

(Un)Sichtbare Wunden.
Aktuelle Pflegesituationen unter der Berücksichtigung
von Erlebnissen des Zweiten Weltkriegs.

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaftlichen Fakultät
der Universität Köln
nach der Promotionsordnung vom 10.05.2010

Vorgelegt von

Inka Wilhelm

aus

Erkelenz

Januar 2018

Vorwort und Danksagung

Bei der Studienkonzeption und -durchführung sowie während des Schreibens dieser Arbeit hat mich ein Gefühl der Ambivalenz lange begleitet. Immer wieder stellte sich mir die Frage: Ist es vor dem Hintergrund der NS-Verbrechen und des Holocaust legitim darüber zu forschen und zu schreiben, welche Belastungen und Traumatisierungen Personen der *deutschen Mehrheitsgesellschaft*¹ aufgrund des Zweiten Weltkriegs erlitten haben?

Eine annähernde Antwort habe ich in den Auskünften der in dieser Studie befragten Personen gefunden. So zeigen sich in den Befragungen der pflegenden Angehörigen von Zeitzeug_innen² Hinweise darauf, dass der Lebensweg der Pflegepersonen z. T. gravierend durch die Erlebnisse der Zeitzeug_innen beeinflusst wurde. Einige Angehörige beschreiben, dass die Beziehung zu den Zeitzeug_innen auch durch deren Verschweigen und Verdrängen ihrer Haltung zum NS lange belastet war und sich dies auch in der Pflegesituation niedergeschlagen hat. Gleichzeitig scheinen die bewusste Auseinandersetzung und der verständnisvolle Umgang mit den leidvollen Erfahrungen der Pflegebedürftigen zu mehr Verständnis für die diese aber auch für die eigene Biografie geführt zu haben. Die pflegenden Angehörigen haben dabei in unterschiedlichem Maß gelernt, beide Anteile – das belastende Verleugnen,

¹Hier sind die Personen gemeint, die den Nationalsozialismus als Täter_innen, Mitläufer_innen oder als Nachkommen dieser Personen erlebten. Die Kennung durch einfache Anführungszeichen (z. B. ‚Deutsche‘) wird dabei genutzt um deutlich zu machen, dass dem Begriff eine Einschränkung zugrunde liegt. Auch Personen, die während des NS aus rassistischen oder politischen Gründen verfolgt wurden, waren Deutsche, erlitten aber ein anderes Schicksal.

²Ich verwende in meiner gesamten Arbeit den ‚gender gap‘ oder ‚Unterstrich‘, um die Vielzahl geschlechtlicher Identitäten abzubilden.

Verschweigen, Verdrängen und das erfahrene Leid – als nebeneinander existierende Realitäten zu akzeptieren. Meist waren sie dafür durch einen harten, konfliktreichen und ihr bisheriges Leben andauernden Prozess der Auseinandersetzung gegangen. Für einige Angehörige wurde durch das Akzeptieren dieser Ambivalenz ein Heraustreten aus vorher scheinbar unlöslichen konfliktreichen Beziehungsstrukturen mit den Pflegebedürftigen möglich. Die Anstrengung, die Pflegebedürftigen sowohl in ihren fragwürdigen als auch in ihren verletzten Anteilen zu akzeptieren, hat mich tief beeindruckt. Zugleich haben auch die in dieser Studie befragten professionellen Pflegekräfte angegeben, dass sich die traumatischen Kriegserlebnisse ganz konkret auf die Pflege auswirken: die betroffenen Personen fallen auf und verlangen besondere Aufmerksamkeit.

Zumindest den Ergebnissen dieser Studie zufolge scheinen die zeitgeschichtlichen Erfahrungen also die Pflege dieser spezifischen Gruppe und z. T. die Biografie der Angehörigen zu beeinflussen und auch zu belasten. Vor diesem Hintergrund scheint es mir durchaus wichtig, über die leidvollen Erfahrungen der deutschen Mehrheitsgesellschaft im Zweiten Weltkrieg und deren Folgen zu forschen und zu schreiben. Allerdings muss die grundlegende Voraussetzung meiner Meinung nach dabei sein, diese Erfahrungen in den Kontext der Verbrechen des Nationalsozialismus und die Beteiligung ‚normaler Bürger_innen‘ daran einzubetten.

Die deutsche Gesellschaft wurde und wird auch durch die Erfahrungen des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkriegs konstituiert – das gilt im privaten, politischen wie gesellschaftlichen Bereich und auch für die Folgegenerationen, auch wenn es nicht immer auf bewusster Ebene geschieht. Ich bin zu dem Schluss gekommen, dass nur eine Auseinandersetzung mit allen Anteilen dieser Erfahrungen uns befähigt zu verstehen, welche sichtbaren und verdrängten Spuren und Folgen

Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg in der deutschen Gesellschaft und den einzelnen Familien hinterlassen haben. Nur so scheint es mir möglich den gravierenden Einfluss zu erkennen, den dieser historische Abschnitt z. T. auch heute noch auf gesellschaftliche und familiäre Strukturen und individuelle Haltungen ausübt.

Mein tiefer Dank gilt zuallererst allen Personen, die sich bereit erklärt haben, mir im Rahmen meiner Studie Auskunft zu geben. Sie haben mit großer Offenheit ihre Erfahrungen und großzügig ihre Erlebnisse, Gefühle und Gedanken mit mir geteilt. Ich war tief beeindruckt von dem, was viele von ihnen jeden Tag leisten und mit wieviel Humor und Chuzpe sie es tun. Ich hoffe, dass sie den Respekt und das Interesse, die mir entgegengebracht wurden, im Umgang mit ihren Auskünften wiederfinden.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei Susanne Zank und Elke Kleinau, die meinen Forschungsprozess beide von Beginn an begleitet und unterstützt haben. Susanne Zank hat mir außerdem personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt, die das Arbeiten erst ermöglicht und deutlich erleichtert haben.

