehefrau zeigt, dass sie zu ihren eigenen Bedürfnissen stehen kann.
- Beim **Kontextreframing** wird überlegt, in welcher Situation das problematische Verhalten sinnvoll sein könnte (ebd., S. 315). Bezogen auf das oben erwähnte Beispiel: Angenommen die Ehefrau wäre mit ihrem Tagesausflug, welchen sie bei der Reiseleitung buchte, nicht zufrieden. In dieser Situation könnte ihr Reklamieren sinnvoll sein, damit sie einen Teil des Geldbetrages zurückerhalten würde oder an einem anderen Tagesausflug teilnehmen dürfte.
- Beim **Inhaltsreframing** wird versucht, gute Absichten oder einen positiven Effekt hinter dem beklagten Verhalten zu erkennen. Dabei wird jedoch die negative Zuschreibung des Problems beibehalten. Es gilt Lösungen zu finden, wie man den positiven Effekt anderweitig erreichen kann (ebd., S. 316). Bezogen auf das oben erwähnte Beispiel: Falls die Ehefrau durch das Reklamieren die Aufmerksamkeit ihres Mannes erlangen möchte, könnte beispielsweise ein Paarabend pro Woche sinnvoll sein.

Folgend werden vier weitere Methoden der systemischen Beratung näher vorgestellt. Dies sind das Joining und die Auftragsklärung, das systemische Fragen und die systemischen Interventionen.

Joining

Gemäss von Schlippe und Schweitzer (2013) erfolgt der erste Zugang in der Beratung über das sogenannte Joining und die Informationssammlung (S. 225). Ziel ist es, mit dem System in einen guten Kontakt zu kommen bzw. dass die Klientinnen und Klienten Vertrauen in die Situation und die beratende Person fassen (ebd., S. 226). Die Informationen über das System werden mit unterschiedlichen Formen gesammelt wie beispielsweise dem Genogramm (ebd., S. 228). Beim Genogramm handelt es sich um eine Darstellung des Familiensystems über mehrere Generationen hinweg. Üblicherweise werden drei Generationen aufgezeichnet (ebd.).

Auftragsklärung

Nebst dem Beziehungsaufbau und der Erfassung erster Informationen gilt es auch den Auftrag der Beratung zu klären (von Schlippe & Schweitzer, 2013, S. 235-237). Einerseits erfolgt eine inhaltliche Klärung, andererseits eine Aushandlung von divergierenden Ansprüchen. Es werden dabei die Erwartungen von anwesenden Personen und nicht anwesenden Dritten geklärt. Je vielfältiger und flexibler sich das Angebot der Beratungsstelle zeigt, desto wichtiger ist es zu klären, was sich die Klientel von der Beratung wünscht und was nicht (ebd.).

Bei einer Auftragsklärung sollten folgende Punkte geregelt werden (von Schlippe & Schweitzer, 2013, S. 238-240):

- Anlass (Was führt Sie hierher?)
- Anliegen (Was möchten Sie hier erreichen?)
- Auftrag (Was wollen Sie von mir?)
- Abmachung (Was biete ich an?)
- Arbeitsbeginn (Wie fangen wir an?)

Auch gilt es zu klären, wann die Beratung beendet wird (ebd., S. 246). Die Gründe für eine Beendigung sind vielfältig. Möglicherweise ist das Kontingent an Sitzungen ausgeschöpft, das Problem ist behoben oder es kann nicht gelöst werden. In jedem Fall sollte eine Abschlusssitzung stattfinden, bei welcher Bilanz über die Problemdefinition vom Erstgespräch und den Veränderungen gezogen wird (ebd.).

Systemisches Fragen

Fragen dienen einerseits zur Informationsgewinnung, andererseits generieren sie auch wieder neue Sichtweisen (von Schlippe & Schweitzer, 2013, S. 249). Dies im Sinne, dass durch Fragen eine Wirklichkeitsbeschreibung «verstört» werden kann und neue Beschreibungen erschlossen werden können. Anhand von Antworten wird der beratenden Person auch die Wirklichkeit der Klientinnen und Klienten beschrieben und sie werden eingeladen, diese anzunehmen (ebd.). Folgend werden drei Frageformen kurz erläutert:

- **Zirkuläre Fragen** dienen dazu, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen oder eine Aussensperspektive einzunehmen (ebd., S. 255).
- **Frageformen, die Unterschiede verdeutlichen** bezwecken, dass Unterschiede in Sichtweisen und Beziehungen verständlich werden (ebd., S. 255).
- **Fragen zur Möglichkeitskonstruktion** zeigen auf, welche Beziehungsmöglichkeiten noch nicht verwirklicht wurden. Diese Fragen können lösungs- und/oder problemorientiert gestellt werden (ebd., S. 259).

Systemische Interventionen

Es gibt verschiedene Instrumente, die in der systemischen Beratung angewendet werden können (von Schlippe und Schweitzer, 2013, S. 280). Nachfolgend werden drei Interventionen kurz aufgeführt:

- **Familienaufstellungen** bezwecken, dass durch das Aufstellen von Stellvertretungen (z.B. Puppen) nach Zusammenhängen und Lösungen gesucht wird (ebd., S. 285).
- Auf der **Zeitlinie** werden zukünftige Ereignisse hingelegt. Ziel ist es, hypothetisch aus der Zukunft auf diese Ereignisse zurückzublicken. Dies kann die Wahrnehmung über problematische Ereignisse verändern («Das ist ja gar nicht so schlimm.») (ebd., S. 291).
- Der Sinn von **Sprechchören** besteht darin, durch Gesang negative Glaubenssätze abzulegen und sich lösungsorientierte anzueignen (ebd., S. 292-293).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei systemischen Fragen und Interventionen bezweckt werden sollte, dass neue Wirklichkeitsbeschreibungen und Lösungsmöglichkeiten geschaffen werden. Die beratende Person zeigt sich im Prozess neutral, ressourcen- und lösungsorientiert. Der Fokus bei der Gestaltung der Beratung liegt immer auf den Wünschen der Klientin oder des Klienten. Sie gelten als Expertinnen und Experten ihres Lebens.

3.3 Die Theorie der Salutogenese

Wie Pia Gabriel-Schärer und Claudia Meier Magistretti (2019) ausführen, haben viele Konzepte der Sozialen Arbeit Ähnlichkeiten mit der Salutogenese (S. 221). Die unterschiedlichen Stärken dieser Konzepte wurden bisher jedoch nicht zusammengeführt (ebd., S. 231). Im Gegensatz zur Pathogenese, die sich mit den Ursachen für Krankheit beschäftigt, ist in der Salutogenese die Ursache für Gesundheit zentral (Claudia Meier Magistretti, 2019, S. 17). Deshalb wird die Salutogenese als geeignete Theorie für die Interpretation der Forschungsergebnisse dieser Arbeit erachtet. Die Grundzüge der Salutogenese werden in diesem Unterkapitel erläutert. Die Salutogenese beruht auf vier wesentlichen Konzepten, die nachfolgend aufgeführt und später erläutert werden:

- Stressoren
- Gesundheits-Krankheits-Kontinuum
- generalisierte Widerstandsressourcen
- Kohärenzsinn

Weiter wird aufgezeigt, wie ein starker Kohärenzsinn Einfluss auf die psychische Gesundheit hat und der Sense FOR Coherence wird erklärt.

Gesundheit wird in der Salutogenese wie folgt definiert: «Prozess der Bewegung in Richtung Gesundheit auf einem Gesundheits-/ Krankheits-Kontinuum» (Aaron Antonovsky, 1993; zit. in Bengt Lindström & Monica Eriksson, 2010/2019, S. 37).

Stressoren und Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Antonovsky plante ursprünglich, eine Stresstheorie zu entwickeln, woraus die Theorie Salutogenese entstand (Lindström & Eriksson, 2010/2019, S. 30-31). Jeder Mensch ist täglich Faktoren ausgesetzt, die störend auf das Leben einwirken können. Diese Faktoren bezeichnete Antonovsky als Stressoren, die auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu Spannungen führen. Die Belastungen können bewältigt werden und es findet eine Verschiebung Richtung Salutogenese statt, oder sie führen zu einem psychischen oder physischen Zusammenbruch. Eine Verschiebung in Richtung Pathogenese folgt. Alle Menschen befinden sich irgendwo auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Es besteht sogar die Möglichkeit, dass Menschen parallel gesunde und ungesunde Bestandteile haben (ebd.). Folgend wird eine Abbildung vom Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach dem Auftreten von einem Stressor dargestellt (siehe Abbildung 3).

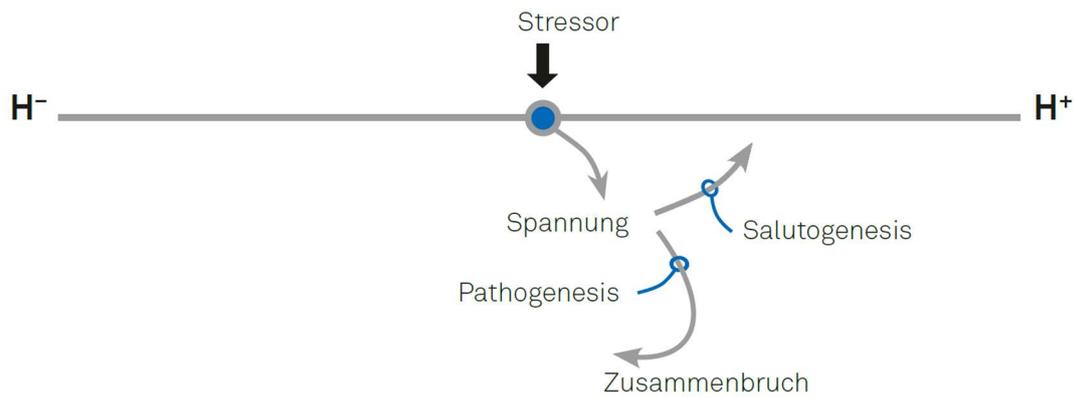


Abbildung 3: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Lindström & Eriksson, 2010/2019, S. 31)

Für die vorliegende Arbeit ist das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum von besonderer Bedeutung. Die Schlaganfallbetroffenen, wie auch die Partnerinnen und Partner, können sich trotz des Schlaganfalls in anderen Bereichen des Lebens gesund fühlen.

Generalisierte Widerstandsressourcen

Für die Entwicklung eines starken Kohärenzsinnes sind die generalisierten Widerstandsressourcen die Grundlage (Lindström & Eriksson, 2010/2019, S. 39-40). Sie können in der Person selbst liegen oder auch in der nahen oder weiteren persönlichen Umgebung. In der gesellschaftlichen Umgebung lassen sich ebenfalls Ressourcen finden. Davon sind jedoch mindestens vier fundamental und müssen vorhanden sein. Das sind der Kontakt mit eigenen Gefühlen, sinnvolle Aktivitäten, soziale Beziehungen und die gedankliche Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen. Neben dem Bestehen der Ressourcen ist vor allem die Kompetenz zur Nutzung dieser in gesundheitsfördernder Weise zentral (ebd.). In der nachfolgenden Abbildung sind die generalisierten Widerstandsressourcen abgebildet (siehe Abbildung 4).



Abbildung 4: Das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen (Lindström & Eriksson, 2010/2019, S. 40)

Kohärenzsinn

Der Kohärenzsinn ist ein lebenslanger Lernprozess, der in der Interaktion mit Menschen und den generalisierten Widerstandsressourcen entsteht (Bengt Lindström & Monica Eriksson, 2011, S. 88-89). Der Kohärenzsinn beinhaltet die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit (Lindström & Eriksson, 2010/2019, S. 39). Menschen mit einem starken Kohärenzsinn besitzen die Fähigkeit, innere und äussere Ressourcen zu erkennen und diese gesundheitsfördernd einzusetzen. Die drei Dimensionen stehen in Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig. Die wichtigste Dimension ist laut Lindström und Eriksson jedoch die Bedeutsamkeit oder auch Sinnhaftigkeit genannt. Wenn Menschen den Sinn und die Bedeutung in ihrem Leben erkennen, schaffen sie Strukturen und erschliessen Ressourcen. Dadurch werden wiederum die Verstehbarkeit und Handhabbarkeit verbessert. Es geht darum, dass ein Mensch vom Sinn seines Lebens überzeugt ist (ebd.). Es gibt verschiedene Studien, die Zusammenhänge zwischen einem starken Kohärenzsinn und der Bewältigung von verschiedenen Erkrankungen verdeutlichen. Für die vorliegende Arbeit sind die Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit relevant. Wie im Unterkapitel 2.1.3 «psychologische Ebene eines Schlaganfalls» ausgeführt, hat ein Schlaganfall psychologische Folgen für die Betroffenen. Anne Kouvonen et al. (2010) fanden im Rahmen einer 19-jährigen Studie heraus, dass Menschen mit einem starken Kohärenzsinn ein 40% geringeres Risiko haben, an einer psychischen Störung zu erkranken (S. 258). Ein hoher Kohärenzsinn schützt vor Hoffnungslosigkeit, Depression, Burn-out und Angststörungen (Lindström & Eriksson, 2010/2019, S. 54). Die Menschen verfügen über Kontrollüberzeugung, Widerstandsfähigkeit, Optimismus und Bewältigungsfähigkeiten (ebd.). Eriksson und Lindström (2007) fanden heraus, dass ein starker Kohärenzsinn grundsätzlich zu einer höheren Lebensqualität führt (S. 940).

Sense FOR Coherence

In einer umfassenden Studie mit Hebammen wurden verschiedene Aspekte erforscht, welche den Kohärenzsinn erhöhen (Claudia Meier Magistretti, Anastasia Topalidou & Franziska Meinecke, 2019, S. 119-124). Die Resultate lassen sich auf die Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen übertragen und sollten deshalb in der Beratung aufgenommen werden. Um den Kohärenzsinn der Klientel durch Professionelle zu stärken, wurde die Salutogenese mit dem Sense FOR Coherence erweitert. Dies gelingt den Professionellen, indem sie die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der Klientel verbessern und zusätzlich die Konzepte Sicherheit, Ermächtigung und Bewältigung anwenden (ebd.). Die untenstehende Darstellung zeigt die verschiedenen Dimensionen vom Sense FOR Coherence (siehe Abbildung 5).

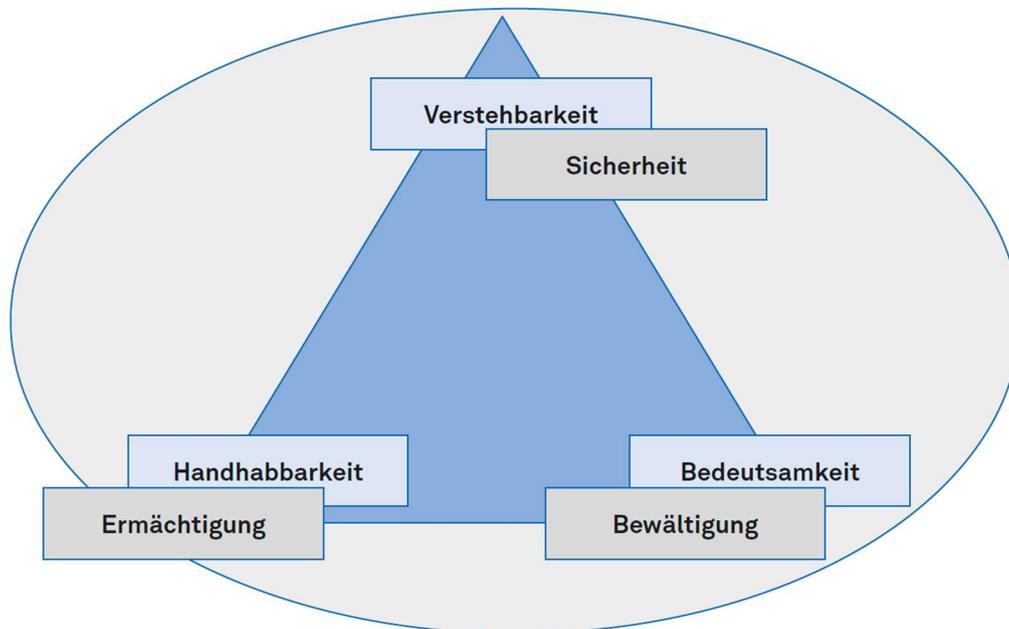


Abbildung 5: Dimensionen eines Sense FOR Coherence (Meier Magistretti, Topalidou & Meinecke, 2019, S. 120)

Nachfolgend wird erläutert, wie die drei Dimensionen gestärkt werden können. Um die Dimension der Versteherbarkeit zu stärken, hilft eine anhaltende Kommunikation und Interaktion mit der Klientel sowie eine aufmerksame Wahrnehmung (Meier Magistretti, Topalidou & Meinecke, 2019, S. 119-124). Das Verstehen der Klientel wird dadurch ermöglicht. Weiter sollen die Abläufe in der Person selbst und in der Umgebung verstehbar gemacht werden. Dazu ist Orientierung notwendig. Dies gelingt mit dem Aufzeigen von verschiedenen Handlungsoptionen inklusiv den Vor- und Nachteilen. Weiter sollen die nächsten Schritte und das Handeln erläutert, sowie die Selbst- und Situationswahrnehmung der Klientel bestätigt werden. Durch die Stärkung der Versteherbarkeit wird dem Klientel Sicherheit vermittelt. Mit Verstehen und Orientierung werden sie ermächtigt, Aufgaben selbst anzugehen. Die Handhabbarkeit wird folglich gestärkt. Weiter sollen sie darin unterstützt werden, ihre Fähigkeiten und Ressourcen anzuwenden. Für die Ermächtigung der Klientel sollten während der Entscheidungsfindung Rückfragen gestellt und Reflexionsmöglichkeiten geschaffen werden. Indem die Kraft und der Wille für die Zielerreichung aktiviert wird, kann die Fähigkeit zur Bewältigung von schwierigen Situationen erweitert werden. Die Bedeutsamkeit wird somit erhöht. Wenn die drei Dimensionen durch eine gezielte Intervention von Fachpersonen gestärkt werden, werden Handlungsmöglichkeiten für das Klientel geschaffen (ebd.). Zusätzlich wurde erforscht, wie in der klinisch orientierten Praxis gearbeitet wird. Dabei fanden die Forschenden heraus, dass der Fokus hauptsächlich auf der Versteherbarkeit liegt (ebd., S. 124-128). Die Versteherbarkeit wird mit Informationsvermittlung und Angstreduktion verbessert. Bei Unsicherheiten ziehen die Fachpersonen eine Expertise bei und stärken damit die Handhabbarkeit der Klientel. Die Stärkung der Bedeutsamkeit wurde in der klinisch orientierten Praxis kaum beobachtet (ebd.).

In diesem dritten Kapitel «Bezugsrahmen» wurde der Ursprung und die Aufgaben der Sozialen Arbeit, speziell auch die Sozialberatung, beleuchtet. Weiter wurden Aspekte der Klinischen Sozialarbeit, der Krisenintervention und der systemischen Beratung dargestellt. Abschliessend wurde die Theorie der Salutogenese beschrieben. In diesem Kapitel konnte Erklärungs- und Wertewissen generiert werden. Diese Inhalte werden im sechsten Kapitel «Interpretation der Ergebnisse» und im siebten Kapitel «Empfehlung für die Praxis der Sozialen Arbeit» erneut aufgenommen.