Meiner Freundin Susanne Brose gilt besonderer Dank für das kontinuierliche Lesen diverser Textentwürfe, kritische Anmerkungen und das ‚sich-bei-der-Stange-halten‘.

Zudem bedanke ich mich bei meinen Kolloquiumskolleg_innen für konstruktive Kritik und Anregungen inhaltlicher und methodischer Art. Bei meinem Kollegen Wolfgang Gippert möchte ich mich sehr für seine Geduld und die Begleitung in der Endphase der Arbeit bedanken.

Großer Dank gilt auch Isabell Repell und Eri Park, die es auf sich genommen haben, dieser Arbeit den abschließenden formalen Schliff zu verpassen.

Dass diese Arbeit überhaupt zustande kam und zu Ende geführt wurde, ist zu

großen Teilen meinen Freund_innen zu verdanken, die mich immer wieder aufgerichtet haben, wenn kein Licht am Ende des Tunnels sichtbar war. Für Inga Abels und Ernst Fahrenkrug gilt dies in besonderem Maße.

Ohne meine Frau Maria Gerdes wäre ich niemals bis zum Ausgang des Tunnels und ins Freie gelangt – dafür möchte ich ihr aus tiefstem Herzen danken.

„For nothing was simply one thing.“

Virginia Woolf (1927). To the Lighthouse.

„Alle wollen immer die Wahrheit hören.

Als ob das schon die Lösung wäre!“

Barbara Albert (Regie). Die Lebenden

Vorwort und Danksagung	I
Inhaltsverzeichnis	VI
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	VIII
Einleitung	1
Teil A Historischer und theoretischer Hintergrund	8
1 Historischer Hintergrund – Zweiter Weltkrieg, Nationalsozialismus und die Auswirkungen	8
2 Theoretischer Hintergrund	21
2.1 Psychische Traumatisierungen	21
2.2 Folgen psychischer Traumatisierungen	22
2.3 Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs – Unmittelbare Folgen und Spätfolgen	32
2.3.1 Begriffsbestimmung: belastet – beschädigt – traumatisiert	32
2.3.2 „Also wir haben schon ne schlimme Zeit erlebt“ - Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs	33
2.3.3 Unmittelbare Folgen und Spätfolgen von Kriegserlebnissen	35
2.3.4 Die Folgen für die Nachkommen – ‚Transgenerationale Weitergabe‘	54
3 Die Pflege alter Menschen in Deutschland	70
3.1 Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und das System der Pflegeeinstufung	71
3.2 Formen pflegerischer Versorgung in Deutschland	76
3.3 Die Belastung pflegender Angehöriger	77
Forschungsfragen und -ziele	80
Teil B Methodik und Empirie	83
4 Forschungsdesign und Methodik	83
4.1 Studie 1: Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs und die professionelle Pflege von Zeitzeug_innen heute	86

4.2 Studie 2: Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs und die familiäre Pflege von Zeitzeug_innen heute	95
4.3 Ergebnisdiskussion	190
5 Ausblick und Implikationen für die Praxis	210
Literaturverzeichnis	215
Anhang	

Der Anhang befindet sich auf einer separaten CD-ROM zu dieser Arbeit.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1	Schematische Darstellung von Traumaursachen und -dauer	21
Tabelle 2	Eigenschaften Stichprobe professionelle Pflege NRW	88
Tabelle 3	Übersicht Fragebogen-Items zur Befragung von professionellem Pflegepersonal	90
Tabelle 4	Hauptergebnisse Befragung professionelle Pflege NRW	95
Tabelle 5	Teilnahmevoraussetzungen Befragung pflegende Angehörige	99
Tabelle 6	Eigenschaften Stichprobe pflegende Angehörige und familiäre Pflege	102
Tabelle 7	Übersicht Fragebogen-Items zur Befragung pflegender Angehöriger	106
Tabelle 8	Übersicht Fragenheft-Items zur Befragung pflegender Angehöriger	108
Tabelle 9	Übersicht inhaltliche Cluster und Zuordnung der Kartenset-Items	111
Tabelle 10	Interviewleitfaden – inhaltliche Bereiche und Beispiel-Items	112
Tabelle 11	Übersicht über die wesentlichen Kategorien der QIA	121
Tabelle 12	Quantitative Ergebnisse Kurzfragebogen PA	129
Tabelle 13	Ergebnisse Kartenset	135
Tabelle 14	Übersicht Häufigkeitsangaben Kodierungen QIA	152
Abbildung 1.	Schematische Darstellung des Befragungsvorgehens bei pflegenden Angehörigen	98
Abbildung 2.	Die Wege zur Akquise pflegender Angehöriger	99
Abbildung 3.	Kartenset – Erhebungsschritt 1: Erhebung der Vorkommenshäufigkeit	115
Abbildung 4.	Kartenset – Erhebungsschritt 2: Erhebung der persönlichen Belastung der Pflegeperson	116
Abbildung 5.	Kartenset – Erhebungsschritt 3: Erhebung der Erschwernis der Pflegesituation	116

Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist im gerontologischen Wissenschaftsbereich angesiedelt und bezieht verschiedene disziplinäre (Alters- und Pflegewissenschaften, Psychologie, Sozialwissenschaften) und methodische (quantitative und qualitative) Ansätze mit ein. Es handelt sich um eine Untersuchung die das Ziel hat, individuelle, auch generationsübergreifenden Auswirkungen belastender bis traumatisierender historischer Phänomene – in diesem Fall Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs – in einem spezifischen Kontext zu thematisieren. Welche Bedeutung die Vergangenheit für die Gegenwart haben kann, beschreibt der griechische Regisseur Angelopoulos eindrücklich im Begleitheft zum Film *Die Ewigkeit und ein Tag*:

Ich glaube, die Vergangenheit ist nicht Vergangenes. Die Vergangenheit ist gegenwärtig in dem Sinne, dass das, was wir in diesem Augenblick sind, sich aus Dingen unserer Vergangenheit gebildet hat. Es ist nicht möglich, dass die Gegenwart nicht durch die Vergangenheit bestimmt wird – sie existiert und ist äußerst präsent. In diesem Sinne sind wir von der Vergangenheit nicht frei und können nicht behaupten, wir würden etwas Neues erleben. Wir erleben etwas Neues lediglich durch das durch die Vergangenheit Bestimmte. (Begleitheft zur DVD, Arthaus Collection 1998)

Was Angelopoulos in seinen Filmen immer wieder auf poetische Weise thematisiert – das Verharren im Vergangenen, das Nicht-loslassen-können und dadurch Verloren-sein im Hier und Jetzt – scheint für Menschen, die durch den Zweiten Weltkrieg belastet oder traumatisiert worden sind, eine existentielle Bedeutung zu haben. Ob physische und psychische Gesundheit, Verhalten, Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen oder Alltagsbewältigung – die einschlägige Fachliteratur legt nahe, dass das Erlebte betroffene Menschen und deren Nachkommen auf verschiedene

Weise beeinflusst. Insbesondere scheint dies für das Alter von Betroffenen zu gelten. So haben die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen in der deutschen Bevölkerung gezeigt, dass traumatisierende Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs relevant für die körperliche wie psychische Gesundheit, das Wohlbefinden der Betroffenen sowie deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sind (vgl. Glaesmer 2014, Glaesmer & Brähler 2011; Glaesmer, Brähler, Riedel-Heller, Freyberger & Kuwert 2011; Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger und Ermann 2007; Teegen & Meister 2000). So fanden Glaesmer, Gunzelmann, Brähler, Forstmeier und Maercker in ihrer Studie im Jahr 2010 heraus, dass der Teil der deutschen Bevölkerung, der bezüglich der Alterskohorte zu den Kriegsgenerationen³ zu zählen ist, eine PTBS-Prävalenz von 3,4%, bei einer partielle PTBS von 7,2% aufweist (vgl. S. 668). Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger und Ermann (2007) stellten in der Befragung ehemaliger Kriegskinder fest, dass 10,8% der Teilnehmenden auch 60 Jahre nach Kriegsende an PTBS-Symptomen litten und Personen mit kriegsbezogenen Traumata signifikant häufiger von psychischen Symptomen wie Ängsten, Depressionen und somatischen Schmerzen betroffen sind (vgl. S. 957-959). Gleichzeitig befand eine bevölkerungsbasierte Studie von Glaesmer, Brähler, Gündel und Riedel-Heller (2011), dass die befragten älteren Personen, die aktuell an einer PTBS litten, auch häufiger körperliche Einschränkungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Venenerkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems oder Herzinfarkte aufwiesen. Zudem benötigte dieser Personenkreis das höchste Maß an medizinischer Versorgung (vgl. S. 404). Dabei kann auch das Alter selbst bedeutsam für das erneute oder erstmalige Auftauchen dieser Symptome sein. Alterungsprozesse können zu wachsenden Belastungen in Form von

³Der in dieser Arbeit verwendeten Generationsbegriffes wird in Kapitel 2.3.4 definiert.

Verlusterfahrungen, abnehmenden kognitiven Fähigkeiten, dem Verlust sozialer Rollen und chronischen Krankheiten führen. Diese Belastungen wiederum können einen Abbau psychischer Coping-Mechanismen nach sich ziehen, was es früheren traumatischen Erlebnissen möglich machen kann, wieder ‚aktiv‘ zu werden und entsprechende Symptome auszulösen (vgl. Glaesmer, Gunzelmann, Braehler Forstmeier & Maercker 2010, S. 661-662). So kann bei betroffenen Personen beispielsweise durch die zunehmende Einschränkung körperlicher und kognitiver Funktionen oder Pflegebedürftigkeit die lebenslang bestehende Angst vor dem hilflosen Ausgeliefert sein reaktiviert werden (vgl. Radebold 2005, S. 165-168).

Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Praxis mit betroffenen Personen weisen außerdem darauf hin, dass auch das Verhalten, die Kommunikation und die Beziehungsgestaltung durch die Kriegserlebnisse beeinflusst werden kann (vgl. Radebold 2005). Zugleich legen Untersuchungen zur *Tradierung* oder *Transgenerationalen Weitergabe*⁴ von Erlebnissen des Zweiten Weltkriegs nahe, dass auch die Nachkommen betroffener Menschen durch die Erlebnisse ihrer Angehörigen beeinflusst sein können (vgl. z.B. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011; Kellermann 2001; Papousek & Wollwerth de Chuquisengo 2003).

Aus gerontologischer Sicht ist aufgrund des Alters der betroffenen Personen die Frage naheliegend, ob sich die z. T. gravierenden Spätfolgen auch auf die pflegerische Versorgung von Betroffenen auswirken, zumal dies, wie oben berichtet, von einzelnen Expert_innen angenommen wird. Eine Recherche zum Thema in den einschlägigen wissenschaftlichen Datenbanken brachte allerdings keine Studien, Daten oder Artikel zum Thema zutage. Hier scheint ein Forschungsdesiderat vorzuliegen.