4 Forschungsmethode

Das Kapitel gibt Auskunft zur Methode des narrativen Interviews, dem Sampling sowie der Datenerhebung und -aufbereitung. Letztlich folgen Erläuterungen zur Auswertungsmethode und die Reflexion der gewählten Forschungsmethoden.

4.1 Narratives Interview

Um nähere Informationen von Partnerinnen und Partnern einer Schlaganfallbetroffenen Person zu erhalten, wurde die Methode von narrativen Interviews gewählt.

Nach Thomas Brüsemeister (2008) wird unter dem narrativen Interview eine offene Interviewmethode verstanden, bei welcher vorgängig eine einzige Frage, zur Lebensgeschichte der Person oder einem Ausschnitt davon, festgelegt wird (S. 105). Die unten aufgeführte Einstiegsfrage wurde entsprechend der Forschungsthematik formuliert und soll gemäss Uwe Flick (2011) die interviewte Person zum Erzählen anregen (S. 228). Die Hauptfrage wurde erzählgenerierend formuliert. Den Interviewten wurde damit überlassen, welche Abschnitte des Ereignisses sie erzählen wollen und was ihnen wichtig ist. Jedoch wurde bereits in der Einstiegsfrage festgehalten, dass der Fokus des Interviews auf dem Lebensabschnitt seit dem Schlaganfall liegt.

Um die Verständlichkeit der Einstiegsfrage zu überprüfen, wurde vorgängig ein Pretest bei einer ausenstehenden Person gemacht. Horst Otto Mayer (2013) empfiehlt vor Beginn einer Befragung ein Probeinterview durchzuführen, um komplexe und unverständliche Formulierungen zu erkennen und fehlende Themenfelder zu eruieren (S. 45). Aufgrund der Rückmeldung des Pretests wurde die Fragestellung nochmals umformuliert, um den Erzählfluss der Interviewten zu steigern. Nachfolgend ist die Einstiegsfrage der narrativen Interviews aufgeführt.

Einstiegsfrage

Wir interessieren uns für Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen. Es geht dabei um Sie und nicht um die Betroffene bzw. den Betroffenen des Schlaganfalls. Wir wollen Sie deshalb bitten, uns Ihre Geschichte seit dem Schlaganfall zu erzählen, mit allem was für Sie wichtig ist. Es gibt kein richtig oder falsch. Sie dürfen sich so viel Zeit lassen wie Sie benötigen. Wir werden Sie dabei nicht unterbrechen.

Bei der Durchführung der narrativen Interviews hörten wir den Erzählungen aktiv zu und machten uns Notizen, bevor unklare Erläuterungen durch immanentes Nachfragen geklärt wurden. Brüsemeister (2008) beschreibt, dass im immanenten Nachfrageteil abgebrochene Erzähllinien nochmals aufgegriffen und ausführlich geschildert werden können (S. 105). Ein exmanenter Nachfrageteil wurde vorgängig vorbereitet und diente dazu, Themengebiete aufzugreifen, welche im Interview noch nicht zur

Sprache kamen, jedoch für die Forschung relevant sind (Brüsemeister, 2018, S. 105). Folgende Fragen wurden von uns formuliert:

- Was hätten Sie sich gewünscht, was hätte Ihnen geholfen?
- Wie wirkte sich der Schlaganfall auf Ihre finanzielle Situation aus?
- Haben Sie Veränderungen im Alltag wahrgenommen? Wenn ja, welche?
- Wie wirkte sich der Schlaganfall auf die sozialen Beziehungen aus?
- Wie beurteilen Sie Auswirkungen auf Ihre eigene Gesundheit?
- Wie wirkte sich der Schlaganfall auf Ihre alltäglichen Aufgaben aus?
- Wie wirkte sich der Schlaganfall auf Ihre Lebensansicht aus?

Gegen Ende des Gesprächs wiesen wir die Interviewten mit einer Abschlussfrage auf das Ende hin, um ihnen nochmals die Möglichkeit zu geben, alles was ihnen wichtig ist, zur Sprache zu bringen.

Abschlussfrage

Wir kommen langsam zum Ende des Gesprächs. Ist alles zur Sprache gekommen, was Ihnen als wichtig erscheint?

Die Ergebnisse der narrativen Interviews werden anschliessend im fünften Kapitel «Darstellung der Ergebnisse» näher beschrieben.

4.2 Sampling

Für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der narrativen Interviews wurde das Sampling, also die Zielgruppe bereits vor den Gesprächen eingegrenzt und definiert. Der Fokus wurde dabei auf Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen gelegt. Gemäss Mayer (2013) handelt es sich bei dieser Vorgehensweise um die Vorab-Festlegung (S. 39). Die Stichprobe wird hierbei vor der Untersuchung anhand von bestimmten Merkmalen gebildet. Die Kriterien zur Bildung des Samplings ergeben sich nach Mayer aus der Fragestellung, theoretischen Vorüberlegungen und anderen Studien (ebd.). Nach der Abgrenzung wurden für die Stichprobe spezifische Kriterien festgelegt.

Die befragten Personen:

- sind Partnerinnen oder Partner von Betroffenen eines Schlaganfalls
- haben gute Kenntnisse der deutschen Sprache
- sind in der Schweiz wohnhaft
- sind im Erwerbsalter oder waren zum Zeitpunkt des Schlaganfalls im Erwerbsalter
- leben mit der betroffenen Person zusammen

Dementsprechend wurden folgende Abgrenzungen vorgenommen. Nicht untersucht wurden:

- Andere Hirnverletzungen wie Schädel-Hirntrauma, Hirntumor, etc.
- andere Angehörige ausser Partnerinnen und Partner
- vergleichbare Angebote ausserhalb der Schweiz
- Hilfsbedarf der Schlaganfallbetroffenen Person
- Partnerinnen und Partner, welche zum Zeitpunkt des Schlaganfalls im Pensionsalter waren
- regionale Unterschiede innerhalb der Schweiz
- geschlechterspezifische Unterschiede
- biografische Herkünfte und deren Unterschiede

Um geeignete Interviewpartnerinnen und -partner zu finden, erstellten wir einen Informationsflyer, welcher interessierten Personen abgegeben wurde (siehe Anhang A). Der Flyer wurde in unserem Umfeld, an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit sowie von Fragile Suisse verteilt. Unter der aufgeführten Telefonnummer hatten Interessentinnen und Interessenten die Möglichkeit, uns zu kontaktieren und allfällige Fragen zu klären bzw. einen Interviewtermin festzulegen. Beim Telefongespräch konnte bereits eine erste Vertrauensgrundlage zu den potenziellen Interviewpartnerinnen und -partnern geschaffen werden. Dank des grossen Netzwerkes konnten fünf Personen rekrutiert werden, welche der Stichprobe entsprachen und bereit waren, am narrativen Interview teilzunehmen.

Nachfolgende Tabelle gibt einen Einblick in die ausgewählte Stichprobe (siehe Tabelle 1):

Angaben Partnerin und Partner			Angaben Schlaganfallbetroffene		
Interview	Geschlecht	Jahrgang	Zeitpunkt Schlaganfall	Erwerbstätigkeit vor und nach Schlaganfall	Folgen des Schlaganfalls
Interviewpartnerin 1	w	1988	2013	Vor: 100% Nach: 100% nach 1.5 Jahre	- Erschöpfung - Hohes Stressempfinden
Interviewpartner 2	m	1956	2014	Vor: 100% Nach: 70% nach 9 Monaten	- Kaum Langzeitfolgen
Interviewpartnerin 3	w	1964	2018	Vor: 100%, Nach: Arbeitsunfähig	- Eine Körperseite gelähmt - Sprachverlust - Schreiben und Lesen nicht möglich
Interviewpartnerin 4	w	1955	2011	Vor: 100% Nach: Arbeitsunfähig	- Sprachverlust - Eine Körperseite gelähmt - Vergesslichkeit
Interviewpartnerin 5	w	1990	2011	Vor: 100% Nach: 50% nach 6 Monaten	- Eine Körperseite gelähmt - Spasmen - Müdigkeit

Tabelle 1: Stichprobe narrative Interviews (eigene Darstellung)

4.3 Erhebung und Aufbereitung der Daten

Beim telefonischen Erstkontakt mit möglichen Interviewpartnerinnen und -partnern wurde unsere Arbeit sowie die Forschungsfrage näher erläutert. Der Interviewort sowie der Interviewtermin konnte von den Interviewten frei gewählt werden, wobei wir bei Räumlichkeit und Terminfindung auf die Bedürfnisse der Personen eingingen. Wir wiesen sie darauf hin, dass die Räumlichkeit idealerweise ruhig

sein sollte, damit sie sich darin wohl fühlen. Vier der fünf Gespräche fanden bei den Interviewpartnerinnen und -partnern zu Hause statt und ein Gespräch in einem Sitzungszimmer am Arbeitsplatz. Brüsemeister (2008) beschreibt den idealen Interviewort dort, wo sich die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner am wohlsten fühlen (S. 127). Vor dem Gespräch wurde jeweils der Ablauf und die Interviewmethode erklärt, das Einverständnis zur Tonaufnahme eingeholt und das Freigabeformular unterzeichnet. Das Freigabeformular bestätigt, dass die Angaben im Interview anonymisiert werden und die erhobenen Daten ausschliesslich zu Forschungszwecken der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit verwendet werden. Zudem wurde die Person informiert, dass die Audiodatei vernichtet wird, sobald die Bachelor-Arbeit von der Hochschule ausgewertet ist. Für den Fall eines Aufzeichnungsfehlers wurden die Interviews doppelt aufgenommen. Jedes Interview wurde zu zweit durchgeführt, wobei eine Person das Gespräch leitete und die andere Person Auffälligkeiten bezüglich inhaltlicher Aspekte notierte und anschliessend nachfragte.

Um grundlegende Informationen zur Lebenslage und zum Schlaganfall zu erhalten, füllten wir jeweils am Ende der Interviews gemeinsam mit den Interviewpartnerinnen und -partnern einen Kurzfragebogen mit persönlichen Daten aus (siehe Anhang C). Nach Brüsemeister (2008) ist ein Datenbogen sinnvoll, weil dieser für die Analyse ein wichtiges Korrekturmittel sein kann und Ordnung in die Datensammlung bringt (S. 130). Im Anschluss an das Gespräch füllten wir noch eine Gesamtauswertung aus, in welcher Auffälligkeiten oder Besonderheiten zur Wohnsituation oder dem sozialen Netzwerk sowie Erkenntnisse des Interviews notiert wurden (siehe Anhang D). Als Dankeschön überreichten wir allen Interviewten ein kleines Geschenk.

4.4 Auswertungsverfahren

Für die anschliessende Auswertung wurden alle Interviews vollumfänglich verschriftlicht. Nach Jan Kruse (2015) kann eine gute Interviewforschung nur nach vollständigem und detailliertem Transkribieren erfolgen (S. 356). Hierbei entschieden wir uns für die wörtliche Transkription nach Philipp Mayring (2016), wobei das Gesprochene vom Schweizerdeutschen ins Schriftdeutsche übertragen wurde (S. 89). Die Gespräche wurden ausschliesslich zur Wiedergabe des Inhaltes aufgenommen. Auf Hinweise zur Stimmlage wurde im Transkript verzichtet. Sprechpausen, sogenannte mittlere Pausen wurden mit drei Punkten (...) gekennzeichnet (ebd., S. 92). Die Verschriftlichung der Gespräche erfolgte im Word, wobei die Zeilennummerierung am Seitenrand als Hilfe für die anschliessende Codierung diente. Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden Angaben zu Wohnort oder Namen im Transkript geschwärzt. Nach der Datenerhebung sowie der Verschriftlichung erfolgte die Auswertung der Daten, welche in Anlehnung an das Phasenmodell der klassischen Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz (2016) vorgenommen wurde (S. 44-45).

Die fünf Phasen des Phasenmodells nach Kuckartz (2016, S. 44-45):

1. Planungsphase
2. Entwicklungsphase
3. Testphase (Probecodierung)
4. Codierphase
5. Auswertungsphase

Planungsphase

In der ersten Phase wurde die Forschungsfrage entwickelt, wobei bereits vorhandenes theoretisches Wissen miteinbezogen wurde. Des Weiteren wurde das Sampling im Unterkapitel 4.2 beschrieben, gebildet und die narrativen Interviews durchgeführt (Kuckartz, 2016, S. 45).

Entwicklungsphase

Auf Basis der Erkenntnisse aus den Interviews konnte ein Kategorieschema definiert werden, welchem anschliessend Codes zugeordnet werden konnten. Kruse (2015) beschreibt einen «Kode» bzw. das «Kodieren» als eine komplexe Zuordnung von zentralen Begriffen zu Textabschnitten, anhand derer Forscherinnen und Forscher den Sinn des Textes offenlegen (S. 379). Eine Codiereinheit ist gemäss Kuckartz (2016) die kleinste Einheit, die einer Kategorie zugeordnet werden kann. In der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich hierbei meist um Textstellen (S. 41).

Testphase (Probecodieren)

Der Codierprozess der Transkripte nahm die Gruppe gemeinsam vor. Kuckartz (2016) empfiehlt, zu Beginn der Codierphase die Texte von mehreren Codierenden bearbeiten zu lassen (S. 105). Um die Qualität der Codierung zu gewährleisten, wurde auf die konsensuelle Codierung von Christel Hopf und Christiane Schmidt (1993) zurückgegriffen (S. 61). Eine Technik, bei der gemäss Kuckartz (2016) ein Transkript von mehreren Personen unabhängig voneinander codiert wird (S. 105). Anschliessend gehen die Personen gemeinsam ihre Codes durch und überprüfen die Codierung auf Übereinstimmung. Unterschiedliche Codes werden diskutiert, bis ein Konsens gefunden werden kann. Durch die konsensuelle Codierung wird die Zuverlässigkeit der Codierung verbessert (ebd.).

Codierphase

Für den weiteren Codierprozess wurden die Transkripte aufgeteilt und vollständig codiert (Kuckartz, 2016, S. 45).

Auswertungsphase

Die Codes, welche in der Codierphase den Textstellen zugeordnet wurden, erfassten wir in einer Excel-Tabelle. Ähnliche Codierungen wurden der entsprechenden Kategorie zugeordnet. Die Codes wurden gemeinsam analysiert, diskutiert und allenfalls neuen Kategorien zugeordnet. Die Codes bildeten die Grundlage, um bereits definierte Kategorien zu präzisieren und neue Kategorien zu bilden. Das Categorieschema konnte abschliessend vervollständigt und jeder Code einer Kategorie zugeordnet werden. Anschliessend wurden alle Textstellen desselben Codes aus allen Interviews zusammengetragen und mit den Zeilennummern versehen. Dieser Zusammenzug diente als Grundlage für die Verschriftlichung der Forschungsergebnisse.

Folgende Tabelle zeigt die einzelnen Codes sowie die daraus gebildeten Kategorien (siehe Tabelle 2):

Codes	Kategorien
Akutspital	Situation der Schlaganfallbetroffenen
Ereignis	
Genesung	
Mobilität	
Rehabilitation	
Rückkehr betroffene Person nach Hause	
Symptomatik / Folgen	
Umgang betroffene Person	
Bewältigungsstrategie	Umgang Partnerinnen und Partner mit dem Schlaganfall
Eigene Gesundheit	
Hilflosigkeit	
Lebensansicht	
Schuldgefühl	
Belastung Partnerschaft	Auswirkungen auf die Partnerschaften
Pflege Partnerschaft	
Stärkung Partnerschaft	
Auskunft medizinische Fachpersonen	Fachliches Hilfesystem für Schlaganfallbetroffene sowie Partnerinnen und Partner
IV / Krankenkasse	
Professionelle Hilfe	
Fremdwahrnehmung	Soziales Netzwerk der Paare
Kontakt Umfeld	
Soziale Beziehungen	
Alltagsgestaltung	Alltagsbewältigung der Paare
Arbeit	
Finanzielle Situation	
Mehrbelastung	
Wohnen	

Tabelle 2: Categorieschema (eigene Darstellung)

4.5 Reflexion der Forschungsmethoden

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Aspekte der aufgeführten Forschungsmethoden reflektiert.

Dank des Pretests konnte die Formulierung der Einstiegsfrage nochmals angepasst und verfeinert werden. Letztlich erwies sich die Einstiegsfrage als gelungen. Damit während den Interviews nichts vergessen ging, hielten wir den Ablauf und die Fragen des narrativen Interviews in einem zusätzlichen Dokument fest (siehe Anhang B). Unseres Erachtens nach war förderlich, dass wir den interviewten Personen vorgängig den Informationsflyer zur Bachelor-Arbeit zukommen liessen und sie anschliessend telefonisch kontaktierten, um die Idee unserer Arbeit näher zu erläutern, uns vorzustellen und allfällige Fragen zu klären. Bei der Wahl des Intervieworts passten wir uns den Wünschen der Interviewten an. Die Personen hatten so die Möglichkeit einen Ort auszuwählen, an dem sie sich wohlfühlen und sich öffnen können. Vier von fünf Interviews wurden bei den Partnerinnen und Partnern Zuhause durchgeführt. Dadurch erhielten wir einen direkten Einblick in ihre Lebenswelt. Durch das Interview im Feld erhielten wir einerseits Informationen aus den Erzählungen, andererseits mittels unserer eigenen Beobachtungen. So sahen wir beispielsweise die Umgebung, die Wohnungseinrichtung, die Fotos an den Wänden und die Haustiere. Bei einigen Interviews lernten wir auch die Familienmitglieder kennen. So begegneten wir einer kleinen Tochter, einer erwachsenen Tochter, einer Enkelin und auch zwei Schlaganfallbetroffenen Personen. Diese Interaktionen halfen uns Begegnungsängste abzubauen. Unsere eigenen Beobachtungen hielten wir nach dem Interview jeweils schriftlich fest.

Im Verlauf des Interviews veränderte sich unser Befinden. Anfangs fühlten wir uns etwas nervös, weil uns die Thematik des Schlaganfalls noch wenig vertraut war und wir teilweise den Partnerinnen und Partnern das erste Mal begegneten. Mit der Zeit fühlten wir uns sicherer und die Durchführung der Interviews fühlte sich entspannter an. Da wir die Interviews immer zu zweit durchführten, konnten wir uns jeweils nach den Interviews gegenseitig austauschen. Dabei nahmen wir uns ausreichend Zeit, um unsere Eindrücke, Emotionen und Beobachtungen zu reflektieren und zu verschriftlichen. Auch gaben wir uns gegenseitig eine Rückmeldung über unser Auftreten und unser Wirken während den Interviews. Wir legten jeweils grosse Sorgfalt auf unsere nonverbale Kommunikation, wie beispielweise einer zugewandten Haltung, den Blickkontakt oder dass wir die Arme nicht ineinander verschränkten. Einige Interviewte kannten wir persönlich. In diesen Gesprächen war es schwieriger, die professionelle Haltung zu wahren. Wir neigten eher dazu Trost zu spenden, wenn die vertrauten Personen weinten und sichtlich aufgewühlt waren. Trotzdem gelang es uns, diesen Emotionen Raum zu lassen und die Interviewten in ihren Gedanken und ihren Erzählungen nicht zu unterbrechen. In allen Interviews fanden wir die richtige Balance zwischen professioneller Distanz und aufrichtiger Anteilnahme. Deshalb gelang es uns eine Vertrauensbasis aufzubauen und eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Interviewten wohl fühlten. Bei allen Interviews kamen die Partnerinnen und Partner umgehend ins Erzählen. Für die

Interviewten war das narrative Interview teilweise sehr emotional. Für einige war es das erste Mal seit längerer Zeit, dass sie so ausführlich über dieses Schicksal sprachen. Wir reagierten in diesen Situationen empathisch und legten, wenn nötig, eine Pause ein. Oft lenkten die interviewten Personen von sich ab, indem sie den Fokus des Gesprächs auf die Schlaganfallbetroffene Person legten. Es schien, als seien sich die Interviewten nicht mehr gewohnt über sich und ihre Gefühle zu sprechen. In solchen Situationen erinnerten wir die interviewten Personen nochmals daran, dass SIE und IHRE Geschichte den Mittelpunkt des Gesprächs darstellen.