⁴Auch diese beiden Begriffe werden in Kapitel 2.3.4 definiert.

Daraus ergibt sich das Anliegen dieser Arbeit, das Problemfeld erstmals vor dem Hintergrund folgender Fragen zu sondieren: Sind Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs Thema in der Pflege von Zeitzeug_innen der deutschen Mehrheitsgesellschaft? Wie werden diese Erlebnisse ‚zum Thema‘?

In der vorliegenden Untersuchung sollten exemplarische ‚Tiefenbohrungen‘ in den beiden großen Pflegekontexten vorgenommen werden: dem formellen bzw. professionellen Pflegesetting und dem informellen bzw. familialen Pflegesetting. Durch dieses Vorgehen eröffnen sich zwei sehr unterschiedliche Fragehorizonte, eine Vergleichbarkeit ist nicht gegeben und wird auch nicht angestrebt. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit – entsprechend der Datenlage – um eine explorative Studie und einen Beitrag zur Grundlagenforschung handelt, ist es das Ziel, erstmals überhaupt Daten bzw. Erfahrungen und Einschätzungen zum Thema zu erheben.

Um den sehr unterschiedlichen Gegebenheiten und Bedingungen des jeweiligen Pflegesettings gerecht zu werden, werden beide Bereiche in Einzelstudien mit eigens zugeschnittener Fragestellung und Methodik untersucht. Dabei wird die Situation der professionellen Pflege hinsichtlich des Vorkommens und Einflusses von Kriegserlebnissen im Pflegealltag eher allgemein und quantitativ mithilfe eines Fragebogens analysiert. Hier steht die Erhebung eines breiteren Datenkorpus im Vordergrund um herauszufinden, ob das Thema in der professionellen Pflege überhaupt eine Rolle spielt. Leitend sind dabei die aus den übergreifenden Forschungsfragen abgeleiteten Fragen, ob Personen, die im Rahmen des Zweiten Weltkriegs traumatisiert wurden, in der professionellen Pflege auf besondere Weise sichtbar sind und die traumatischen Erlebnisse der Zeitzeug_innen die professionelle Pflegesituation beeinflussen.

Demgegenüber ist im Kontext der familialen Pflege die Auskunft zur individuellen Pflegesituation zentral. Ausgehend von der Annahme, dass die Pflege eines betroffenen Elternteils oder von nahen Angehörigen⁵ durch die Tradierung des Erlebten beeinflusst sein kann, werden hier nicht nur ausschließlich die Thematisierung von Kriegserlebnissen fokussiert, sondern mehrperspektivisch auch Beziehungskonstellationen und subjektiven Sinnzusammenhänge erhoben. Entsprechend steht hier die qualitative Interviewerhebung im Fokus, die durch quantitative Erhebungsanteile ergänzt wird. Richtungsweisend sind in diesem Zusammenhang die Fragen, ob sich die pflegenden Angehörige speziell durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen persönlich oder in der Pflege belastet fühlen und ob die Kriegserlebnisse die Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen bzw. die Biografie der Pflegeperson beeinflussen. Da der Fokus dieser Arbeit in Bezug auf die familiäre Pflege auf dem Belastungsempfinden pflegender Angehöriger liegt, wurden lediglich Auskünfte von Pflegenden, nicht von Pflegebedürftigen erhoben. Die hohe Belastung dieses Personenkreises ist umfangreich dokumentiert und kann als ein bestimmender Einflussfaktor für das Wohlbefinden der Pflegepersonen und die Pflegesituation insgesamt verstanden werden (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S. 151-161). Zudem sollen Einschätzungen zu den Effekten der transgenerationalen Weitergabe erhoben werden, was vorrangig durch die Befragung der pflegenden Angehörigen als ‚Folgegeneration‘ erfolgen kann.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden empirische Daten erhoben, die vor einem

⁵Dabei verstehe ich unter ‚Angehörige‘ nicht nur Personen, die in einem direkten verwandtschaftlichen Verhältnis zueinanderstehen. Auch Menschen, die emotionale Bezugsperson für die Betroffenen sind und diese versorgen, aber nicht familiär verbunden sind (z. B. Freund_innen) können in die Untersuchung mit einbezogen werden.

spezifischen historischen und theoretischen Hintergrund diskutiert werden müssen. Dieser Hintergrund wird im ersten Teil der Arbeit (Teil A) vorgestellt. Kapitel 1 stellt dabei den historischen Kontext in Bezug auf Nationalsozialismus und den Zweiten Weltkrieg her. In Kapitel 2 wird der theoretische Hintergrund bezüglich belastender bis traumatischer Kriegserlebnisse und deren möglichen Folgen dargelegt. Kapitel 3 schildert, wie und in welchen Zusammenhängen die pflegerische Versorgung alter Menschen in Deutschland stattfindet.

Der zweite Teil der Arbeit (Teil B) erörtert die Methodik und Empirie der durchgeführten Teilstudien. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der beiden Einzelstudien präsentiert und eine übergreifende Ergebnisdiskussion geführt. Abschließend werden in Kapitel 5 Forschungsausblicke und Implikationen für die Praxis formuliert.

Um es an dieser Stelle bereits vorwegzunehmen: Es hat sich bei der Durchführung dieser Arbeit frühzeitig abgezeichnet, dass belastende bis traumatisierende Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs in beiden Pflegesettings von Bedeutung sind. Die in dieser Studie befragten professionellen Pflegekräfte haben angegeben, dass sich die traumatischen Kriegserlebnisse durchaus auf die Pflege auswirken, und zwar ganz konkret. Die betroffenen Personen verlangen besondere Aufmerksamkeit. Wie bereits oben erwähnt beschreiben die Pflegekräfte es in diesem Zusammenhang unter anderem als problematisch, dass wenig Wissen zum Thema unter den Kolleg_innen vorhanden ist und das Thema zu selten in Aus- und Fortbildungen vorkommt. Im Rahmen der Befragung pflegender Angehöriger zeigte sich, dass die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen relevanten Einfluss auf die empfundene persönliche wie die Pflegebelastung haben. Zudem berichten einige Pflegepersonen von gravierendem Einfluss auf ihr Verhalten, ihre Emotionen, ihre Kommunikations- und Beziehungsstrukturen sowie ihre Biografie.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse scheint es sinnvoll, die Gegebenheiten dieser Pflegesituationen weiter zu untersuchen. Forschungen in diesem spezifischen Kontext können dazu beitragen, die Bedingungen und Herausforderungen, mit denen Pflegende hier konfrontiert sind, sichtbar zu machen, besser zu verstehen und gegebenenfalls Praxisempfehlungen zu entwickeln. Die vorliegende Arbeit ist der Versuch, einen ersten Schritt in diese Richtung zu gehen.

Teil A Historischer und theoretischer Hintergrund

1 Historischer Hintergrund - Zweiter Weltkrieg, Nationalsozialismus und die Auswirkungen

Kriege haben zu unterschiedlichen Zeiten und an unterschiedlichen Orten gewütet. Der Zweite Weltkrieg übertraf in Bezug auf Kriegsführung, Waffeneinsatz und Opferzahlen sogar den Ersten Weltkrieg, der als ‚Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts‘ gilt (vgl. Kruse 2013, S. 5). Insgesamt wurden über 60 Millionen Menschen in diesem Krieg getötet und zum ersten Mal wurden mit den Abwürfen über Hiroshima und Nagasaki Atomwaffen systematisch eingesetzt. In der Sowjetunion verloren etwa 27 Millionen Menschen ihr Leben, ca. 17 Millionen davon waren Zivilist_innen (vgl. Hürter 2006, S. 45; Vogel 2015, S. 63). In Deutschland waren ca. sieben Millionen Menschen der deutschen Mehrheitsgesellschaft Opfer dieses Krieges geworden, die meisten von ihnen Soldaten (vgl. Vogel 2015, S. 63).

Das nationalsozialistische Regime und seine Ideologie wurden ab 1932 von einem großen Teil der ‚Deutschen‘ unterstützt. Zweifelnde auf politischer Ebene wurden mundtot oder durch die „Beschwichtigungs- und Verführungstaktik Hitlers“ (Thamer 2005, S. 147) gefügig gemacht. So spielten die NSDAP und mit ihr der neue ‚Führer‘ Adolf Hitler gekonnt mit den „nationalen Erlösungs- und Veränderungserwartungen des Publikums“ (Thamer 2005, S. 141), um sich die gesellschaftliche Zustimmung zu sichern. Dabei konnten sie an einen stark obrigkeitshörigen Nationalismus anknüpfen, der sich bereits vor dem Ersten Weltkrieg im Deutschen Kaiserreich entwickelt hatte (vgl. Thamer 2005c, S. 71). Dieser trug Thamer zufolge

aggressive, imperialistische und militaristische Züge, die von einer Ausgrenzungsstrategie gegen die sogenannten ‚Reichsfeinde‘ bestimmt waren und aus der Einkreisungsangst der Mittellage in Europa die Forderung nach einem

starken Staat inmitten einer Welt von vermeintlichen Feinden ableiteten. Zu den ‚Reichsfeinden‘ gehörten aus der Sicht dieses Nationalismus anfänglich nur Katholiken, dann vor allem Polen und Sozialdemokraten und später zunehmend auch deutsche Juden. (Thamer 2005c, S. 71, Hervorheb. Im Original)

Die Niederlage des Kaiserreiches im Ersten Weltkrieg und der Zusammenbruch der Monarchie 1918 führten statt zu einer Mentalitätsänderung zu einer verstärkten Suche nach einem ‚Sündenbock‘ und einer Verschärfung der früheren nationalistischen Einstellungen. Mithilfe der so genannten ‚Dolchstoßlegende‘⁶ schufen die alte militärische Elite und die politische Rechte einen Sündenbock, der von den eigentlichen Ursachen des Zusammenbruchs, die vor allem im politischen bzw. sozialen System lagen, ablenkte. So wurde auf den Versailler Vertrag, der die Verantwortung Deutschlands für die Folgen des Ersten Weltkrieges in Auflagen und Reparationszahlungen festschrieb, vor allem mit Empörung reagiert – viele Menschen fühlten sich gedemütigt. Eine Reflexion der aggressiv-imperialistischen Politik als Ursache des Krieges und der politischen Verantwortung Deutschlands an den Verwüstungen, die der Kriege hinterlassen hat, blieben weitgehend aus (vgl. Thamer 2005c, S. 71, 74).

Die sozialen und wirtschaftlichen Belastungen, mit denen die Weimarer Republik konfrontiert war, führten zu tiefen Gräben in der Parteienlandschaft der Republik (vgl. Thamer 2005c, S. 73). Massenarbeitslosigkeit und Armut, die durch die Weltwirtschaftskrise 1929 teils entstanden, teils verschärft wurden, führten außerdem zu einer zusätzlichen politischen Radikalisierung der Bürgerinnen und Bürger (vgl.