Im Anschluss an die narrativen Interviews wurden die Tonaufnahmen wörtlich transkribiert. Die Transkripte waren ein hilfreiches Arbeitsinstrument, um die Interviews Zeile für Zeile durchzugehen und mit Codes zu versehen. Zudem konnten geeignete wörtliche Zitate für die Ergebnisdarstellung direkt aus den Transkripten übernommen werden. Die konsensuelle Codierung zu Beginn des Auswertungsprozesses erwies sich als gute Grundlage, um anschliessend die weiteren Transkripte innerhalb der Gruppe aufzuteilen. Bei der Interpretation der Daten diskutierten wir im Forschungsteam ausführlich über unsere eigenen Wahrnehmungen. Wir kontrollierten uns gegenseitig, damit keine persönlichen Werte und Normen einfließen. Durch die gegenseitige Eichung gelang es uns, die Daten fachlich aufzubereiten und zu analysieren.

Das narrative Interview war geeignet, weil die Partnerinnen und Partner frei erzählen konnten und nicht durch unsere Fragestellungen geleitet wurden. Dadurch konnten wir dem Ziel dieser Arbeit gerecht werden und den Partnerinnen und Partnern eine Stimme verleihen. Es wurden nämlich jene Themen aufgegriffen, welche für sie wirklich wichtig sind. Es wurden Aspekte genannt, welche wir wahrscheinlich in einem Leitfadeninterview nicht aufgegriffen hätten. Beispielweise sprachen fast alle die Feriengestaltung an. Ferien scheinen auch in der neuen Lebenssituation einen hohen Stellenwert darzustellen. Alle Ergebnisse der Interviews werden im fünften Kapitel «Darstellung der Ergebnisse» wiedergegeben. Dabei werden Inhalte der Gespräche zusammengefasst und mit einzelnen wörtlichen Zitaten aus den Interviews ergänzt.

Weiter ermöglicht das narrative Interview ein freies Erzählen bezüglich der chronologischen Abfolge. Ausser einer Person haben alle ihre Erzählung mit dem Schlaganfall begonnen. Alle Interviewten berichteten uns, dass sie sich vorab intensiv Gedanken gemacht haben bzw. auf das Interview vorbereitet haben. So gestaltete sich für sie nicht nur das Interview selbst, sondern auch die Zeit zuvor als emotional. Bestimmt war auch die Zeit nach dem Interview nochmals bewegend für unsere Interviewten.

5 Darstellung der Ergebnisse

Folgendes Kapitel zeigt die Forschungsergebnisse der fünf narrativen Interviews auf. Bei den interviewten Personen handelt es sich um vier Partnerinnen und um einen Partner von Schlaganfallbetroffenen Personen. Nähere Angaben zu den Personen können der Tabelle 1 im Unterkapitel 4.2 «Sampling» entnommen werden.

Bei den Unterkapiteln handelt es sich um die sechs Kategorien, welche aus einer Vielzahl von Codes gebildet wurden. Tabelle 2 im Unterkapitel 4.4 «Auswertungsverfahren» zeigt das Kategorienschema sowie die Codes auf.

5.1 Situation der Schlaganfallbetroffenen

Dieser Abschnitt umfasst verschiedene Aspekte rund um die Situation der Schlaganfallbetroffenen. Die interviewten Personen beschrieben das Ereignis, sowie die ersten Wochen im Akutspital. Ebenfalls erläuterten sie die Genesung in der Rehabilitation und zu Hause. Die Symptome und Folgen des Schlaganfalls wurden ausgeführt und der Umgang der schlaganfallbetroffenen Personen mit der Krankheit aufgezeigt.

Das Ereignis des Schlaganfalls wurde von vier interviewten Personen geschildert. Es vergingen jeweils einige Minuten, bis die Anwesenden realisierten, dass es sich um einen Schlaganfall handelte und den Notruf wählten. Die Interviewten schilderten unterschiedliche Symptome, die nach dem Schlaganfall auftraten. Häufig beobachteten sie Veränderungen der Sprache wie durcheinander sprechen, verwirrte Antworten, verwaschene Sprache oder ein kompletter Wegfall der Sprache. Müdigkeit wurde von einer Interviewten beobachtet. Von zwei Interviewten wurde eine halbseitige Lähmung im Gesicht und beim Körper festgestellt. Die Betroffenen konnten deshalb eine Körperhälfte sowie die Hälfte der Umgebung nicht mehr wahrnehmen. Eine Interviewte schilderte, dass ihr Partner nicht zu Hause war als bei ihm die ersten Symptome auftraten. Er wollte sich Hilfe holen und schrieb die Nummer von ihr oben rechts auf ein Blatt Papier, weil er die linke Seite des Blattes nicht mehr erkannte. Als sie ihn versuchte zurückzurufen, konnte er den Anruf nicht entgegennehmen, weil er sie immer wegdrückte. Er erkannte nur die rechte Seite seines Telefons.

Er hatte einen Zettel in der Hand, meine Nummer. Hat aber alles nur oben rechts geschrieben, weil er die linke Seite nicht mehr wahrgenommen hat. (. . .) Er hat mich immer weggedrückt, weil er die linke Seite nicht gesehen hat und rechts wollte er annehmen und statt annehmen, hat er mich weggedrückt. (Interviewpartnerin 4, Zeile 33-43)

Ein Betroffener hatte im Spital einen zweiten Schlaganfall, der die interviewte Person erkannte. Dieser verstärkte die Symptome des ersten Schlaganfalls zusätzlich. Eine andere interviewte Person erzählte, dass der Betroffene nach dem Schlaganfall noch eine Hirnblutung hatte und deshalb die Überlebenschancen weniger als 50% waren.

Es war wirklich eine harte Zeit gewesen. Ja, wir haben nicht gewusst ob er es überlebt oder ob er es nicht überlebt. Es waren vier Tage gewesen, wo wir im Ungewissen waren. Und, ja. Ich habe immer gesagt, wenn er es überlebt, dann geben wir alles. Dann kämpfen wir. (Interviewpartnerin 3, Zeile 31-34)

Als Ursache für den Schlaganfall wurden verschlossene Blutgefäße bei den Betroffenen diagnostiziert. Ein Betroffener litt an Vorhofflimmern. Aufgrund dessen bildete sich vermutlich ein Blutgerinnsel, das anschliessend ein Gefäss im Gehirn verschloss. Bei einem weiteren Betroffenen verschloss sich die linke Halsschlagader aufgrund einer Chemotherapie und Bestrahlung.

In vier von insgesamt fünf Interviews erzählten die interviewten Personen von der Phase nach dem Schlaganfall im Akutspital. Die betroffenen Personen wurden auf der Intensivstation oder auf einer anderen Abteilung behandelt und gepflegt. Die interviewten Personen schilderten diese Erfahrung als intensiv und schwierig.

Sobald die Akutbehandlung abgeschlossen war, wurden die Schlaganfallbetroffenen in die Rehabilitationsklinik oder auf die entsprechende Abteilung im Spital verlegt. Alle interviewten Personen berichteten von der Rehabilitation der Betroffenen. Die Dauer der Rehabilitation war sehr unterschiedlich und abhängig von der Ausprägung der Symptome. Eine interviewte Person berichtete von sechs Wochen Aufenthalt im Spital inklusive der Rehabilitation. Eine andere Interviewte erzählte, dass der Betroffene zehn Wochen in der Rehabilitation war, um wieder gehen zu lernen. Bei einem anderen Betroffenen mit ausgeprägten Folgen dauerte die Rehabilitation rund sechs Monate. Drei Betroffene nehmen aktuell immer noch regelmässig Therapien wie Physiotherapie in Anspruch.

«Er konnte auch nicht mehr gehen, er ist sechs Wochen, also zehn Wochen in der Reha gewesen. Nach sechs Woche konnte er aber schon wieder gehen, weil er wusste, er möchte wieder heimkommen.» (Interviewpartnerin 4, Zeile 69-71)

Alle Betroffenen leiden auch heute noch an unterschiedlichen Symptomen als Folge vom Schlaganfall. Die Symptome sind unterschiedlich ausgeprägt. Eine Interviewte berichtete, dass ihr Partner seit dem Schlaganfall oft müde ist und deshalb gereizt reagiert. Er verlor seine Spontanität und ist deshalb in

unplanbaren Situationen häufig überfordert. Ein Interviewter erzählte, dass bei seiner Partnerin vor Kurzem Parkinson diagnostiziert wurde, was eine Spätfolge vom Schlaganfall sein könnte. Bis zu dieser Diagnose waren bei seiner Partnerin kaum Folgen vom Schlaganfall erkennbar. Ein Schlaganfallbetroffener leidet noch immer an ausgeprägten Folgen vom Schlaganfall. Die Interviewte erzählte, dass ihr Partner auf der rechten Seite gelähmt ist und aufgrund des Sprachverlust nicht mehr schreiben und lesen kann. Ebenfalls fällt ihm das Sprechen schwer. Die Mobilität und der Orientierungssinn sind stark eingeschränkt. Aufgrund dieser Folgen ist der Schlaganfallbetroffene auf umfassende Unterstützung der Interviewten angewiesen.

«Ohne mich wäre er im Heim, das ist ganz klar.» (Interviewpartnerin 3, Zeile 432)

Bei einem weiteren Betroffenen ist der linke Arm gelähmt, was sich auf die Fein- und Grobmotorik auswirkt. Wegen Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht ist er auf eine Gehhilfe angewiesen. Trotzdem ist es ihm möglich Auto zu fahren. Die Informationsverarbeitung ist erschwert. Bei langen Zeitungsaufstellungen vergisst der Betroffene die Inhalte. Zudem hat er Mühe, sich verständlich auszudrücken und leidet unter chronischen Schmerzen. Die Interviewte beschreibt ihn als lethargisch. Eine Interviewte erzählte, dass bei ihrem Partner wegen Spasmen die Feinmotorik eingeschränkt ist. Er hat beispielsweise Mühe, den Lappen auszuwringen oder Knöpfe zu schließen. Aufgrund der Lähmung auf der linken Körperseite ist der Betroffene beim Gehen eingeschränkt und hat eine schiefe Haltung.

Laut einer interviewten Person machte der Betroffene trotz weiterhin bestehenden Einschränkungen bereits viele Fortschritte. Er konnte nach sechs Monaten Rehabilitation wieder gehen, was ihm die Ärztinnen und Ärzte nicht zugetraut hätten. Heute geht er mit der Familienhündin bereits selbst spazieren. Auch sein Erinnerungsvermögen hat sich vollständig erholen können. Im Übungswohnen lernt der Betroffene aktuell einige Tätigkeiten für das alltägliche Leben, wie beispielsweise das Frühstück zuzubereiten. Der Betroffene ist weniger müde und deshalb bei Diskussionen präsenter als noch vor einigen Monaten. Die Interviewte hofft, dass der Betroffene noch mehr Fortschritte, vor allem beim Sprechen, machen wird.

Nach einer intensiven Rehabilitation musste der richtige Zeitpunkt für die Rückkehr nach Hause gefunden werden. Weiterhin wurden die Betroffenen mit Therapien, wie beispielsweise Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie in der Führung eines möglichst selbstständigen Alltags unterstützt. Ebenfalls sind sie teilweise auf pflegerische Unterstützung beim Duschen oder Anziehen angewiesen. Eine Interviewte erwähnte, dass der Betroffene nach der Rückkehr aus der Rehabilitation aufgrund der vollständigen Krankschreibung viel im Haushalt mitarbeitete. Mit der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit änderte sich dies und die interviewte Person übernahm wieder mehr Tätigkeiten im Haushalt. Die

gewohnte Aufgabenverteilung wurde wieder aufgenommen und gab der interviewten Person Sicherheit.

Die Mobilität kann für die Schlaganfallbetroffenen viel Freiheit und Unabhängigkeit bedeuten und ist deshalb relevant. Ein Betroffener ist in seiner Mobilität stark eingeschränkt und auf die Unterstützung der interviewten Person angewiesen. Um die Selbstständigkeit zu verbessern und die Muskeln zu aktivieren, finanzierte die IV dem Betroffenen ein Dreirad mit Elektroantrieb. Die Interviewte äusserte, dass dies unter anderem für die Pflege seiner sozialen Kontakte sehr wichtig ist. Ein anderer Betroffener spürt kaum Einschränkungen und kann Auto und Motorrad fahren. Dem Betroffenen ist dies sehr wichtig, weil er sich auf dem Motorrad frei und unabhängig fühlt. Die Interviewte äusserte jedoch, dass sie ein wenig Angst spürt, weil der Betroffene in seiner Reaktionsfähigkeit eingeschränkt ist und schnell müde wird.

«Töfffahren tut er auch neuerdings. Mit einem Automaten um zu Kuppeln. Dort habe ich jeweils ein bisschen Angst um ihn.» (Interview 5, Zeile 346-347)

Bei den durchgeführten Interviews wurde deutlich, dass der Umgang der betroffenen Person mit dem Schlaganfall einen grossen Einfluss auf die Genesung hatte. Die interviewten Personen erzählten, dass die Betroffenen streng mit sich selbst waren und sie einen starken Willen bei ihnen spürten. Dies zeigte sich auch darin, dass die Betroffenen fleissig trainierten, um verlorene Fähigkeiten wieder zu erlangen. Eine Interviewte ist sich sicher, dass ihr Partner deshalb so weit kam. Ebenfalls scheint eine positive Grundeinstellung der Betroffenen sehr förderlich zu sein. Vorwärts schauen auf das was geht und nicht auf das, was nicht mehr geht, scheint von grossem Nutzen zu sein. Eine Interviewte führt das auf die Unbeschwertheit des Betroffenen zurück.

«Unbeschwerter. Das ist bestimmt auch seine Stärke oder der Grund, weshalb er mit dem so gut umgegangen ist oder auch heute noch so gut umgeht. Dass er es so positiv nehmen kann.» (Interviewpartnerin 5, Zeile 82-83)

Hilfreich war laut einer Interviewten auch, dass der Betroffene ein Ziel vor Augen hatte, das er auch erreichte. Heute fährt der Betroffene wieder mit Freude Ski, was für seine psychische Verfassung förderlich ist. Eine Interviewte berichtete, dass beim Betroffenen seit dem Schlaganfall viel Lebensfreude verloren ging. Er sei oft frustriert, weil er sich selbst als kranker Mensch und nicht mehr als richtigen Mann und Vater fühle. Gefühle des Versagens drängen sich ihm auf.

5.2 Umgang Partnerinnen und Partner mit dem Schlaganfall

Im folgenden Abschnitt geht es um den Umgang der Partnerinnen und Partner mit dem Schlaganfall der betroffenen Personen. Dabei werden verschiedene Aspekte beleuchtet, die im Interview von den Partnerinnen und Partnern genannt wurden. Zentral sind dabei die Schuldgefühle, die Hilflosigkeit, mögliche Bewältigungsstrategien, die eigene Gesundheit und veränderte Lebensansichten.

Zwei interviewte Personen erzählten von ihren Schuldgefühlen, die sie nach dem Schlaganfall entwickelten. Eine Interviewte machte sich Vorwürfe, weil sie ihrer Ansicht nach bei den ersten Symptomen zu langsam und falsch reagierte. Immer wieder überprüfte sie auf ihrem Mobiltelefon, wann sie welche Anrufe tätigte. Der interviewte Mann macht sich vor allem seit der erfolgreichen Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit von seiner Partnerin, die einen Schlaganfall hatte, Vorwürfe und hat deshalb Schuldgefühle. Er ist der Meinung, dass die Betroffene die Arbeit zu früh aufnahm und sie beide in ihrem Leben zu viel Stress haben. Rückblickend ist er der Meinung, dass sie als Paar seit dem Schlaganfall zu wenig veränderten. Für ihre Gesundheit wäre es sinnvoller, wenn sie einen ruhigeren Alltag hätten.

«Wo wir gesagt haben, das machen wir dann nie mehr! Ähm solche vollgeknallten Wochen wollen wir nicht mehr! (. . .) Dann müsste man sich eigentlich einen stressärmeren Alltag organisieren als wir ihn haben.» (Interviewpartner 2, Zeile 293-297)

Nach dem Ereignis fühlten sich alle interviewten Personen in unterschiedlichen Situationen hilflos. Der interviewte Mann äusserte, dass er sich vor dem Ereignis kaum mit dieser Krankheit auseinandersetzte und er deswegen überfordert war. Einer anderen Interviewten wurde im Spital eine Broschüre von einer Selbsthilfegruppe abgegeben, was sie aber zu diesem frühen Zeitpunkt nicht einordnen konnte. Bei einer Interviewten fragten die Fachpersonen im Spital nach, ob sie ihr helfen könnten. Jedoch fehlte ihr eine Anlaufstelle, bei der sie Hilfe im Umgang mit dem Schlaganfall bekommen hätte. Für sie war es schwierig, den Partner in einem solchen Gesundheitszustand zu sehen. Im Akutspital und in der Rehabilitation fühlte sich eine andere Interviewte gut aufgehoben, jedoch störte sie sich daran, dass nach dem Austritt niemand mehr nach ihr fragte und Unterstützung anbot.

Alle interviewten Personen erzählten davon, wie sie mit der herausfordernden Situation umgehen und welche Bewältigungsstrategien sie sich aufgebaut haben. Da sich die Bewältigungsstrategien voneinander unterscheiden, wird anschliessend auf die divergierenden Strategien eingegangen. Eine Interviewpartnerin erzählte, dass sie lernte zu funktionieren. Als Eigenschutz lässt sie Gefühle, Emotionen und Nähe nicht mehr zu. Sie beschreibt sich selbst als kalt und hart. Ihre Bewältigungsstrategie führt dazu, dass die Beziehung zu ihrem Partner herausfordernder ist. Sie machte sich bereits Gedanken über eine mögliche Therapie, die ihr helfen könnte, Gefühle wieder zuzulassen. Bis anhin fand sie aber

kein passendes Angebot. Der interviewte Mann sah seine Aufgabe nach dem Schlaganfall darin, seine Partnerin regelmässig im Spital zu besuchen und ihr Feedbacks zu ihren Vorschriften zu geben. Jedoch hielt er sich stets mit Ratschlägen zurück. Auch sechs Jahre nach dem Schlaganfall können er und seine Partnerin den Schlaganfall nicht ausblenden. Jedoch habe sie dieses Ereignis in ihre Geschichte integriert und die Alltagsbewältigung steht wieder im Mittelpunkt ihres Lebens.