⁶Der Legende zufolge fiel ein Teil der von der politischen Linken angestachelten Bevölkerung dem militärisch an der Front unbesiegten Heer ideell in den Rücken und verursachte so die Niederlage (vgl. Thamer 2005c, S. 71).

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) 2005, S. 6; Sturm 2011, S. 104). Zunehmend fand eine solche Radikalisierung auch auf Parteiebene statt. Sowohl pro- als auch contra-republikanischen Parteien organisierten sich beispielsweise in so genannten ‚Kampfbünden‘, die von Straßenagitation bis zu -kämpfen auf verschiedene Weise öffentlich aktiv waren. So wurde bereits eine gewisse Gewöhnung an einen radikaleren und auf der Straße agitierenden Politikstil hergestellt (vgl. Thamer 2005c, S. 75).

Die doppelte Herausforderung durch die außenpolitische Belastung durch den Versailler Vertrag bzw. die ökonomische Krise und die innenpolitische Radikalisierung wurden letztlich zur Gefahr für die Weimarer Republik (vgl. Thamer 2005c, S. 74). Diese Doppelbelastung wurde gleichzeitig von den politischen Machthabern für ihre Zwecke genutzt. So konnte die „autoritäre Verformung der Verfassung“ (Thamer 2005c, S. 75), die mit Reichskanzler Brüning 1930 begann und unter von Papen 1932 ihren Höhepunkt erreichte, einerseits als Notreaktion der Regierung auf die allgemeine politische Radikalisierung ‚verkauft‘ werden, andererseits aber dazu dienen, eigene politische Wünsche bezüglich eines beschnittenen Parlamentarismus oder der Rückkehr zur Monarchie zu fördern. Diese „Wende zum autoritären Staat“ (Thamer 2005c, S. 75) bereitete politisch den Boden für den Aufstieg der Nationalsozialisten.

Ein großer Teil der deutschen Mehrheitsgesellschaft erhoffte sich von der nationalsozialistischen Partei ein Ende des politischen Chaos, das in der Weimarer Republik herrschte und fanden den eigenen emotional aufgeladenen Nationalismus dort wieder. Die Propagandastrategien der NSDAP fielen bei vielen Menschen auf fruchtbaren Boden. So waren zu Beginn des Jahres 1930 bereits über 200.000 Personen Mitglied der Partei (vgl. Thamer 2005d, S. 97). Bei den Reichstagswahlen im

September 1930 wählten 6,4 Millionen Menschen (18,3%) die NSDAP. Die Partei, die 1928 lediglich 2,6% erreicht hatte, wurde damit nach der SPD die zweitstärkste Partei (vgl. Thamer 2005d, S. 97; Sturm 2011, S. 105). Mit der begrenzten Regierungs- bzw. Machtübertragung an die NSDAP und der Ernennung Hitlers zum Reichskanzler 1933 war der Aufstieg der Nationalsozialisten an die politische Spitze abgeschlossen (vgl. Sturm 2011, S. 121-122). Die Auflösung des Parlaments durch den Reichspräsidenten Hindenburg machte den Weg weiter frei für die nationalsozialistische Diktatur (vgl. Sturm 2011, S. 123). Durch die Bestätigung als ‚Führer und Reichskanzler‘ und somit als „Staatsoberhaupt, Regierungschef, Oberbefehlshaber der Reichswehr und oberster Gerichtsherr“ (Thamer 2005a, S. 184) mittels einer (inszenierten) Volksabstimmung schrieb Hitler seine diktatorische Macht endgültig fest.

Bereits vier Tage nach seiner Ernennung zum Reichskanzler sprach Hitler vor dem Militär über den ‚Lebensraum im Osten‘, der zu erobern sei (vgl. bpb 2005, S. 308). Nach seinem Willen sollte ein wirtschaftlich unabhängiges, militärisch unschlagbares und auf biologistischer Grundlage ‚rassisch reines Großreich‘ erschaffen werden, das „den europäischen Kontinent beherrschen“ (Hürter 2006, S. 37) sollte. Um dieses Ziel zu erreichen steuerte er Deutschland, trotz internationaler Zugeständnisse im Rahmen der ‚Appeasement-Politik‘⁷, durch den Überfall Polens am 01.09.1939 in den Zweiten Weltkrieg (vgl. Hürter 2006, S. 40; Michalka 2002, S. 739). Mit der propagandistischen Behauptung, es gehe bei diesem Krieg um einen „Kampf um die

⁷Unter ‚Appeasement-Politik‘ wurde eine ‚Politik der Besänftigung‘ verstanden. Konkret bedeutete das, dass auf die Wünsche Deutschlands eingegangen wurde, um den Frieden zu sichern. So wurde die Tschechoslowakei durch das Münchner Abkommen 1938 angewiesen, das Sudetengebiet abzutreten und weitere ‚Grenzkorrekturen‘ an der polnischen und ungarischen Grenze zu akzeptieren (vgl. Michalka 2002, S. 736-737).

ationale Existenz, die Verteidigung des Deutschen Reiches und das Aufbrechen einer internationalen Einkreisung“ (Thamer 2005b, S. 340) wurde die Öffentlichkeit auf das Kriegsvorgehen eingeschworen.

Stützen konnte sich das NS-Regime hierbei auf das ‚Erbe‘ der wilhelminischen Gesellschaft und des Ersten Weltkrieges. Wie oben erwähnt war bereits vor dem Ersten Weltkrieg in Deutschland ein aggressiver Nationalismus entstanden, der durch den Ausgang des Krieges gedemütigt wurde, aber keinesfalls im Nachhinein umfassend kritisch hinterfragt wurde. Zudem wurde im Rahmen des Ersten Weltkrieges der Gegensatz zwischen spezifisch ‚deutscher Gemeinschaftlichkeit‘, ‚Kultur‘ und ‚Freiheit‘ und deren Überlegenheit im Gegensatz zu der ‚Oberflächlichkeit‘ und ‚Zerrissenheit‘ der restlichen westlichen Gesellschaften propagiert – ein Bild, das bereits im 19. Jahrhundert populär war und auf entsprechend fruchtbaren Boden fiel (vgl. Fichte 1808, S. 49-64; Kruse 2013, S. 67).