Weil ich habe die Schublade gefunden dafür, ich habe das abgelegt und natürlich kann ich das nicht ausblenden was gewesen ist vor sechs Jahren, aber, aber ich habe das einfach ähm integriert in ihre und in unsere Paarbiografie und ich kann das wie ein Stück weit auch hinter mir lassen. (Interviewpartner 2, Zeile 218-220)

Eine interviewte Person berichtete, dass sie jeden Tag so nimmt, wie er kommt. Ebenfalls schaut sie Schritt für Schritt und versucht keine Erwartungen an die Zukunft zu haben. Die Gefahr der Enttäuschung beim Nichteintreten der Erwartung kann damit verhindert werden. Bei Spaziergängen mit ihrem Hund kann sie viel Kraft in der Natur tanken. Ebenfalls trifft sie sich gerne mit Freundinnen. Sie arbeitet im Gesundheitsbereich, was sie als Vorteil betrachtet. So kann sie von ihrem Know-how profitieren. Auch hilft ihr die Mentalgruppe, welche sie besucht, um mit der Situation besser umgehen zu können.

Man weiss nicht, was alles wieder kommt und was nicht. Und wie es in einem Jahr sein wird, weiss niemand. Das wissen wir alle nicht. Aber man hat immer Erwartungen und wenn es nicht so ist, ist man enttäuscht. Und deshalb finde ich es am besten, wenn man im Moment leben kann und nicht gross Erwartungen hat. (Interviewpartnerin 3, Zeile 229-233)

Das Positive in dieser grossen Aufgabe zu sehen, ist für eine weitere Interviewpartnerin wichtig. Sie versucht, die Aufgabe anzunehmen und das Beste daraus zu machen. Etwas anderes ist in ihrer Situation nicht möglich, wie sie selbst sagt. Sie versucht, so wenig wie nötig über die Erkrankung ihres Partners nachzudenken oder zu sprechen, denn so geht es ihr besser. Tag für Tag zu nehmen und auch Zeitfenster für sich freizuhalten, hilft ihr. Sie ist dankbar, dass ihr Partner trotz des Schlaganfalls noch viel machen kann und sie die gemeinsame Zeit geniessen können. Die interviewte Frau arbeitet als Selbstständige und geniesst die Zeit bei ihrer beruflichen Tätigkeit sehr. Bei der Arbeit kann sie sich abgrenzen. Sich ablenken und neue Energie tanken kann sie auch mit ihren Enkelkindern, beim Walken in der Natur oder beim Skifahren. Ihr schönes Zuhause hilft der Interviewten ebenfalls, positiv zu bleiben. Eine Interviewpartnerin beschreibt, dass sie trotz der Erkrankung ihres Partners einen normalen Umgang mit ihm pflegt. Sie zeigt kaum Mitleid gegenüber ihrem Partner, der mit verschiedenen Einschränkungen den Alltag bewältigen muss.

Mehrere Interviewte berichteten von ihrer eigenen Gesundheit und wie sich diese durch den Schlaganfall ihrer Partnerin oder ihres Partners veränderte. Zwei interviewte Personen erwähnten Erschöpfung, die sie vor allem nach dem Ereignis fühlten, teilweise aber auch bis heute spüren. Eine Person fühlt sich wegen der Mehrbelastung geschwächt und aufgrund der Erkrankung ihres Partners in ihrem alltäglichen Leben eingeschränkt. In solchen Momenten fängt bei ihr alles an zu drehen und sie hat kaum Energie. Die andere Person erwähnt die Ermüdung aufgrund der grossen Mehrbelastung. Noch heute fühlt sie sich nicht immer in der Lage, zu reden und schützt sich selbst, indem sie in solchen Momenten das Haus nur, wenn nötig, verlässt. Die Interviewte lehnte Psychopharmaka stets ab und akzeptierte ihr Schicksal.

«Das ist wirklich schwierig. Ja, ähm. Ich habe eigentlich nie etwas wie Psychopharmaka genommen. Ich hatte das Gefühl, ich möchte mich nicht zudröhnen. Es ist einfach das Leben.» (Interviewpartnerin 3, Zeile 234-235)

Vier interviewte Personen berichteten davon, was für Lebensansichten sie haben und wie sich diese teilweise durch den Schlaganfall veränderten. Zwei Interviewte erzählten, dass es für sie vorher selbstverständlich war, gesund zu sein. Durch den Schlaganfall veränderte sich das, weil es jeden plötzlich treffen könnte. Der interviewte Mann und seine Partnerin betrachten den Schlaganfall als etwas, das passiert ist und mit dem sie jetzt umgehen müssen. Zwei Interviewte erachten eine positive Lebenseinstellung und das Akzeptieren ihrer Aufgabe als wichtig. Eine Interviewte erzählte, dass es ihr besser geht, wenn sie Schritt für Schritt schaut, was noch geht und das, was noch kommt, annimmt.

5.3 Auswirkungen auf die Partnerschaften

Im folgenden Abschnitt werden Aspekte der Partnerschaft beleuchtet, welche von den Interviewpersonen aufgegriffen wurden. Wesentlich ist die Stärkung der Partnerschaft. Ein Schlaganfall kann sich jedoch auch belastend auf die Beziehung auswirken.

Die Stärkung der Partnerschaft wurde von drei Interviewpersonen angesprochen. Eine Interviewte äusserte sich insofern darüber, dass sie in der Notaufnahme bei der Körperpflege ihres Ehemannes half, weil diese Nähe förderlich für die Partnerschaft war. Sie führte auch aus, dass sie und ihr Partner an der Beziehung festhalten und sie nicht aufgeben. Beiden ist Treue wichtig und es ist keine Option, die Beziehung durch eine andere zu ersetzen, welche vielleicht weniger belastend wäre. Eine andere Interviewperson betrachtet den gemeinsamen Humor als förderlich in der Beziehung. Der Interviewpartner erzählte von einer Überraschung, welche er für seine Partnerin organisierte, als sie vom Spital nach Hause zurückkehrte. Sie wohnten damals im fünften Stockwerk. Um seiner Partnerin das Treppensteigen zu erleichtern, lancierte er eine Karten-Aktion für sie. Alle Personen aus ihrem sozialen

Umfeld stellten ihm vorab eine Grusskarte zu, mit welcher sie ihre Anteilnahme ausdrückten. Die Karten verteilte er dann auf jeder einzelnen Treppenstufe und stellte pro halbe Etage zusätzlich eine Blume hin. Der Interviewpartner äusserte sich darüber, dass der Schlaganfall ein Faktor war, welcher die Beziehung stärkte und stabilisierte. Er erläuterte, dass sie sich bewusster wurden, dass sie zueinander gehören und ihre Verbindung intensiver wurde. Es war für ihn wichtig, dass er seine Partnerin im gesamten Prozess unterstützte. Zuvor fragten sie sich manchmal, was ihre gemeinsame Basis ist. Durch den Schlaganfall wurden alle Zweifel weggewischt.

Nebst der Stärkung der Partnerschaft, wurden jedoch auch die Belastungen thematisiert. Eine Interviewperson berichtete, dass sie nach dem Schlaganfall ihren Partner emotional kaum erreichen konnte. Er war ausschliesslich auf seine Genesung konzentriert, was sie sehr verletzte. Ihre Besuche schienen für ihn selbstverständlich zu sein, während andere Besuche ihn vor Freude erstrahlen liessen. Heute ist für sie schwierig, wenn sie sich mit anderen Paaren und Familien vergleicht, da sie Vieles nicht erleben können. Sie würde sich ebenfalls gemeinsame Ausflüge wünschen, doch für ihren Partner ist das zu anstrengend. Geplante Ereignisse belasten ihn bereits früh, vor allem seit sie ein Kind haben und nicht mehr alles planbar ist. Es verletzt sie, dass er sich diesbezüglich nicht mehr bemüht, denn mit seinem Verein sind Exkursionen möglich. Sie erzählte, dass sie letztes Jahr gemeinsam mit ihren Eltern und ihrer Tochter in den Skiurlaub fuhren. Ihr Partner war dabei die ganze Zeit äusserst gestresst, was für sie sehr frustrierend war, sodass sie sogar an eine Trennung dachte. Die gleiche Person führte auch aus, dass sie heute nicht mehr arbeitet und ausschliesslich zu Hause ist. Sie ist gesund und könnte und möchte noch viel erleben. Sie fühlt sich in ihrer Freiheit eingeschränkt und dieser Umstand ist für sie schwierig. Einerseits wünscht sie sich mehr Lebensfreude und Aktivitäten, andererseits möchte sie ihren Partner nicht überfordern. Auch vor der Familiengründung musste das Freizeitprogramm bereits angepasst werden. So kam es, dass sie Aktivitäten entweder alleine unternahm oder ganz darauf verzichtete. Obwohl sie ihren Partner liebt, begleitet sie manchmal der Gedanke, dass sie mit einem gesunden Mann mehr Möglichkeiten hätte.

Ich hätte mich am liebsten fast getrennt. Also wirklich, wir sind von den Ferien nach Hause gekommen und ich musste sagen also wirklich, dann geht man in die Ferien und will es schön haben und und irgendwie... Horror, eine Woche lang Katastrophe. (Interviewpartnerin 1, Zeile 246-248)

Eine interviewte Frau schilderte, dass der Schlaganfall für die Beziehung einschneidend war, weil sich die Persönlichkeit des Betroffenen durch den Schicksalsschlag veränderte. Das Paar entschied deshalb, eine Beziehungstherapie bei einer Paarberatung in Anspruch zu nehmen. Ihre Erwartungen an die

Therapie konnten jedoch nicht erfüllt werden, weil der Psychologe zu wenig auf ihre Anliegen im Zusammenhang mit dem Schlaganfall eingehen konnte. Letztlich begann sich das Paar mit der Situation und der damit verbundenen Herausforderungen abzufinden und brach die Therapie ab.

«Ein solches Ereignis, das verändert relativ stark auch die Person, den Charakter, die Lebenseinstellung, das Leben und den Alltag im Allgemeinen, auch wenn er wieder gesund ist in dem Sinne.» (Interviewpartnerin 1, Zeile 643-645)

Ebenfalls von Belastungen in der Partnerschaft sprachen zwei weitere Interviewpersonen. Eine Interviewpartnerin berichtete davon, dass sie ihren Ehemann oft darauf hinweisen muss, dass sich auch ihr Leben veränderte und sie durch den Schlaganfall ebenfalls belastet sei, auch wenn sie körperlich gesund ist.

Er hat oft gesagt: «Ich habe mir mein Lebensabend oder meine Rente anders vorgestellt.» Dann sage ich ihm manchmal: «Und ich? Ähm ich habe mir es auch anders vorgestellt, ich sitze im selben Boot drin wie du, ich rudere auch.» Nur nicht, dass ich körperlich belastet bin aber die Belastung besteht trotzdem. (Interviewpartnerin 4, Zeile 111-114)

Eine andere Interviewperson beschreibt das fehlende Verständnis, welches sie teilweise gegenüber ihrem Partner spürt. Sie kann beispielsweise nicht nachvollziehen, dass er nach einem halben Tag bei der Arbeit keine Energie mehr hat oder er das Tempo beim Spazieren nicht beschleunigen kann. Ihr Partner beschreibt ihr sein Befinden, aber sie kann es nicht nachvollziehen.

Belastungen bezüglich der Sexualität wurden nur von einer Interviewpartnerin angesprochen. Sie erzählte, dass ihr Partner, unmittelbar nach dem ersten Sex seit dem Schlaganfall, seine Therapieübungen durchführte. Das stiess bei ihr auf totales Unverständnis.

5.4 Fachliches Hilfesystem für Schlaganfallbetroffene sowie Partnerinnen und Partner

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Unterstützungssysteme, welche nach einem Schlaganfall möglicherweise greifen, näher beleuchtet. Im Fokus stehen die Unterstützung durch medizinische Fachpersonen sowie der Krankenkasse und der IV.

Unmittelbar nach dem Schlaganfall nahmen die interviewten Personen die Unterstützung durch Fachpersonen sehr unterschiedlich wahr. Die Tage nach dem Schlaganfall wurden in allen Gesprächen ähnlich geschildert. Die Partnerinnen und Partner fühlten eine grosse Leere und Hilflosigkeit und waren mit der Situation überfordert. Eine interviewte Person äusserte, dass sie im Spital von einer Professionellen der Sozialen Arbeit aufgesucht wurde, welche sich nach dem Betroffenen erkundigte und ihr Angebot vorstellte. Dass es bei einem einzigen Termin blieb, bedauerte die Interviewpartnerin.

«Ähm, im Spital die Sozialarbeiterin hat sich nicht mehr bei mir gemeldet. Vielleicht hätte sie mir noch sagen können, wo, wie und was. Aber ich hatte den Draht zu ihr auch nicht mehr. Das war ein bisschen schade.» (Interviewpartnerin 3, Zeile 171-173)

Vier der fünf interviewten Personen gaben an, dass sie im Akutspital oder der Rehabilitationsklinik allenfalls psychiatrische oder psychologische Hilfe in Anspruch genommen hätten, wären entsprechende Fachpersonen für die Angehörigen vor Ort gewesen. Dies war jedoch in keinem Fall gegeben.

«Für fachliches Personal müsste geschaut werden. Weil das ist wirklich einen Einschnitt ins Leben, der sehr schwierig ist.» (Interviewpartnerin 3, Zeile 146-147)

Wiederholt wurde geschildert, dass in der Zeit nach dem Schlaganfall die Energie fehlte, um nach einer geeigneten Fachperson für eine Therapie zu suchen. Zudem fühlten sich die interviewten Personen mit der Situation überfordert und wussten teilweise nicht, an wen sie sich hätten wenden können. Alternativ wurde auf das eigene soziale Umfeld zurückgegriffen, mit welchem sich die Interviewten austauschen konnten.

«Nein. Ich hätte auch nicht gewusst wo ich hätte Hilfe holen können oder was würde mir indem Sinne helfen.» (Interviewpartnerin 1, Zeile 613-614)

Weiter wurden die langen Wartezeiten für einen Termin bei psychiatrischen oder psychologischen Diensten in den Interviews bemängelt. Durch den unmittelbaren Therapiebedarf waren die Partnerinnen und Partner meist nicht bereit, mehrere Wochen oder gar Monate auf einen Termin zu warten und verzichteten letztlich auf psychologische oder psychiatrische Unterstützung.

Zwei der interviewten Frauen betonten, dass sie ihrer eigenen psychischen Gesundheit kaum Achtung schenken, obwohl der Schlaganfall des Partners schon mehrere Jahre zurückliegt. Grundsätzlich wären beide bereit eine Therapie zu machen, jedoch fehlte bisher die Energie dazu oder sie fanden die geeignete Therapieform noch nicht.

«Für mich habe ich den richtigen Weg eigentlich noch nicht gefunden, ausser eben einfach damit umzugehen beziehungsweise weiterzumachen.» (Interviewpartnerin 1, Zeile 647-648)

Fragile Suisse und andere Organisationen bieten Selbsthilfegruppen für Angehörige von Schlaganfallbetroffenen Personen an. Vier von fünf interviewten Personen erwähnten im Laufe des Gesprächs dieses Angebot. Dass in den meisten Selbsthilfegruppen sowohl Partnerinnen und Partner als auch Betroffene eines Schlaganfalls dieselben Sitzungen besuchen, wurde von einer Interviewpartnerin kritisiert. Die herausfordernden Themen in der Selbsthilfegruppe wurden von ihr als energieraubend beschrieben, was dazu führte, dass sie die Sitzungen als auslaugend wahrnahm. Da die Treffen für die genannte Frau keinen Mehrwert darstellten, wurden sie in der Folge nicht mehr besucht. Eine andere Interviewpartnerin konnte die Kraft nicht aufbringen, um in die Selbsthilfegruppe zu gehen. Zwei interviewte Personen äusserten, nie Bedarf an einer Selbsthilfegruppe gehabt zu haben und beschäftigten sich deshalb auch nicht damit.

«Da bin ich gegangen, aber ich bin dort raus und ich bin total demoralisiert gewesen.» (Interviewpartnerin 4, Zeile 133-134)

Die Interviewten erzählten, den Eindruck zu haben, dass die Krankenakte der Schlaganfallbetroffenen geschlossen wird, sobald sie keine Fortschritte mehr erzielen. Diese Tatsache ist für die Interviewten häufig nur schwer nachvollziehbar, da sie der Ansicht sind, dass die Rückkehr in den Alltag vermehrt durch professionelle Hilfe unterstützt werden sollte, weil die betroffenen Personen ihrer Ansicht nach noch nicht geheilt sind.

«Und das finde ich einfach, du wirst einfach in die Welt herausgelassen, da fragt kein Hahn mehr danach.» (Interviewpartnerin 4, Zeile 223-224)

Zur obligatorischen Krankenversicherung der betroffenen Person nahmen alle Interviewten im Laufe des Gesprächs Stellung. Die Aussagen diesbezüglich fielen sehr ambivalent aus. Eine interviewte Person fühlte sich von ihrer Versicherung von Beginn an vollumfänglich unterstützt. Ihr wurde nach dem Ereignis eine Patientenbegleiterin zur Seite gestellt, welche bis heute ihre Ansprechperson blieb. Die Begleitung der Versicherung war insofern eine Entlastung, weil sie sich sowohl für die Anliegen der betroffenen Person als auch für die Anliegen der Partnerin einsetzte und ihr bei Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten zur Seite stand. Eine interviewte Frau betonte, dass für sie die Einholung der Kostengutsprache bei der Krankenkasse besonders herausfordernd sei. Obwohl ihr Partner seit dem Schlaganfall auf Therapien angewiesen ist, muss sie nach Ablauf der Verordnung jeweils eine neue

Kostengutsprache einholen. Diesbezüglich wird die Krankenkasse als wenig kulant und kaum kooperativ beschrieben. Für die Interviewte ist nicht nachvollziehbar, warum keine langfristigen Verordnungen gewährt werden, da der Betroffene gemäss Ärztinnen und Ärzten das Leben lang auf Therapie angewiesen sein wird.

Eine Interviewte thematisierte die fehlende Vertrauensperson bei der IV. Die wechselnden Ansprechpersonen nimmt sie als hinderlich wahr, weil diese nicht mit dem Krankheitsfall vertraut sind und sie jeweils die ganze Krankheitsgeschichte von Beginn an erzählen muss. Die Möglichkeit einer Rente der IV wurde von zwei Interviewten angesprochen. Beide äusserten, dass die betroffene Person durch den Schlaganfall zwar weniger leistungsfähig ist und rascher ermüdet, aber dennoch keine Rente der IV beanspruchen will.

«Sie sagte, nein ich will kein IV-Fall sein. Sie hat ja jetzt riesig viel Energie reingesteckt, dass ähm wieder Normalität zurückkommt. Dann will sie jetzt kein IV-Fall sein.» (Interviewpartner 2, Zeile 188-189)

Zwei der interviewten Personen betonten, dass sowohl Fachpersonen der Krankenkasse als auch der IV die Betroffenen ausschliesslich an erbrachten Leistungen und medizinischen Fortschritten messen und nicht die Person als Individuum betrachten.