Entsprechend wurde der Zweite Weltkrieg in der deutschen Mehrheitsgesellschaft zunächst durchaus auch als „positiv und identitätsstiftend“ (Brockhaus 2010, S. 318) wahrgenommen. Die nationalsozialistisch Überzeugten oder von Beginn ihres Lebens an Indoktrinierten sahen es sogar als Auszeichnung an, das eigene Leben an der (‚Heimat‘)Front für ‚Führer, Volk und Vaterland‘ zu opfern (vgl. Echternkamp 2015, S. 77; Rosenthal 1990, S. 15).

Die Folgen für die Opfer des NS-Regimes. Für einen großen Teil der Weltbevölkerung – und letztlich auch für Deutschland – wurde dieser Krieg zu einer unermesslichen menschlichen, ökonomischen und zivilisatorischen Katastrophe. Über 60 Millionen Menschen kamen durch Kampfhandlungen, Kriegsverbrechen, Vertreibung oder als Opfer eines Genozids zu Tode (vgl. Echternkamp 2015a, S. 4). Etwa 18 Millionen Menschen wurden von 1939 bis 1945 vom nationalsozialistischen Regime als

‚rassisch minderwertiges Leben‘ aus ihrer Heimat vertrieben, 7,8 Millionen Zwangsarbeiter_innen wurden in Deutschland festgehalten (vgl. Echternkamp 2015a, S. 4-5; Nuscheler 1987, S.11). Betroffen waren Menschen aus den annektierten Gebieten östlich von Oder und Neiße, insbesondere aus Polen und der Sowjetunion. Sie fielen dem Wahn der Erschließung dieses ‚Lebensraums‘ für die ‚rassisch wertvolle Volksgemeinschaft‘ zum Opfer (vgl. Michalka 1993, S. 93).

Personen, die nicht dem ‚arischen Rassenbild‘ der Nationalsozialisten entsprachen oder als politische Feinde galten wurden interniert und ermordet. Dies waren vor allem Menschen ‚jüdischer Abstammung‘, Sinti und Roma, Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung, Homosexuelle, Geistliche oder Angehörige eines Ordens, ‚Arbeitsscheue‘ und ‚Gewohnheitsverbrecher‘ bzw. ‚Asoziale‘ sowie Sozialdemokrat_innen und Kommunist_innen (vgl. Deutsche Geschichten 2005, S. 221; Michalka 2002, S. 178). Ihr ‚industrialisierter Massenmord‘ mithilfe der nationalsozialistischen Vernichtungslager wird als der „größte Zivilisationsbruch der Geschichte“ (Deutsche Geschichten 2005, S. 230) bezeichnet. Schätzungsweise 6,7 Millionen Menschen wurden in den Lagern ermordet (vgl. Deutsche Geschichten 2005, S. 231). Über sechs Millionen dieser Menschen waren Jüd_innen, 1,5 Millionen von ihnen Kinder (vgl. Jochheim 2012, S. 5).

Zudem kam es auch im Rahmen des Zweiten Weltkriegs zu sexueller Gewalt, unter der insbesondere Frauen und Mädchen zu leiden hatten. Als Teil der nationalsozialistischen Vernichtungsfeldzüge im Osten, der Besatzung West- und Nordeuropas und des Völkermordes an der jüdischen Bevölkerung wurden viele Frauen durch Angehörige der SS und der Wehrmacht vergewaltigt (vgl. Eichhorn & Kuwert 2011, S. 23; Mischkowski 2006, S. 22). Vor allem in Osteuropa und in Konzentrationslagern wurden Zwangsbordelle für Wehrmachts- und SS-Angehörige betrieben, in denen

Frauen und Mädchen zur Prostitution gezwungen wurden (vgl. Mischkowski 2006, S. 23). Beck (2004) schreibt in ihrer Studie *Wehrmacht und Gewalt*, dass sich die absoluten Zahlen der Wehrmachtsskriminalstatistik für ‚Sittlichkeitsverbrechen‘ von August 1939 bis zur zweiten Jahreshälfte 1944 auf insgesamt 5349 Verurteilte belaufen. Zwar sei diese Zahl im Vergleich zu den oftmals ungenauen Informationen bezüglich sexueller Gewalt dieser Gruppe in der Fachliteratur stichhaltig. Dennoch sei sie mit einigen Einschränkungen zu betrachten. So seien unter ‚Sittlichkeitsdelikten‘ nicht nur sexuelle Gewaltdelikte erfasst, sondern beispielsweise auch homosexuelle Handlungen (vgl. S. 89). Gleichzeitig sei sexuelle Gewalt durch Wehrmachts- oder SS-Angehörige je nach Gebiet, indem sich die Tat ereignete, unterschiedlich stark verfolgt worden. So blieben Sexualdelikte in den besetzten Gebieten der Sowjetunion häufiger folgenlos als in den nord- und westeuropäischen Besatzungsgebieten. Außerdem ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, „da Schätzungen zufolge schon in ‚Friedenszeiten‘ nur eines von 20 oder sogar von 50 solcher Delikte aktenkundig wird“ (S. 329). Umso erstaunlicher, so Beck weiter, sei es, dass viele Frauen bereit waren, die an ihnen begangenen Verbrechen zu melden – auch wenn sie, wenn es zu einer Verhandlung kam, nur wenig Einfluss auf den Ausgang hatten und ihre Glaubwürdigkeit häufig infrage gestellt wurde (vgl. S. 327-329).