5.5 Soziales Netzwerk der Paare

Dieser Abschnitt umfasst Aspekte des sozialen Netzwerkes. Die interviewten Personen erläuterten dabei den Kontakt zu ihrem Umfeld und nahmen Bezug zu ihren sozialen Beziehungen.

Vier von fünf Interviewpersonen führten den Kontakt zu ihrem nahen sozialen Umfeld näher aus. Eine Interviewperson erzählte, dass sie nach dem Schlaganfall den Arbeitgeber ihres Partners und die Vereine über das Ereignis informieren musste. Dies empfand sie als herausfordernd, da sie diese Personen nicht persönlich kannte. Schwierig war für sie auch, dass der Arbeitgeber darauf drängte, dass ihr Partner baldmöglichst wieder zur Arbeit zurückkehrte. Ein Interviewpartner machte sich Gedanken, wie differenziert er die verschiedenen Personen informieren sollte. Ebenfalls koordinierte er in der ersten Zeit die Besuche im Akutspital und der Rehabilitationsklinik. Eine Interviewpartnerin berichtete, dass die anfänglich grosse Anteilnahme nachgelassen hat. Ihre eigenen Töchter unterstützten sie, aber sie würde sich von ihren Verwandten mehr Beistand wünschen. Sie meinte, dass man sich seine Familie nicht aussuchen kann, aber dafür seine Freundinnen und Freunde. Diese bieten ihr auch Hilfe an.

Eine andere Interviewpartnerin erklärte, dass sie für ihren Ehemann oft Gespräche mit anderen Personen übersetzen muss, weil man ihn schlecht verstehen kann. Wahrscheinlich liegt das nicht nur am Hirnschlag, sondern auch an seinem einstigen Zungenkrebs.

Alle Interviewpersonen nahmen Bezug auf die sozialen Beziehungen, die ihnen wichtig sind. Eine Interviewpartnerin berichtete, dass sich die Beziehungen durch den Hirnschlag verändert haben. Da ihr Partner nicht mehr so belastbar ist, nehmen sie seltener an Anlässen teil. Deshalb pflegen sie gewisse soziale Beziehungen weniger intensiv. Die Interviewte kann stets auf die Unterstützung ihrer Eltern zählen, so auch in der Zeit rund um den Schlaganfall. Der Interviewpartner berichtete, dass sie keine Kinder haben und ihre Familien nicht in der nahen Umgebung und teilweise sogar im Ausland wohnen. Dadurch war klar, dass hauptsächlich er Unterstützung leistete nach dem Schlaganfall. Seine Partnerin und er pflegen solide Beziehungen und sind in ihrer Nachbarschaft gut vernetzt. Durch den Schlaganfall sind keine neuen Beziehungen entstanden.

Gegenteiliges berichtete eine andere Interviewperson. Sie pflegten im Spital einen guten Kontakt zum Pflegepersonal und zum Zimmernachbarn und dessen Ehefrau. Die Partnerinnen konnten sich dazumal gegenseitig Beistand leisten und pflegen heute noch Kontakt. Das gemeinsame Schicksal hat sie verbunden. Trotz der schwierigen Situation konnten sie manchmal gemeinsam lachen. Weiter erzählt die Interviewpartnerin davon, wie ihre Freundinnen und Freunde sie nach dem Schlaganfall unterstützten. Beispielsweise fuhren sie mit ihrem Ehemann zu den Therapien oder luden sie gemeinsam zum Essen ein. Eine Freundin stellte für sie regelmässig Mahlzeiten in den Briefkasten, damit sie nach einem langen Tag im Spital nicht mehr kochen musste. Bis heute kocht eine andere Freundin für ihren Ehemann, wenn die Partnerin zur Arbeit muss. Die Interviewpartnerin betonte, dass bereits Kleinigkeiten sehr viel ausmachen. Sie nahm die Hilfsangebote immer gerne an, aber hatte Mühe, selbst um Hilfe zu fragen.

Das sind die Kleinigkeiten, die wirklich sehr viel ausmachen. Und einfach auch das Dasein oder etwas anbieten. Weil selbst fragst du nicht und magst teilweise auch gar nicht zu fragen. Aber wenn dir das jemand anbietet, nimmt man das sehr gerne an. Mir ging es jedenfalls so. (Interviewpartnerin 3, Zeile 281-284)

Eine weitere Interviewpartnerin berichtete, dass für sie ihre erwachsenen Kinder eine grosse Unterstützung sind. Sie übernehmen Verantwortung und spenden ihr Kraft, wofür sie sehr dankbar ist.

«Und auch dankbar sein, dass wir so drei ganz ganz tolle Kinder haben. Wirklich also. Das ist das, was uns am Leben behält oder mir vor allem enorm Auftrieb gab und die standen immer zu uns und schauten und machten.» (Interviewpartnerin 4, Zeile 74-76)

Eine Interviewte erzählte, dass ihr Ehemann und sie soeben zusammen mit Freundinnen und Freunden für ein Wochenende verreist waren. Dabei unternahmen sie auch getrennt Aktivitäten, was ihr Ehemann nicht so mochte. Sie findet es schwierig, dass die Personen aus ihrem Freundeskreis ihren Ehemann sprachlich schlecht verstehen können und er das realisiert. Anfänglich gingen ihnen einige Personen aus dem Weg, indem sie beispielsweise die Strassenseite wechselten. Die Interviewpartnerin glaubt, dass dies auf ihre Überforderung zurückzuführen ist und nimmt ihnen dieses Verhalten nicht übel. Als sie ihren Ehemann das erste Mal in der Rehabilitationsklinik besuchte, wick sie ebenfalls einem Mann aus, der mit ihr sprechen wollte, aber sie kein Wort verstand. Sie informierte jeweils ihre Freundinnen und Freunde vorgängig, dass sie im Gespräch nachfragen und Geduld haben müssen. Heute nehmen viele Rücksicht auf ihren Ehemann und bemühen sich sehr. Weiter erzählte sie, dass ihr Ehemann früher sehr gesellig war und auch aktiv in Vereinen mitwirkte. Er war wenig zu Hause. Heute muss sie ihn dazu motivieren, dass er auch ohne sie soziale Kontakte pflegt. Beispielsweise trifft er sich wöchentlich mit ein paar Freunden zum Boccia-Spielen und einem Apéro. Dies ist für seine psychische Gesundheit förderlich, aber oft muss sie ihn dazu etwas animieren.

Eine Interviewpartnerin berichtete, dass für sie und ihr Umfeld der Schlaganfall ihres Partners kaum Thema ist. Nach dem Schlaganfall zeigte sich deutlich, wer die wahren Freunde sind. Viele Freunde besuchten ihren Partner im Spital und erkundigten sich über seinen Gesundheitszustand. Die Interviewte ist überzeugt, dass man auch selbst viel dazu beitragen kann. Mit einer guten Beziehungspflege kann man eher auf gute Freunde zurückgreifen, wenn Unterstützung notwendig wird.

«Aber dort ist jeder vielleicht auch ein bisschen selbst verantwortlich, dass man seine Beziehungen pflegt und dann auch wieder auf diese zurückgreifen kann, wenn man sie mal braucht.» (Interviewpartnerin 5, Zeile 279-280)

Drei interviewte Personen nahmen Bezug auf die Fremdwahrnehmung vom erweiterten Umfeld auf die Genesung der schlaganfallbetroffenen Person, den eigenen Unterstützungsbedarf und die Partnerschaft. Eine Interviewpartnerin erzählte, dass einige Personen aus ihrem Umfeld sagen, wie schön es ist, dass sich ihr Partner wieder so gut erholte. Jedoch frage niemand nach, wie es ihr mit der Situation gehe. Das Zusammenleben erschwerte sich laut ihrer Aussage nach dem Schlaganfall deutlich.

Eine Interviewpartnerin empfand es schwierig, wenn Aussenstehende Ratschläge gaben, die nie mit einer ähnlichen Situation konfrontiert waren. Sie machte auch die Erfahrung, dass Personen den Nutzen einer Therapie anzweifeln. Jedoch ist sie überzeugt, dass diese Personen kein Wissen zur Thematik haben und deshalb solche Äusserungen machen. Wenn andere Menschen ihren Partner kaum beachten und nicht mit ihm sprechen, empfindet sie das als grosse Herausforderung.

5.6 Alltagsbewältigung der Paare

Dieser Abschnitt umfasst die Auswirkungen seit dem Schlaganfall auf verschiedenste Lebensbereiche. Die interviewten Personen erzählten, wie sie ihren Alltag gestalten und inwiefern sie durch den Schlaganfall stärker belastet sind. Sie thematisierten auch die Erwerbstätigkeit der Betroffenen und ihre gemeinsame finanzielle Situation. Weiter nahmen sie Stellung zu ihrer Wohnsituation.

Eine Interviewpartnerin berichtete bezüglich der gemeinsamen Finanzen, dass ihr Partner aufgrund des Schlaganfalls nur noch einer Erwerbstätigkeit von 50% nachgehen kann und von der IV eine halbe Rente bezieht. Dieses Einkommen reicht für die ordentlichen Auslagen, wie auch für eine aktive Freizeitgestaltung und die Ferien aus. Jedoch erlaubt es die Situation nicht, für grössere Investitionen wie beispielsweise eine längere Ferienreise, ein Eigenheim oder eine eigene Familie zu sparen, was die Partnerin bedauert. Sie erwähnte auch, dass die Wohnungssuche ebenfalls von dieser Ausgangslage tangiert war bzw. mit einem höheren Einkommen ihnen mehr Angebote zur Verfügung gestanden hätten. Bezüglich des Wohnens äusserte sich noch eine zweite Interviewpartnerin. Diese erzählte, dass sie wegen des Schlaganfalls umziehen mussten, weil es für ihren Partner psychisch zu belastend war, in der angestammten Umgebung zu verbleiben. Die restlichen Interviewpersonen äusserten sich nicht zu ihrer Wohnsituation.

Die Arbeitsstelle des Betroffenen wurde von einer Interviewpartnerin aufgegriffen. Sie berichtete, dass ihr Ehemann wegen des Schlaganfalls aus seinem Erwerbsleben gerissen wurde, was für ihn sehr schwierig ist. Er hatte eine anspruchsvolle Stelle und wurde von seinen Mitarbeitenden sehr geschätzt. Er befindet sich noch nicht im ordentlichen Pensionsalter und es ist das Ziel, dass er einer Arbeit im geschützten Rahmen nachgehen könnte. Er ist momentan ausschliesslich zu Hause und es wäre wünschenswert, wenn er eine angepasste Beschäftigung aufnehmen könnte. Sie berichtete, dass ehemalige Mitarbeitende ihren Ehemann oft besuchten. Diese Begegnungen waren sehr berührend und ihr Ehemann durfte dabei viel Wertschätzung erfahren. Die Partnerin hätte sich gewünscht, dass der damalige Arbeitgeber ihren Ehemann stärker unterstützt hätte und die Beziehung weitergepflegt hätte. Sie hätte es als wichtig erachtet, dass der Kontakt zum Arbeitsumfeld bestehen bleibt, weil die Arbeit für ihren Ehemann einen hohen Stellenwert einnahm.

«Das war sehr hart, dass er nicht mehr arbeiten konnte. Er ist auch jetzt immer zu Hause. Und wir sind ja noch nicht im Pensionsalter. Einen Tag auf den anderen hatte er den Job nicht mehr.» (Interviewpartnerin 3, Zeile 289-291)

Über den Alltag und deren Gestaltung erzählten alle Interviewpersonen. Eine Interviewte berichtete, dass sie sich angewöhnte, mit ihrem Partner mitzudenken, damit er wichtige Aufgaben nicht vergisst. Er weigert sich, Notizen zu machen, was sie als erschwerend empfindet. Sie fühlt sich dadurch belastet und gestresst, weil sie nebst ihren eigenen Aufgaben auch an die ihres Partners denken muss bzw. sich dafür verantwortlich fühlt. Entlastung im Alltag erfährt die Interviewpartnerin dadurch, dass ihre Mutter einen Tag pro Woche die Betreuung ihrer kleinen Tochter übernimmt. Sie möchte ihre Mutter nicht darum bitten, mehr Fremdbetreuung zu übernehmen, da diese selbst noch in einem 70%-Pensum erwerbstätig ist. Vom Interviewpartner erfuhren wir, dass er und seine Partnerin nach dem Schlaganfall relativ mühelos wieder in ihren normalen Alltag zurückkehrten. Nachdem seine Partnerin nach kurzer Zeit wieder arbeitsfähig war, konnte auch er sich wieder vollumfänglich seiner eigenen Arbeit widmen. Ebenfalls berichtete eine Interviewpartnerin von geringen Einschränkungen im Alltag. In den Ferien und der Freizeit können sie fast alles unternehmen, ausser gewisse Extremsportarten. Nachdem sie mit ihrem Partner zusammengezogen war, bemerkte sie einige kleine Einschränkungen bei der Haushaltsführung, welche mit dem Schlaganfall in Verbindung stehen. Bei den gemeinsamen Mahlzeiten benötigt ihr Partner relativ viel Platz, oder beim Schlafen müssen sie auf die Position seines Armes achten.

Gegenteiliges erzählten uns die zwei anderen Interviewpersonen. Eine Interviewte meinte, dass sich ihr eigenes Leben seit dem Schlaganfall komplett veränderte und sie nun auch das Leben ihres Ehemannes lebt. Es ist nichts mehr so wie zuvor. Sie vermisst ihr altes Leben und hätte noch viele Pläne gehabt. Sie versucht, sich nicht zu viele Sorgen über ihre Zukunft zu machen und hofft, dass alles gut kommen wird. Die andere Person sprach von einschneidenden Veränderungen in ihrem Alltag. Sie findet es wichtig, dass ihr Ehemann regelmässig das Haus verlässt und überlegt sich deshalb Beschäftigungsaufgaben für ihn, wie beispielsweise das Einkaufen im Dorfladen. Sie fühlt sich seit dem Schlaganfall zu Hause am wohlsten, weil dort die medizinische Versorgung ihres Ehemannes gewährleistet ist. Sie berichtete in diesem Zusammenhang von Ferien, welche aufgrund der gesundheitlichen Situation ihres Ehemannes frühzeitig abgebrochen werden mussten.

Wir mussten abrechnen. (. . .) Auf alle Fälle habe ich gesagt, was sollen wir in einem Hotel? Du kannst nicht richtig, ich glaube er konnte nicht schlucken. Du kannst nicht essen, du kannst nicht trinken. Also dann gehen wir nach Hause. Da ist es mir wohler zu Hause und dann können wir da und sind in der Nähe des Doktors oder vom Spital. (Interviewpartnerin 4 Zeile 332-336)

Eine andere Interviewpartnerin berichtete, dass sie sich stärker belastet fühlt. Die gesamte Verantwortung und Organisation liegt bei ihr. Beispielsweise telefoniert sie für ihren Ehemann. Dabei muss sie stets nachfragen, rückfragen und vermitteln.

Eng verbunden mit der Alltagsgestaltung erachten wir auch die Mehrbelastung, welche für Partnerinnen und Partner aufgrund des Schlaganfalls resultiert. Darüber äusserten sich vier von fünf der Interviewpersonen. Die eine Interviewpartnerin erzählte, dass sie in der Zeit nach dem Schlaganfall jeden Tag arbeitete und jeweils am Abend ins Akutspital oder später in die Rehabilitationsklinik fuhr. Dort gab es für sie, nebst dem eigentlichen Besuch, auch Vieles zu regeln. Sie kehrte anschliessend spät nach Hause zurück, wo sie dann noch den Haushalt, die Post und die Zahlungen erledigen musste. Am anderen Morgen ging sie wieder zur Arbeit. Sie fühlte sich damit überfordert und befürchtete, selbst zu erkranken.

Ähnliches berichtete eine weitere Interviewpartnerin, die in einem Teilzeitpensum arbeitete. An ihren freien Tagen hielt sie sich im Akutspital oder in der Rehabilitationsklinik auf. Sie sagte, dass sie einfach nur funktionierte. Auch sie erwähnte, dass sie viele Angelegenheiten organisieren musste, wie beispielsweise das Erledigen von Bankgeschäften oder den Aufenthalt ihres Partners in der Rehabilitationsklinik. Sie musste sich gut informieren, um den Überblick über die Situation zu behalten und auch dauernd nachhaken und Dinge hinterfragen. Sie musste aktiv nach einer geeigneten Fachperson suchen, welche sie unterstützen würde. Diese Hilfe fehlt ihr.

«Aber eben wir kämpfen. Wir müssen immer wieder schauen und wenn man vielleicht nicht nachhakt und eine Person ist, die halt näher nachfragen geht, ist man in diesem Salat verloren. Das ist ganz klar.»
(Interviewpartnerin 3, Zeile 414-416)

6 Interpretation der Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus dem fünften Kapitel «Darstellung der Ergebnisse» interpretiert. Die Ergebnisse werden in Bezug auf die Krisenintervention, auf die Beratungsmethodik und auf die Salutogenese interpretiert. Abschliessend werden die sechs relevantesten Aspekte genannt. Es gilt zu beachten, dass der Schweregrad des Schlaganfalls sehr individuell ist und die Folgen bei allen Betroffenen unterschiedlich ausgeprägt sind. Somit sind auch die Belastungen für Partnerinnen und Partner sehr unterschiedlich.

6.1 Interpretation der Datenlage vor dem Hintergrund der Krisenintervention

In Anlehnung an die Definition von «Krise» im Unterkapitel 3.2.2 «Krisenintervention», befinden sich Partnerinnen und Partner nach dem Schlaganfall womöglich in einer Krise und sind deshalb auf die Unterstützung von einer Fachperson der Sozialen Arbeit angewiesen. Damit die Intervention entsprechend des Stadiums, in dem sich die Partnerin oder der Partner befindet, geplant werden kann, ist Fachwissen zu den Krisen eine wichtige Voraussetzung für Fachpersonen. Entsprechende Interventionen sollen auf das Stadium der Krise abgestimmt werden, in der sich das Klientel befindet. Da eine Krisenintervention insbesondere kurz nach dem Schlaganfall indiziert ist, wäre diese durch die Klinische Sozialarbeit zu leisten. Partnerinnen und Partner können sich kurz nach dem Schlaganfall in einem Schock befinden. Ihre bewährten Bewältigungsstrategien funktionieren nicht mehr. Insbesondere da wären eine aktive Haltung und direktives Arbeiten wichtig. Die Partnerinnen und Partner berichteten in den Interviews, dass sie kurz nach dem Ereignis viele organisatorische Tätigkeiten übernehmen mussten, die sie teilweise überforderten. In diesem Zusammenhang erwähnten einige Partnerinnen und Partner Gefühle von Hilflosigkeit und Mehrbelastung. Die Gründe dafür sind vielfältig. Insbesondere zu erwähnen gilt jedoch die fehlende Kraft und der Schock kurz nach dem Ereignis. Diese beiden Aspekte können Partnerinnen und Partner daran hindern, gewohnte Tätigkeiten auszuführen. Obwohl sie sich eigentlich nicht in der Lage fühlten, mussten sie Vieles übernehmen, weil ihnen kaum Hilfe von Professionellen angeboten wurde. Einige Partnerinnen und Partner erwähnten, dass ihnen entsprechende Angebote bekannt waren, sie jedoch nicht die Energie aufbringen konnten, sich darum zu kümmern. Deshalb sollten Sozialarbeitende der Klinischen Sozialarbeit aktiv auf die Partnerinnen und Partner zugehen und ihnen organisatorische Tätigkeiten abnehmen. Durch die daraus entstandene Arbeitsbeziehung könnte die Fachperson im Rahmen einer Krisenintervention in der Bewältigung unterstützend wirken.

6.2 Interpretation der Datenlage vor dem Hintergrund der Beratungsmethodik

Die erste Phase nach dem Schlaganfall, als die Betroffenen im Spital und in der Rehabilitation waren, empfanden die interviewten Personen als sehr intensiv. Die Angehörigen mussten informiert, die Rehabilitation, Besuche und Fahrdienste organisiert, eine IV-Anmeldung erstellt und Abklärungen mit der Krankenkasse gemacht werden. Gemäss Aussagen der Interviewten wurde kaum Unterstützung durch Fachpersonen geleistet. Besonders in dieser Situation wären jedoch Sachleistungen zentral, die unter anderem von Fachpersonen der Sozialen Arbeit erschlossen werden könnten. Partnerinnen und Partner erhalten zwar Informationen wie beispielsweise mittels Flyer, müssen sich dann jedoch selbst bei der entsprechenden Organisation melden. Aufgrund der Überforderung mit der Situation können diese Informationen jedoch nicht verarbeitet werden und das Angebot wird deshalb nicht in Anspruch genommen. Deswegen sollten Fachpersonen eine aktive Haltung pflegen, indem sie die Partnerinnen und Partner direkt ansprechen, über die Angebote informieren, Termine vereinbaren und Dienstleistungen organisieren. Um die Hilfe annehmen zu können, ist der Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung mit Joining in der systemischen Beratung zentral. Weiter ist insbesondere zu Beginn der Beratung eine umfassende Auftragsklärung relevant. Wie in Unterkapitel 3.2.3 «Systemische Beratung» beschrieben, werden dabei die Erwartungen der anwesenden Personen geklärt. Die Soziale Arbeit sollte während dem Spital- und Rehabilitationsaufenthalt, sowie nach der Rückkehr nach Hause aufsuchend gestaltet sein. Es soll jeweils nachgefragt werden, was gut und schwierig ist und ob Hilfe geleistet werden kann. Insbesondere nach dem Austritt stellt die Zuständigkeit jedoch eine grosse Herausforderung dar. Viele Fachpersonen und Institutionen können involviert sein, jedoch trägt niemand die Hauptverantwortung. Nebst den Ressourcen, die Institutionen zur Verfügung stellen können, sind die eigenen Ressourcen und die des nahen Umfelds zentral. Die Partnerinnen und Partner müssen befähigt werden, um diese Ressourcen nutzen zu können. Dies scheint vor allem langfristig wichtig zu sein. Im ersten Stadium einer Krise soll, wie oben beschrieben, eine aktive Haltung der Sozialarbeitenden eingenommen werden.

Die interviewten Personen zeigten gegenüber Fachpersonen eine kritische Haltung. Zum einen sind die Angebote schwer zugänglich (Ort, Kosten, Wartezeiten, etc.) und nicht niederschwellig gestaltet. Zum anderen sind sie zu unpersönlich, da immer wieder das Gleiche erzählt werden muss. Ebenfalls scheint es problematisch zu sein, wenn die Beratungen zu wenig auf den Schlaganfall ausgerichtet sind. Die Partnerinnen und Partner, sowie die betroffenen Personen müssen sich in ihrer Lebenswelt verstanden fühlen, um Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Deshalb ist spezifisches Wissen über den Schlaganfall und die folgenden Herausforderungen sehr wichtig. Neben dem Wissen ist jedoch insbesondere die Haltung der beratenden Person gegenüber der Klientel und deren Situation zentral. Wie in Unterkapitel 3.2.3 «Systemische Beratung» beschrieben, ist die Klientel Expertin oder Experte für das eigene Leben.

Beratungen oder Therapien scheinen zum einen mit der Partnerin oder dem Partner allein angezeigt, zum anderen jedoch auch mit dem Paar. Eine Paartherapie kann sinnvoll sein, weil Zirkularitäten und Abhängigkeiten zwischen dem Paar bestehen. Wenn die betroffene Person beispielsweise mit dem Ereignis hadert, hat dies einen Einfluss auf den Umgang der Partnerin oder des Partners mit dem Schlaganfall. Oder wenn die betroffene Person von ihrer Partnerin oder ihrem Partner abhängig ist, kann sich diese oder dieser wiederum eingeschränkt fühlen. Zirkularitäten und Muster können, wie in Unterkapitel 3.2.3 «Systemische Beratung» beschrieben, mit «Verstörung» aus der systemischen Intervention durchbrochen werden. Ebenfalls müssen die Rollen in der Beziehung nach einem Schlaganfall neu definiert werden. Eine Einzelberatung mit der Partnerin oder dem Partner scheint ebenfalls sinnvoll, weil alle Interviewten Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Ereignis äusserten. Die Partnerinnen und Partner sollten in der Annahme des Schicksals und in der Verarbeitung des Traumas unterstützt werden. Ebenfalls kann so eine Atmosphäre ermöglicht werden, in der Gefühle zugelassen werden können, ohne dass diese bewertet werden. Die Haltung der Neutralität aus der systemischen Beratung, die in Unterkapitel 3.2.3 «Systemische Beratung» beschrieben wurde, ist in diesem Kontext besonders relevant. Ebenfalls kann mit Reframing das Positive an schwierigen Situationen hervorgehoben werden.

Bewältigungsstrategien im Umgang mit Fremdwahrnehmungen könnten erarbeitet werden. Partnerinnen und Partner könnten dazu motiviert werden, sich selbst etwas Gutes zu tun indem sie beispielsweise Kraft in der Natur tanken gehen. Stresssituationen, wie beispielsweise die Durchführung von Reisen, sollten wenn möglich vermieden oder anders organisiert werden. Weiter sollten die Partnerinnen und Partner in der Beratung erlernen, wie sie Verantwortung abgeben und sich abgrenzen können. Die Interviewten berichteten von grossen Belastungen im Alltag, weil sie sich für alles verantwortlich fühlen. Mit systemischen Fragetechniken aus Unterkapitel 3.2.3 «Systemische Beratung» wie Frageformen, die Unterschiede verdeutlichen oder Fragen zu Möglichkeitskonstruktionen können Hoffnung gefördert, sowie Ziele und Zukunftsperspektiven erarbeitet werden. Weiter sollten in den Beratungen Möglichkeitsräume mit neuen Wirklichkeitsbeschreibungen vergrössert werden. Beispielsweise könnten Muster, die sich durch den Schlaganfall verfestigt haben, durchbrochen werden.

Mehrere Interviewte erzählten, dass sie sich müde und erschöpft fühlen. Dennoch müssen sie den Alltag bewältigen und für ihren Partner oder ihre Partnerin da sein. Wie im ersten Kapitel «Einleitung» aufgezeigt, ist das Risiko für Partnerinnen und Partner erhöht, an einer psychischen Überlastung zu leiden. Psychoedukation und eine allfällige Triage sind deshalb angezeigt. Den Interviews ist zu entnehmen, dass jedoch der psychischen Gesundheit von Partnerinnen und Partnern wenig Beachtung geschenkt wird, weil das Hilfesystem mehrheitlich auf die betroffene Person ausgelegt ist.

Ein weiteres Gefäß für Partnerinnen und Partner wäre die Selbsthilfegruppe. Jedoch erwähnten alle Interviewten, dass sie kein Interesse daran haben oder bereits negative Erfahrungen machten und deshalb keine Selbsthilfegruppe in Anspruch nehmen. Es wurden verschiedene Gründe genannt, wie beispielsweise der Fokus auf das Negative und Belastende oder die Angst vor dem Vergleich, wenn erkannt wird, dass es der Partnerin oder dem Partner am Schlechtesten von allen Anwesenden geht. Eine Möglichkeit wäre zu prüfen, ob Personen mit einem ähnlichen bereits verarbeiteten Schicksalsschlag besser als Gesprächspartnerinnen und -partner geeignet wären. Sogenannte Peers könnten Partnerinnen und Partnern zuhören, Verständnis für die Situation zeigen und Hoffnung vermitteln. Ebenfalls interessant war, dass einige Interviewte erwähnten, dass sie sich mit anderen Partnerinnen und Partnern unabhängig von einer Selbsthilfegruppe austauschen. Diese Gespräche erachteten sie als sehr hilfreich, weil sich die andere Person in einer vergleichbaren Situation befindet. Diese Form der Unterstützung ist vergleichbar mit einer Selbsthilfegruppe, jedoch wählen sich die Gesprächspartnerinnen und -partner gegenseitig selbst aus.

Bei den durchgeführten Interviews stellten wir genderspezifische Unterschiede fest. Partnerinnen fühlen sich für den Haushalt und für die Betreuung der Kinder verantwortlich. Diese Stereotypen werden möglicherweise von der Gesellschaft und von Fachpersonen vermittelt. Somit leidet die Frau neben der tatsächlichen Mehrbelastung zusätzlich an den eigenen hohen Erwartungen und spürt diese auch von der Gesellschaft. Es erscheint uns wichtig, dass den Fachpersonen die genderspezifischen Unterschiede bewusst sind, um in der Beratung gezielt intervenieren zu können. Beispielsweise sollte geprüft werden, ob eine Partnerin Unterstützung bei der Kinderbetreuung oder im Haushalt benötigt und nicht als selbstverständlich erachtet werden, dass sie das alles allein schafft.

6.3 Interpretation der Datenlage vor dem Hintergrund der Salutogenese

Wie im Unterkapitel 3.2.1 «Klinische Sozialarbeit» aufgezeigt, wird in der Klinischen Sozialarbeit der Fokus hauptsächlich auf die Informationsvermittlung gelegt. In den geführten Interviews wurde ersichtlich, dass die Partnerinnen und Partner vor allem im Spital viele Informationen über die Symptome, den Verlauf und die Entlastungsangebote bei einem Schlaganfall erhielten. Wenn Partnerinnen und Partner adäquate Informationen verstehen können, vermitteln diese Sicherheit. Die Verstehbarkeit wird ermöglicht. Sie werden ebenfalls über psychologische Angebote oder Selbsthilfegruppen informiert. Jedoch können sie diese Angebote im Schock kaum in Anspruch nehmen. Nach dem Spitalaufenthalt sind solche Ressourcen nur mit viel Eigeninitiative zugänglich und werden deshalb selten genutzt. Es zeigt sich, dass Informationen allein für die Nutzung der Ressourcen und somit für die Bewältigung nicht genügen. Hier gilt es zu prüfen, weshalb die vorhandenen Ressourcen nicht genutzt werden können und wie die Partnerinnen und Partner befähigt werden müssten. Wie im Unterkapitel 3.3 «Die Theorie der Salutogenese» ausgeführt, können Menschen mit einem starken Kohärenzsinn

vorhandene Ressourcen besser erkennen und nutzen. Die Informationen werden handhabbar, wenn die Betroffenen dazu ermächtigt werden. Dies scheint einigen Interviewten bereits teilweise gelungen zu sein. Wenn Partnerinnen und Partner Ressourcen in Anspruch nehmen können, fühlen sie sich selbstwirksam. Dies führt ebenfalls zu einer besseren Handhabbarkeit. Um die Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit zu verstehen, muss das Ereignis bewältigt werden. Die Bewältigung hilft, das Ereignis zu akzeptieren, anzunehmen und in die eigene Biografie zu integrieren. Bei mehreren interviewten Personen scheint dies nicht gegeben zu sein. Dies wird sichtbar, weil die Interviewten mit dem Ereignis hadern und den Blick auf das Negative gerichtet haben. Für die Sinnhaftigkeit ist jedoch die Frage nach dem WARUM relevant. Es geht darum, dass die Partnerinnen und Partner zulassen können, was sie fühlen, denken und erleben.

Zwei interviewte Personen scheinen die Sinnhaftigkeit erkannt zu haben. Sie unterscheiden sich von den anderen, indem sie die Sichtweise auf das veränderte Leben bereits akzeptiert haben. Dieses ist nicht dauernd geprägt von Verzicht und Verlust. Die Interviewten mit der schwachen Sinnhaftigkeit haben das Gefühl, sich ständig der schlaganfallbetroffenen Person anpassen zu müssen. Sie berichten von Einschränkungen bei den Ferien oder beim Restaurantbesuch. Diese Einschränkungen werden von den Interviewten negativ bewertet. Mit dem Erkennen von Sinnhaftigkeit würde das «sich anpassen müssen» wegfallen und die Partnerinnen und Partner könnten beispielsweise ohne schlechtes Gewissen allein in die Ferien fahren. In diesem Kontext war auffallend, dass die Arbeit für alle Interviewten einen guten Ausgleich darstellt und sie deshalb sehr gerne arbeiten. Eine Interviewte beschrieb ihre Arbeit als Oase, in der sie Kraft tanken kann. Hier stellt sich die Frage, wo ein Unterschied zwischen dem Ausgleich bei der Arbeit und beispielsweise bei Ferien ohne die schlaganfallbetroffene Person besteht. Möglicherweise legitimiert die Arbeit für die Partnerinnen und Partner eher eine Auszeit vom belastenden Alltag, als Ferien ohne die schlaganfallbetroffene Person. Es zeigt sich, dass es den Interviewten besser geht, wenn sie etwas machen, was ihnen gut tut und sie so ihre Widerstandsressourcen aktivieren können. Verfügen Menschen über geeignete generalisierte Widerstandsressourcen, wird der Kohärenzsinn gestärkt, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit der Partnerinnen und Partner auswirken kann. Wie im dritten Kapitel «Bezugsrahmen» beschrieben, sind unter anderem die sozialen Beziehungen als Ressource für die Entwicklung eines starken Kohärenzsinns zentral. Im zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» wurde jedoch aufgezeigt, dass sich die Partnerinnen und Partner nach einem Schlaganfall oft sozial isolieren und dies einen wesentlichen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben kann. Einige Interviewte bestätigten dies, indem sie Veränderungen des eigenen sozialen Netzwerks nach dem Schlaganfall feststellten. Damit sich die Partnerinnen und Partner nach dem Schlaganfall nicht sozial isolieren, ist eine Intervention, welche das soziale Netzwerk stärkt, angezeigt.

Wir erachten die Soziale Arbeit als geeignete Profession, um den Kohärenzsinn von Partnerinnen und Partner einer Schlaganfallbetroffenen Person mit dem Sense FOR Coherence zu stärken. Die Soziale Arbeit erschliesst interne und externe Ressourcen, kann Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, Ziele erarbeiten, beraten, triagieren und die Selbst- und Situationswahrnehmung stärken. Dabei hat sie jeweils die Lebenswelt und das System im Fokus. Die Ressourcen und Herausforderungen sind sehr unterschiedlich. Deshalb ist eine individuell auf die Lebenssituation abgestimmte Beratung besonders förderlich. Die Interviewten äusserten, dass beispielsweise im Akutspital oder in der Rehabilitation kaum nach ihrem Befinden gefragt wurde. Viel häufiger ging es um die betroffene Person selbst. Die Partnerinnen und Partner fühlten sich deshalb allein gelassen und vergessen. Obwohl man die interviewten Personen zu Beginn darauf hinwies, dass es in diesem Interview um ihre Situation geht, schweiften sie oft wieder zu der betroffenen Person ab. Es zeigte sich, dass einerseits Fachpersonen die Partnerinnen und Partner vergessen, andererseits sie sich auch selbst in den Hintergrund stellen. Deshalb sollte die Soziale Arbeit aufsuchend gestaltet sein und den Fokus auf die Partnerin oder den Partner legen. Wenn nötig sollten Partnerinnen und Partner immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, dass es auch um sie und ihre Bedürfnisse geht. Mehrere Interviewte erzählten, dass sie jeweils Tag für Tag nehmen. Dabei ist Resignation spürbar. Deshalb ist das Erarbeiten von Zukunftsperspektiven mit Zielen in der Beratung zentral. Dadurch können sich Partnerinnen und Partner wieder selbst in den Fokus setzen und für sich eigene Ziele verfolgen. Der Fokus sollte dabei auf ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen liegen. Ebenfalls könnte vermittelt werden, dass sich alle Menschen auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befinden und es einem trotz des Schlaganfalls nicht überall schlecht gehen muss. Diese Erkenntnis könnte wiederum hilfreich sein, um sich auf andere Lebensbereiche zu konzentrieren und eigene Ziele zu verfolgen. Alle Interviewten erzählten von Bewältigungsstrategien, die ihnen helfen, sich wieder besser zu fühlen. Dabei findet eine Verschiebung Richtung Salutogenese auf dem Kontinuum statt. Die betroffene Person befindet sich ebenfalls auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und kann sich trotz des Schlaganfalls in anderen Bereichen des Lebens gesund fühlen. Dies hat einen grossen Einfluss auf die Bewältigung des Ereignisses, was wiederum einen Einfluss auf den Partner oder die Partnerin hat.

Weiter war auffällig, dass Persönlichkeitsmerkmale und Beziehungsmuster durch das Ereignis vermehrt zum Vorschein kommen. Interviewte mit einer aufopfernden Persönlichkeit stecken tendenziell ihre Bedürfnisse nach dem Schlaganfall noch mehr zurück. Personen, die hingegen eher selbstbezogen sind, stehen vermehrt für ihre Bedürfnisse ein und erkennen, was ihnen gut tut. Ebenfalls beobachteten wir Beziehungen mit eher starken Abhängigkeiten und andere, die sich gegenseitig viel Freiräume ermöglichen. Innerhalb der Paarbeziehungen sind Wechselwirkungen erkennbar, die wiederum einen Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung haben. Wenn die betroffene Person ihre Ressourcen

erkennen und nutzen kann, fällt der Umgang mit der Erkrankung der Partnerin oder dem Partner möglicherweise leichter. Deshalb ist es wichtig, in der Beratung das Individuum und gleichzeitig auch das Paar zu fördern.

Abschliessend werden die wichtigsten Erkenntnisse der gesamten Interpretation zusammengefasst aufgeführt:

- Nach einem Schlaganfall soll die Soziale Arbeit aufsuchend gestaltet sein und Partnerinnen und Partnern in der Krise aktiv Hilfe anbieten. Längerfristig soll der Fokus auf die Befähigung gelegt werden. Die Gestaltung von niederschweligen Angeboten ist dabei besonders relevant.
- Die systemische Beratung wird als geeignete Beratungsmethodik für Fachpersonen erachtet. Perspektiven für die Zukunft können damit geschaffen werden und das ganze System wird dabei beachtet.
- Die Peer-Arbeit mit Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen könnte anstelle von Selbsthilfegruppen geeigneter sein und soll geprüft werden.
- Alle Menschen befinden sich auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Somit sind Bereiche vorhanden, in denen sich Partnerinnen und Partner auch nach einem Schlaganfall gesund fühlen können.
- Vorhandene innere und äussere Ressourcen sollen erkannt und nutzbar gemacht werden. Die Stärkung der sozialen Netzwerke von Partnerinnen und Partnern soll dabei fokussiert werden.
- Die Informationsvermittlung ist sehr wichtig, jedoch reicht sie nicht aus. Deshalb ist mit dem Sense FOR Coherence die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und vor allem Bedeutsamkeit der Partnerinnen und Partner zu stärken.

7 Empfehlung für die Praxis der Sozialen Arbeit

Die wichtigsten Erkenntnisse aus der Interpretation der Ergebnisse vom sechsten Kapitel werden in der Handlungsempfehlung erneut aufgenommen. Die Handlungsempfehlung nimmt konkret Bezug auf die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit und soll in deren Praxis anwendbar sein. Abschliessend werden die Schlussfolgerungen der vorliegenden Arbeit aufgeführt.

7.1 Handlungsempfehlung

Nach einem Schlaganfall soll die Soziale Arbeit aufsuchend gestaltet sein und Partnerinnen und Partner in der Krise aktive Hilfe anbieten. Längerfristig soll der Fokus auf die Befähigung gelegt werden. Die Gestaltung von niederschweligen Angeboten ist dabei besonders relevant.

In den Interviews wurde sichtbar, dass oft die fehlende Zuständigkeit dazu führt, dass die Partnerinnen und Partner keine Hilfeleistungen bekommen. Die Angebote der Institutionen sind auf die Schlaganfallbetroffenen ausgelegt und unterstützen Partnerinnen und Partner kaum. Falls diese Hilfe in Anspruch nehmen möchten, müssen sie sich selbst um ein passendes Angebot bemühen. Deshalb erscheint die Gestaltung eines niederschweligen Angebots als besonders wichtig. Die Hilfe soll nahe am Wohnort, kostengünstig oder kostenlos und unmittelbar genutzt werden können. Die in den Interviews genannten Angebote sind oft schwer zugänglich und werden deshalb kaum genutzt. Weiter scheint es wichtig zu sein, Unterstützung bereits kurz nach dem Ereignis im Akutspital und über einen langen Zeitraum anzubieten. Die Partnerinnen und Partner befinden sich kurz nach dem Ereignis womöglich in einer Krise. Eine aktive Haltung und direktives Arbeiten durch die Klinische Sozialarbeit sind deshalb besonders wichtig. Die Fachpersonen sollen den Partnerinnen und Partnern konkrete Hilfen anbieten und organisatorische Tätigkeiten übernehmen. Eine Krisenintervention nach dem 7-Punkte-Modell aus Unterkapitel 3.2.2 scheint geeignet, um den Schlaganfall zu bewältigen. Während einer Krisenintervention sollen beispielsweise Emotionen zugelassen, Führung übernommen, wenige und kurzfristige Ziele gesetzt, Ressourcen beachtet und Bewältigungsstrategien aus der Vergangenheit aktiviert werden. Durch die rasche Beratung gelingt der Vertrauens- und Beziehungsaufbau besser und ermöglicht die Annahme von Unterstützung. Aufgrund von positiven Erfahrungen kann die Hilfe auch längerfristig besser angenommen werden und entlastet die Partnerinnen und Partner. Damit die Zuständigkeit klar gegeben ist, erachten wir zwei Möglichkeiten als geeignet:

1. Aufsuchende Sozialarbeit kann nach der Entlassung vom Schlaganfallbetroffenen aus dem Akutspital geleistet werden. Die Zuständigkeit soll bereits während dem Aufenthalt definiert werden. Die Sozialarbeitenden vom Akutspital sollen die Partnerinnen und Partner an ein geeignetes ambulantes Angebot triagieren. Wichtig scheint eine begleitete Übergabe mit einem

Übergabegespräch und einer Datenübergabe zu sein. Der Datenschutz muss dabei immer gewährleistet sein. Ebenfalls soll nach einigen Monaten bei der Partnerin oder dem Partner nachgefragt werden, ob das Angebot passend ist, oder ob eine Triage an eine andere Institution angezeigt wäre. Dies soll ebenfalls von den Sozialarbeitenden des Akutspitals übernommen werden.

2. Nach Austritt aus dem Akutspital sollen die Schlaganfallbetroffenen und die Partnerinnen und Partner weiterhin durch die Sozialarbeitenden des Spitals begleitet werden. Unterbrüche werden dadurch verhindert und die aufgebaute Arbeitsbeziehung kann genutzt werden. Wenn möglich soll sich die Zuständigkeit innerhalb des Teams nicht verändern, damit der Sachverhalt bereits bekannt ist. Die Interviewten empfanden die wechselnde Zuständigkeit als hinderlich.

Die systemische Beratung wird als geeignete Beratungsmethodik für Fachpersonen erachtet. Perspektiven für die Zukunft können damit geschaffen werden und das ganze System wird dabei beachtet.

In der Beratung kann insbesondere ein sicherer Ort geschaffen werden, bei dem auch negative Gedanken geäußert werden können. Negative Gefühle und Gedanken, wie beispielsweise eine Trennung, können normalisiert und zugelassen werden. Weiter soll Hoffnung erzeugt werden, indem erreichbare Ziele formuliert werden. Dadurch können Zukunftsperspektiven geschaffen werden. Dies kann die beratende Person, indem sie systemische Fragen, wie beispielsweise Fragen zu Möglichkeitskonstruktion, stellt. Mit der Familienaufstellung können Beziehungsmuster und neue Rollen im System fühlbar gemacht werden. Damit Probleme anders erlebt werden können, eignet sich eine Strukturaufstellung. Die Ausführungen zur systemischen Beratung sind im dritten Kapitel «Bezugsrahmen» beschrieben.

Die Peer-Arbeit mit Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen könnte anstelle von Selbsthilfegruppen geeigneter sein und soll geprüft werden.

Wie im sechsten Kapitel «Interpretation der Ergebnisse» ausgeführt, könnte die Peer-Arbeit anstelle der Selbsthilfegruppe für Partnerinnen und Partner geeigneter sein. Es gibt verschiedene Gründe, die für die Umsetzung dieses Modells sprechen. Ein Peer kann freier nach Sympathie gewählt werden. Dadurch kann der Beziehungsaufbau einfacher sein und das Vertrauen zwischen dem Peer und der hilfesuchenden Person verbessert werden. In der Peer-Arbeit steht die Partnerin oder der Partner von einer schlaganfallbetroffenen Person im Zentrum. Die alltäglichen Herausforderungen können ohne Zeitdruck mitgeteilt werden. In einer Selbsthilfegruppe möchten verschiedene Personen von ihren Schwierigkeiten erzählen, der Raum und die Zeit für die eigenen Probleme ist somit begrenzt.

Zusätzlich können andere Lebensgeschichten aufwühlen. Die Peers sind in einem anderen Stadium ihres Verarbeitungsprozesses mit dem Schlaganfall ihrer Partnerin oder ihres Partners. Dadurch sind sie weniger belastet und können eher Hoffnung und Verständnis für die Situation aufbringen. Ebenfalls könnten sie ihre Erfahrungen teilen. Ratschläge von Peers könnten gegebenenfalls besser aufgenommen werden, weil diese eine ähnliche Situation erlebten. Aufgrund dieser Ausführungen sollte die Peer-Arbeit mit Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen überprüft und falls geeignet installiert werden.

Alle Menschen befinden sich auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Somit sind Bereiche vorhanden, in denen sich Partnerinnen und Partner auch nach einem Schlaganfall gesund fühlen können.

Damit den Partnerinnen und Partnern diese wichtige Erkenntnis aus der Salutogenese in der Bewältigung mit dem Ereignis zugänglich ist, soll dies in der Beratung aufgegriffen werden. Es soll konkret an der eigenen Lebenssituation aufgezeigt werden, was gut läuft. Dies könnte beispielsweise die Erwerbstätigkeit, die Beziehung zu den eigenen Kindern oder die sozialen Kontakte sein. Aufgrund der positiven Erfahrungen in diesen Bereichen könnte sich die Partnerin oder der Partner einer schlaganfallbetroffenen Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Salutogenese verschieben. Eine Technik aus der systemischen Beratung, um aufzuzeigen, was gut läuft und was das Gute im Schlechten sein könnte, ist das Reframing. Wichtig ist, das gesamte System im Blick zu haben und Zirkularitäten zu erkennen und gegebenenfalls zu durchbrechen. Wenn eine Partnerin oder ein Partner beispielsweise äussert, seit dem Schlaganfall wegen Angst oder Stresssituationen nicht mehr gerne in die Ferien zu gehen, könnten Fragen nach Ausnahmen gestellt oder neue Lösungen erschlossen werden, damit die Partnerin oder der Partner wieder glückliche Ferien verbringen kann. Es könnte empfohlen werden, ohne die schlaganfallbetroffene Person Ferien zu machen, oder gemeinsam mit Freunden in den Urlaub zu fahren, um Unterstützung zu erhalten. Konkrete schwierige Szenarien im Alltag könnten in der Beratung durchgespielt werden, um Hilflosigkeit abzubauen.

Vorhandene innere und äussere Ressourcen sollen erkannt und nutzbar gemacht werden. Die Stärkung der sozialen Netzwerke von Partnerinnen und Partnern soll dabei fokussiert werden.

Die Partnerinnen und Partner sollen mit konkreter Sachhilfe wie dem Erschliessen von Ressourcen und bei der Organisation von Entlastungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit unterstützt werden. Beispielsweise könnten Sozialarbeitende den Umbau der Wohnung, pflegerische Unterstützung durch die Spitex, Haushaltshilfe, Kinderbetreuung, Hilfsmittel, Therapien oder Fahrdienste organisieren sowie

Sozialversicherungsleistungen geltend machen. Weiter kann die Soziale Arbeit eine Koordinationsfunktion im Hilfesystem einnehmen. Zum Beispiel könnte abgemacht werden, wer die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber und die Vereine informiert. Es soll dabei nicht alles bei der Partnerin oder dem Partner liegen. Gegebenenfalls können Aufgaben an die Kinder oder weitere Angehörige delegiert werden. Die Soziale Arbeit soll aufsuchend und direktiv gestaltet werden. Eine regelmässige Nachfrage und das Anbieten von Unterstützung bei den Partnerinnen und Partnern ist dabei besonders wichtig. Partnerinnen und Partner sollen befähigt werden, Ressourcen in Anspruch zu nehmen. Die Information über allfällige Hilfeleistungen allein reicht nicht aus, da in den Interviews beobachtet wurde, dass Partnerinnen und Partner insbesondere im ersten Stadium der Krise kaum Ressourcen nutzen können. Weiter sollen Institutionen und deren Finanzierung erläutert werden, die entsprechende Unterstützungen leisten können. Beim Anbieten von Unterstützung und Hilfeleistungen sind die geschlechterspezifischen Unterschiede, wie im zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» beschrieben, zu beachten. Damit sich die Partnerinnen und Partner nicht sozial isolieren, sollen die Sozialarbeitenden ihre sozialen Netzwerke stärken. Negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit können somit vermieden werden. Die Netzwerk- und Unterstützungskarte, die im dritten Kapitel «Bezugsrahmen» ausgeführt wurde, wird als hilfreiche Methode erachtet und soll deshalb in der Beratung von Partnerinnen und Partner angewendet werden.

Die Informationsvermittlung ist sehr wichtig, jedoch reicht sie nicht aus. Deshalb ist mit dem Sense FOR Coherence die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und vor allem Bedeutsamkeit der Partnerinnen und Partner zu stärken.

In der Beratung kann der Fokus auf die Partnerin oder den Partner gelegt werden. Dabei soll die eigene Identität gestärkt und Grenzen erkannt werden. Wichtig erscheint auch die Psychoedukation, bei der Partnerinnen und Partner darüber informiert werden, dass ihre psychische Gesundheit durch den Schlaganfall belastet sein kann. Ausführungen sind im ersten Kapitel «Einleitung» zu finden. Um den Kohärenzsinn der Partnerinnen und Partner durch den Sense FOR Coherence zu stärken, wäre ein sozialarbeiterisches und -psychologisches Angebot bereits im Akutspital sehr wichtig. Der Fokus soll einerseits auf der Verstehbarkeit liegen, indem die Partnerinnen und Partner umfassend über die Krankheit, mögliche Folgen für die Partnerschaft und für die eigene Person sowie geeignete Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden. Dabei soll ständig überprüft werden, ob die Partnerinnen und Partner die Informationen verstehen und diese auch in einer geeigneten Form nutzen können. Dies gelingt durch eine aufmerksame Wahrnehmung der beratenden Person und dem Aufzeigen von Wahlmöglichkeiten. Das Handeln soll dabei stets erläutert und die Selbst- und Situationswahrnehmung der Partnerinnen und Partner bestätigt werden. Andererseits wird die Handhabbarkeit durch das Verstehen

gestärkt, indem sich Partnerinnen und Partner ermächtigt fühlen, Aufgaben anzugehen und ihre eigenen Ressourcen zu nutzen. Bei den geführten Interviews fiel auf, dass einige Partnerinnen und Partner, wie im sechsten Kapitel «Interpretation der Ergebnisse» erläutert, die Bedeutsamkeit des Ereignisses nicht erkennen. Deshalb soll darauf ein besonderer Fokus gelegt werden. In der Beratung sollen die vorhandene Motivation und die Wahrnehmung der Partnerinnen und Partner gestärkt werden. Weiter sollen die eigenen Wünsche ergründet und verfolgt werden. In der Beratung kann aufgezeigt werden, dass alles, was sie fühlen und denken wichtig ist und sie es deshalb zulassen sollen.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die Soziale Arbeit als geeignete Profession für die Beratung und Unterstützung von Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen erachtet wird. Sie ist generalistisch aufgebaut und zieht Fachwissen aus unterschiedlichen Disziplinen bei. Dies ist insbesondere bei einem medizinischen Thema, wie das der Schlaganfall ist, förderlich. Die Soziale Arbeit besitzt die Möglichkeit, Partnerinnen und Partner in ihrer Situation abzuholen und mit geeigneten Methoden der Sozialen Arbeit zu beraten. Zusätzlich kann sie sich medizinisches Wissen aneignen und die Lebenswelt der Partnerinnen und Partner einbeziehen. Sie hat nicht nur das Individuum, sondern das gesamte System im Blick, das sich durch Interventionen verändern kann. Weiter kennt sie das System der sozialen Sicherheit in der Schweiz und kann externe Ressourcen für die Partnerin oder den Partner sowie für die schlaganfallbetroffene Person erschliessen. Eine finanzielle Entlastung wird dadurch ermöglicht. Die Soziale Arbeit kann den Kohärenzsinn von Partnerinnen und Partnern stärken. Dadurch werden diese befähigt und können ihre eigenen Ressourcen besser nutzen. In der Arbeit mit Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen scheinen die Haltungen der systemischen Beratung besonders wichtig. Die Klientin oder der Klient ist Expertin und Experte über das eigene Leben. Eine wertschätzende Haltung gegenüber der Partnerin oder dem Partner soll vermittelt werden. Die Beratung soll wertfrei sein und Gefühle können zugelassen werden.

7.2 Schlussfolgerungen

Abschliessend sollen die wichtigsten Punkte der Handlungsempfehlung noch einmal aufgeführt werden. Um die Unterstützung von Partnerinnen und Partnern durch die Soziale Arbeit zukünftig zu verbessern, sollten die genannten Möglichkeiten verfolgt werden.

- Die Hilfe und Unterstützung für Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen ist bereits kurz nach dem Ereignis indiziert und soll durch die Soziale Arbeit im Akutspital geleistet werden. Der Fokus soll insbesondere auf einen gelingenden Beziehungsaufbau gelegt werden.
- Die Hilfe soll auch nach dem Austritt langfristig und ohne Unterbruch geleistet werden. Wenn immer möglich soll diese durch die gleiche Ansprechperson erfüllt werden.
- Die Peer-Arbeit soll überprüft und gefördert werden.
- Für die Partnerinnen und Partner soll ein sicherer Raum geschaffen werden, damit diese ihre Gefühle zulassen und darüber sprechen können.
- Die Ressourcen sollen zum einen erschlossen werden. Zum anderen muss jedoch immer überprüft werden, ob die Partnerinnen und Partner die Ressourcen auch nutzen können. Durch die Befähigung können Ressourcen eher genutzt werden.
- Mit geeigneten Methoden sollen soziale Netzwerke gestärkt werden, damit einer sozialen Isolation entgegengewirkt werden kann.
- Die Wünsche und die Motivation der Partnerinnen und Partner sollen erkannt werden, damit diese Bedeutsamkeit erlangen und das Ereignis bewältigen können.

8 Rückblick und Ausblick

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen nochmals aufgegriffen und zusammenfassend beantwortet. Ebenfalls empfehlen wir in diesem Kapitel, welche Aspekte ausführlicher verfolgt bzw. zukünftig erforscht werden sollten.

8.1 Rückblick der Fragestellungen

Die Fragestellungen aus Unterkapitel 1.3 konnten aufgrund unserer Literaturrecherche und unseren Forschungsergebnissen abschliessend beantwortet werden.

Was sind die Folgen für die Betroffenen eines Schlaganfalls auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene?

Diese Frage wurde im zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» beantwortet. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach einem Schlaganfall Schwierigkeiten auf allen drei Ebenen erkennbar sind. Die biologischen Folgen eines Schlaganfalls zeigen sich dabei in unterschiedlicher Intensität und Dauer. So klingen bei der transitorischen ischämischen Attacke (TIA) die Symptome innerhalb von 24 Stunden wieder ab, während beim ischämischen Schlaganfall und der intrakraniellen Blutung die Symptome gegebenenfalls nie vollständig ausheilen. Zu den biologischen Folgen beim ischämischen Schlaganfall können unter anderem Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Gesichtsfeldausfall, Einschränkungen der Arm- und Beinmotorik oder Sprech- und Wortfindungsstörungen gehören. Bei der intrakraniellen Blutung sind die Symptome abhängig vom betroffenen Hirnareal. Mögliche Folgen sind Halbseitenlähmung, Schwindel, Hirnnervenausfälle oder Sprechstörungen.

Die psychologischen Folgen eines Schlaganfalls sind ebenfalls unterschiedlich stark ausgeprägt. Einerseits hängt dies mit den Dispositionen der Schlaganfallbetroffenen, andererseits mit deren Bewältigungsstilen zusammen (leistungsbezogen, akzeptierend, resignativ oder hadernd). Häufig sind bei Schlaganfallbetroffenen Angststörungen, Depressionen oder Persönlichkeitsveränderungen zu beobachten. Die Angst vor einem erneuten Schlaganfall besteht oft über eine längere Zeitspanne. Auch Schamgefühle infolge Hilflosigkeit oder Schuldgefühle können psychische Folgen eines Schlaganfalls sein.

Zu den sozialen Folgen eines Schlaganfalls zählen unter anderem die soziale Isolation, der Verlust der Erwerbstätigkeit sowie die Rollen- und Aufgabenveränderungen in der Partnerschaft. Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen sind insbesondere von den psychischen und sozialen Folgen betroffen.

Was sind die Herausforderungen für die Partnerschaft nach einem Schlaganfall?

Diese Frage wurde im zweiten Kapitel «Schlaganfall und die Auswirkungen auf die Partnerschaft» behandelt. Abschliessend kann festgehalten werden, dass ein Schlaganfall für die Partnerschaft eine Belastung darstellt, woraus für die gesunde Partnerin und den gesunden Partner eine Mehrbelastung resultiert. Zudem fühlen sie sich für die betroffene Person verantwortlich. Infolge eines Schlaganfalls kann es zu einer Rollenveränderung kommen und die Partnerschaft muss neu definiert werden. Die Gefühle füreinander können sich wandeln und auch die Sexualität kann sich verändern. Gemäss einer Studie gehören zu den langfristigen Belastungsfolgen eines Schlaganfalls unter anderem die veränderte Aufgabenverteilung, die bleibenden Behinderungen und die Wesensveränderungen der Schlaganfallbetroffenen. Es ist festzuhalten, dass Frauen als Angehörige deutlich mehr Gesundheitsarbeit leisten und ihr Tun mit besonders hohen Erwartungen verbunden ist.

Weshalb ist die Soziale Arbeit in der Unterstützung von Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen relevant?

Diese Frage wurde im Unterkapitel 3.2 «Theorien der Sozialen Arbeit» beantwortet. Abschliessend lässt sich sagen, dass die Soziale Arbeit in diversen Handlungsfeldern mit Schlaganfallbetroffenen sowie Partnerinnen und Partnern in Berührung kommt. Sie gilt als generalistische Profession und arbeitet interdisziplinär. Die Soziale Arbeit setzt sich einerseits für das Individuum, andererseits für gerechte Strukturen ein. Sie unterstützt bei existenziellen Bedürfnissen sowie der beruflichen und sozialen Integration. Sie erschliesst und reaktiviert interne und externe Ressourcen und befähigt Menschen. Die Soziale Arbeit agiert lebensweltorientiert und niederschwellig.

Da sich die Soziale Arbeit einer breiten Palette an Theorien bedient, können adäquate Interventionen vorgenommen werden. Beispielhaft wurde die Theorie der Salutogenese vorgestellt. Dabei wird den Partnerinnen und Partnern Sicherheit vermittelt, damit ihre Verstehbarkeit gestärkt wird. Weiter werden sie dazu ermächtigt, ihre Situation handhaben zu können. Durch die erlangte Verstehbarkeit und die Handhabbarkeit können sie schlussendlich den Schlaganfall bewältigen und die Bedeutsamkeit erreichen. Partnerinnen und Partner können dadurch den Schlaganfall besser in ihre Biografie integrieren und sich wieder Zukunftsperspektiven schaffen. Weiter wurde im dritten Kapitel «Bezugsrahmen» aufgezeigt, dass die Soziale Arbeit die Menschen in der akuten Krise direktiv und aktiv unterstützt. Längerfristig kann sie bei der Problemlösung nicht nur das Individuum, sondern sein gesamtes System unterstützen. Dabei wird ressourcen- und lösungsorientiert gearbeitet. Klientinnen und Klienten gelten als Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens.

In welcher Form kann die Soziale Arbeit Partnerinnen und Partner unterstützen?
--

Diese Frage erarbeiteten wir im siebten Kapitel «Empfehlung für die Praxis der Sozialen Arbeit». Dabei wurde deutlich, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit Partnerinnen und Partnern bewusst machen kann, dass sie sich auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befinden. Das heisst, dass sie sich trotz des Schlaganfalls in einigen Lebensbereichen gesund fühlen können. Hier eignen sich Methoden aus der systemischen Beratung, um beispielsweise Unterschiede zu verdeutlichen, Ausnahmen sichtbar zu machen und neue Handlungsmöglichkeiten zu erschliessen. Zudem wird bei den Lösungsmöglichkeiten nicht nur das Individuum, sondern sein gesamtes System betrachtet.

Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit können Partnerinnen und Partnern darin unterstützen, dass sie ihre inneren und äusseren Ressourcen erkennen und diese auch nutzen können. Dafür ist die Theorie der Salutogenese bedeutsam. Mit dem Sense FOR Coherence kann die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und schlussendlich die Bedeutsamkeit gestärkt werden. Dies hilft, den Partnerinnen und Partnern den Schlaganfall zu bewältigen und ihr Leben wieder als sinnhaft zu empfinden.

Nach einem Schlaganfall ist es wichtig, dass die Soziale Arbeit aufsuchend gestaltet wird und den Partnerinnen und Partnern aktiv Hilfe angeboten wird. In der ersten Phase nach dem Ereignis stellt die Krisenintervention eine adäquate Beratungsmethode dar, da der Schlaganfall für Partnerinnen und Partner einen Schock darstellt. Längerfristig sollte der Fokus der Beratung auf die Befähigung gelegt werden. Damit die Partnerinnen und Partner in ihrem Alltag Hilfe beanspruchen können, sind Angebote zentral, welche niederschwellig gestaltet sind.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit können Partnerinnen und Partnern den Zugang zur Peer-Arbeit verschaffen. Vorab können in der Beratung verschiedene Gefässe, wie beispielsweise auch die Selbsthilfegruppe, gemeinsam besprochen werden. So kann herausgefunden werden, welches Hilfsangebot am besten zu den jeweiligen Partnerinnen und Partnern passt.

8.2 Ausblick

Unser Ziel dieser Arbeit, die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in der Unterstützung von Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen aufzuzeigen, haben wir erreicht. Als mögliche Weiterführung der vorliegenden Bachelor-Arbeit empfehlen wir die Fokussierung auf die langfristige Begleitung von Partnerinnen und Partnern. Dies aus dem Grund, weil sich Partnerinnen und Partner Unterstützung wünschen aber es ihnen nicht gelingt, Hilfe zu beanspruchen.

In einem ersten Schritt könnten die beiden vorgeschlagenen Varianten miteinander verglichen werden:

- Weiterführung des Dossiers vom Sozialdienst des Akutspitals
- aktive Triage des Dossiers an eine ambulante Beratungsstelle der Klinischen Sozialarbeit

Zu vergleichen wären beispielsweise die Vorteile, die Nachteile, die Ressourcen der betroffenen Institutionen, die Wünsche der Partnerinnen und Partner oder die Finanzierung. Auf den Grundlagen dieses Vergleiches könnte in einem zweiten Schritt für eine der beiden Varianten ein konkretes Konzept ausgearbeitet werden. Falls das Konzept bei der beteiligten Organisation auf Interesse stösst, könnte es als Pilotprojekt in einem Akutspital umgesetzt und evaluiert werden. Wenn sich dieses Konzept in der Praxis bewährt, könnte es regional oder sogar schweizweit umgesetzt werden. Wir sind überzeugt, dass dadurch ein grosser Beitrag für die Unterstützung von Partnerinnen und Partnern von Schlaganfallbetroffenen geleistet werden kann.

Literaturverzeichnis

- Austerer, Astrid & Radinger, Oliver (2018). *Leben mit chronischer Krankheit. Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- AvenirSocial (2015). *IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar*. Gefunden unter <https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/IFSW-IASSW-Definition-2014-mit-Kommentar-dt.pdf>
- Bierhoff, Hans-Werner (2014). Beziehungen, soziale. In Günter Endurweit, Gisela Trommsdorff & Nicole Burzan (Hrsg.), *Wörterbuch der Soziologie* (3., völlig überarb. Aufl., S. 61-64). Konstanz: UVK.
- Brüsemeister, Thomas (2008). *Qualitative Forschung. Ein Überblick* (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesamt für Statistik (ohne Datum). *Herz- und Kreislauf-Erkrankungen*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).
- Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (2016). *DSG: Bessere Nachsorge notwendig – Auf einen Schlaganfall folgen oft Depression oder Demenz*. Gefunden unter <https://www.dsg-info.de/presse/pressemeldungen/464-dsg-bessere-nachsorge-notwendig-auf-einen-schlaganfall-folgen-oft-depression-oder-demenz.html>
- Diener, Hans Christoph (2002). *Schlaganfall. 100 Fragen und 100 Antworten*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Flick, Uwe (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (4. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.

- Fragile Suisse (2014). *Hirnverletzung – eine Familienangelegenheit. Begleitheft für Angehörige* (3. Aufl.). Zürich: Autor.
- Fragile Suisse (2020a). *Schlaganfall*. Gefunden unter <https://www.fragile.ch/hirnverletzung/schlaganfall/>
- Fragile Suisse (2020b). *Folgen einer Hirnverletzung*. Gefunden unter <https://www.fragile.ch/hirnverletzung/folgen/>
- Friedrich, Sibylle (2012). *Ressourcenorientierte Netzwerkmoderation. Ein Empowermentwerkzeug in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: Springer.
- Gabriel-Schärer, Pia & Meier Magistretti, Claudia (2019). Salutogenese und Soziale Arbeit - Gemeinsamkeiten und Lernfelder. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen* (S. 221-234). Bern: Hogrefe.
- Henke, Friedhelm (2011). *Fachwörter in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Berlin: Cornelsen.
- Hopf, Christel & Schmidt, Christiane (1993). *Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema*. Gefunden unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/45614/ssoar-1993-hopf_et_al-Zum_Verhaltnis_von_innerfamilialen_sozialen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-1993-hopf_et_al-Zum_Verhaltnis_von_innerfamilialen_sozialen.pdf
- Jungbauer, Johannes, von Cramon, Detlev Yves & Wilz, Gabriele (2003). Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Der Nervenarzt*, 74 (12), 1110-1117.
- Kiechl, Stefan, Lalouschek, Wolfgang & Lang, Wilfried (2014). *Nach einem Schlaganfall. Informationen für Patienten und Angehörige* (2., aktual. Aufl.). Wien: Holzhausen.
- Kouvonen, Anne, Väänänen, Ari, Vahtera, Jussi, Heponiemi, Tarja, Koskinen, Aki et al. (2010). Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64 (3), 255-261.

- Kraft, Peter (2018a). Transitorische ischämische Attacke und ischämischer Schlaganfall. In Peter Kraft (Hrsg.), *Schlaganfall. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen*. (S. 25-76). München: Elsevier.
- Kraft, Peter (2018b). Epidemiologie, demografische Entwicklung, ökonomische Betrachtung und Risikofaktoren. In Peter Kraft (Hrsg.), *Schlaganfall. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen*. (S. 9-14). München: Elsevier.
- Kruse, Andreas (1989). Psychosoziale Folgen des Schlaganfalls im höheren Lebensalter. In Peter Jacobi (Hrsg.), *Psychologie in der Neurologie* (S. 201-225). Berlin: Springer.
- Kruse, Jan (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (2., überarb. und erg. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Leibold, Gerhard (2004). *Schlaganfall – was nun? Risikovermeidung, Vorsorge und Rehabilitation: zurück ins Leben*. Zürich: Jopp Oesch.
- Lindström, Bengt & Eriksson, Monica (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (11), 938-944.
- Lindström, Bengt & Eriksson, Monica (2011). From health education to healthy learning: Implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (6), 85-92.
- Lindström, Bengt & Eriksson, Monica (2019). Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung (Claudia Meier Magistretti, Übers.). In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen* (S. 25-107). Bern: Hogrefe. (engl. *The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis*, Folkhälsan Research Center, 2010).
- Litmathe, Jens (2019). *Neuro-Kardiologie. Herz und Hirn in der klinischen Praxis*. Berlin: Springer.

- Mayer, Horst Otto (2013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarb. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Mayrhofer, Hemma (2012). *Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive*. Wiesbaden: Springer.
- Mayring, Philipp (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meier Magistretti, Claudia (2019). Einleitung. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen* (S. 17-21). Bern: Hogrefe.
- Meier Magistretti, Claudia, Topalidou, Anastasia, Meinecke, Franziska (2019). Sense FOR Coherence – der Sinn FÜR Kohärenz: Annäherungen an ein mögliches Konzept. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen* (S. 119-135). Bern: Hogrefe.
- Michael, Caroline (2003). *Schlaganfall: Wege zu Kraft und neuem Lebensmut*. Stuttgart: TRIAS.
- Nowotny, Monika, Dachenhausen, Alexandra, Stastny, Peter, Zidek, Thomas & Brainin, Michael (2004). Empowerment, Lebensqualität und Partizipation in der neurologischen Rehabilitation. Eine empirische Studie an Schlaganfallpatienten und Angehörigen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 154 (23-24), 577-583.
- Pauls, Helmut (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Pschyrembel (ohne Datum a). *Schlaganfall*. Gefunden unter <https://www.pschyrembel.de/Schlaganfall/KOPSS/doc/>
- Pschyrembel (ohne Datum b). *Hämodynamik*. Gefunden unter <https://www.pschyrembel.de/h%C3%A4modynamik/K09AJ/doc/>
- Pschyrembel (ohne Datum c). *Gefäßmalformation*. Gefunden unter <https://www.pschyrembel.de/Gef%C3%A4%C3%9Fmalformation/K0RJ8/doc/>

Pschyrembel (ohne Datum d). *Hypercholesterinämie*. Gefunden unter

<https://www.pschyrembel.de/Hypercholesterin%C3%A4mie/K0A8D/doc/>

Pschyrembel (ohne Datum e). *Neglect*. Gefunden unter <https://www.pschyrembel.de/Neglect/K0F10>

Pschyrembel (ohne Datum f). *Dysarthrie*. Gefunden unter

<https://www.pschyrembel.de/dysarthrie/K06CV/doc/>

Reimer, Christian, Eckert, Jochen, Hautzinger, Martin & Wilke, Eberhard (2000). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (2., überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.

Schilling, Johannes & Klus, Sebastian (2018). *Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession* (7., aktual. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Schnyder, Ulrich (2000). Ambulante Krisenintervention. In Ulrich Schnyder & Jean-Daniel Sauvant (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (3. Aufl., S. 55-74). Bern: Hans Huber.

Schönberger, Christine & von Kardorff, Ernst (2004). *Mit dem kranken Partner leben. Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker*. Opladen: Leske.

Schweizerische Herzstiftung (2017). *Leben nach dem Hirnschlag. Ratgeber für Hirnschlagpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen* (3. Aufl.). Bern: Autor.

Smoliner, Hans (ohne Datum). *Einführung in die Krisenberatung und Krisenbegleitung Teil I. Umgang mit Krisensituationen in der Schule*. Gefunden unter http://www.schulpsychologie.at/schuelerberatung/lehrgang/M5-krisenberatung_I.pdf

Stimmer, Franz (2000). Beratung. In Franz Stimmer (Hrsg.), *Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit* (4., völlig überarb. und erw. Aufl., S. 77-82). Berlin: Oldenbourg.

Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2013). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Weber, Esther & Kunz, Daniel (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit* (3., überarb. Aufl.). Luzern: Interact.

Weilbach, Franz (2018). Mobilisation, Rehabilitation und Prognose. In Peter Kraft (Hrsg.), *Schlaganfall. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen* (S. 131-136). München: Elsevier.

Werwick, Katrin (2012). *Der Umgang mit schwerer chronischer Krankheit. Eine soziologische Untersuchung am Beispiel von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa*. Opladen: Budrich.

Widulle, Wolfgang (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2., durchges. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

Wilhelm, Jürgen & Lauer, Alfred (2003). *Schlaganfall. Akutfall, Reha, Beruf und Familie – Was sie jetzt tun können*. Stuttgart: TRIAS.

Anhang

A Informationsflyer für narrative Interviews

B Ablauf und Fragen narratives Interview

C Kurzfragebogen für Interviewpartnerinnen und -partner

D Gesprächsauswertung

A Informationsflyer für narrative Interviews

Schlaganfall und Partnerschaft

Anlass	Bachelor-Arbeit / Abschlussarbeit für Studium in Sozialer Arbeit, Hochschule Luzern
Studentinnen	Lea Felber, Sonja Freudiger, Stephanie Ruckstuhl
Thema	Unterstützung für Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen durch die Soziale Arbeit Wir rücken die Partnerinnen und Partner in den Fokus und zeigen auf, was die Soziale Arbeit dazu beitragen kann, um Partnerinnen und Partner in ihrer Situation zu entlasten.
Inhalt Gespräch	Gesprächspartnerinnen und -Partner können von ihrer Lebenssituation erzählen und was ihnen dabei wichtig ist / wichtig gewesen wäre
Dauer Gespräch	60-90 Minuten
Ort Gespräch	Wir besuchen die Gesprächspartnerinnen und -partner zu Hause oder an einem Ort ihrer Wahl
Zeitraum Gespräch	Januar/ Februar 2020
Sonstiges	Das Gespräch wird aufgezeichnet. Die Daten werden vertraulich behandelt und in der Bachelor-Arbeit anonymisiert

Damit die Soziale Arbeit zukünftig Partnerinnen und Partner besser unterstützen kann, sind wir darauf angewiesen, dass uns Betroffene von ihrer Situation erzählen.

Wir würden uns über eine Kontaktaufnahme sehr freuen und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Kontaktaufnahme bei:

Sonja Freudiger

██████████

████████████████████

Nun wünschen wir Ihnen eine lichtvolle und besinnliche Adventszeit.

Lea Felber, Sonja Freudiger, Stephanie Ruckstuhl



B Ablauf und Fragen narratives Interview

Fragen Narratives Interview

Einleitung & Informationen

- Wichtigste Informationen zu unserer Bachelor-Arbeit
- Personen vorstellen
- Dauer des Gesprächs
- Informieren, dass die Anonymität gewährleistet ist
- Interview wird aufgenommen

Hauptfrage narratives Interview

Wir interessieren uns für Partnerinnen und Partner von Schlaganfallbetroffenen. Es geht dabei um Sie und nicht um die Betroffene bzw. den Betroffenen des Schlaganfalls. Wir wollen Sie deshalb bitten, uns Ihre Geschichte seit dem Schlaganfall zu erzählen, mit allem was für Sie wichtig ist. Es gibt kein richtig oder falsch. Sie dürfen sich so viel Zeit lassen wie Sie benötigen. Wir werden Sie dabei nicht unterbrechen.

Exmanenter Nachfrageteil

Was hätten Sie sich gewünscht, was hätte Ihnen geholfen?

Wie wirkte sich der Schlaganfall auf Ihre finanzielle Situation aus?

Haben Sie Veränderungen im Alltag wahrgenommen? Wenn ja, welche?

Wie wirkte sich der Schlaganfall auf die sozialen Beziehungen aus?

Wie beurteilen Sie Auswirkungen auf Ihre eigene Gesundheit?

Wie wirkte sich der Schlaganfall auf Ihre alltäglichen Aufgaben aus?

Wie wirkte sich der Schlaganfall auf Ihre Lebensansicht aus?

Abschlussfrage

Wir kommen langsam zum Ende des Gesprächs. Ist alles zur Sprache gekommen, was Ihnen als wichtig erscheint?

Abschluss

- Freigabeformular unterzeichnen
- Bedanken, Geschenk übergeben, verabschieden

C Kurzfragebogen für Interviewpartnerinnen und -partner

Kurzfragebogen Interviewpartnerin und Interviewpartner

Datum Interview: _____

Geschlecht _____

Jahrgang _____

Wohnort _____

Beruf _____

Dauer der Partnerschaft _____

Anzahl Kinder und Alter _____

Zeitpunkt des Schlaganfalls _____

Ort des Schlaganfalls _____

Symptome des Schlaganfalls _____

Aufenthaltsdauer Rehaklinik _____

Total Dauer Reha / Therapien _____

Erwerbstätigkeit vor und nach Schlaganfall _____

Dauer vollständiger Arbeitsunfähigkeit _____

Dauer zwischen Erwerbsausfall und Wiederaufnahme der vollen Erwerbstätigkeit _____

Helfersystem (Freunde, Familie, soziale Institutionen)

D Gesprächsauswertung

Auswertung Studierende

Einschätzung Schweregrad

Milieu, Wohnsituation

Soziale Netzwerke

Sonstige Bemerkungen und Erkenntnisse