Kinder waren als besonders vulnerable Gruppe in besonderer Weise vom Nationalsozialismus und dem Zweiten Weltkrieg betroffen. Das gilt insbesondere für Kinder, die dem rassenideologischen Vorstellungen nicht entsprachen oder zu den ‚politischen Gegner_innen‘ gehörten. Wuchsen sie im nationalsozialistischen Deutschland auf, waren sie, wie alle anderen Kinder auch, massiver NS-Propaganda in Schulen und Jugendorganisationen ausgesetzt. Gleichzeitig lebten sie in der Angst, als Zugehörige einer diffamierten Gruppen ‚entdeckt‘ und als solche vermehrt bedroht zu

werden. Lebten sie in den annektierten bzw. besetzten Gebieten wurden sie ebenso wie die Erwachsenen als ‚Untermenschen‘ oder ‚unwertes Leben‘ betrachtet. Diese Kinder wurden systematisch in Vernichtungslagern ermordet, als Arbeitssklav_innen oder zu medizinischen Versuchen in Konzentrationslagern missbraucht. Sie erfroren, verhungerten oder kamen bei Bombardierungen und Kampfhandlungen um. Kinder, die den Charakteristika entsprachen, die von nationalsozialistischen Eugeniker_innen als erwünscht bewertet wurden, wurden ihren Familien entrissen und an ‚arische‘ Eltern übergeben. Viele der Kinder, die in diesen Familien aufwuchsen, wussten lange nichts von ihrer Herkunft oder davon, wer ihre biologischen Eltern waren (vgl. Shields & Bryan 2002, S. 89).

Die Folgen für die deutsche Mehrheitsgesellschaft. Die deutsche Mehrheitsgesellschaft hatte am Ende des zweiten Weltkriegs ca. 7 Millionen Todesopfer zu beklagen. Etwa 1,7 Millionen Witwen blieben nach dem Ende des Krieges zurück, ca. ein Viertel aller Kinder wuchs dauerhaft ohne Vater auf. 2,3 Millionen Kriegsgefangene befanden sich im Frühjahr 1947 immer noch in alliierter Kriegsgefangenschaft, 900.000 in sowjetischen Lagern (vgl. Radebold 2003, S. 11).

Dass auch die nicht verfolgte deutsche Bevölkerung unter dem Zweiten Weltkrieg zu leiden haben würde, zeigte sich bereits 1942, als Großbritannien die Luftangriffe, provoziert durch die deutsche Bombardierung Englands und tausende zivile Opfer, intensiviert (vgl. Vogel 2015, S. 40). Tatsächlich wurden in Deutschland im Laufe des Krieges etwa 600.000 Zivilist_innen Opfer der Bombardierungen durch die Alliierten (vgl. Bölsche 2005, S. 19).

Ab 1944 waren auch die nicht verfolgten Deutschen in den annektierten und besetzten Ostgebieten durch das Vorrücken der sowjetischen Armee von Flucht, Vertreibung und Zwangsumsiedlung betroffen. Etwa 12 bis 14 Millionen Personen dieser

Gruppe wurden zwischen 1944 und 1950 gezwungen, die Ostgebiete zu verlassen oder flohen von dort. Mindestens 600.000 kamen dabei um (vgl. Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger & Decker 2009, S. 749; Vogel 2015, S. 65). Die mit ‚Flüchtlinge und Vertriebene‘ beschriebene Gruppe setzte sich dabei aus Individuen mit teils ähnlichen, aber auch unterschiedlichen (Sozialisations-)Erfahrungen, Handlungs-, Verarbeitungsmustern und Familienkonstellationen zusammen (vgl. Engelhardt 2006, S. 18-19).⁸ Die betroffenen Menschen kamen aus verschiedenen Regionen und unterschieden sich in den individuellen Lebens- und Fluchtwegen (vgl. Brelie-Lewin 1987, S. 25; Sywottek 1987, S. 70). Außerdem werden mit dieser Terminologie sowohl Personen bezeichnet, die im Rahmen der ersten Fluchtbewegungen vor der sowjetischen Armee aus den osteuropäischen Gebieten flohen als auch jene, die von den besonders brutalen ‚wildem Vertreibungen‘ und der von den Alliierten auf der Potsdamer Konferenz 1945 beschlossenen ‚organisierten Vertreibung‘ betroffen waren (vgl. Brandes 2006, S. 72; Hirsch 2003, S. 5-7; Hürter 2006, S. 46-47; Michalka 2002, S. 770).

Insbesondere zum Ende des Krieges und mit dem Vorrücken und Einmarsch der Alliierten wurden auch Frauen und Männer, Mädchen und Jungen in allen Besatzungsgebieten Opfer sexualisierter Kriegsgewalt. Auch hier ist es z. B. aufgrund der hohen Dunkelziffer schwierig, eindeutig belastbare Opferzahlen zu nennen. Die geschätzte Zahl der Opfer schwankt stark je nach Besatzungsgebiet und Publikation.

⁸Da Menschen mit diesen Erfahrungen in den meisten Fachpublikationen mit der oben beschriebenen Bezeichnung benannt werden, wird sie auch in dieser Arbeit zum besseren Verständnis verwendet – unter der Voraussetzung, Menschen mit individuellem Schicksal nicht zu homogenisieren und den Begriff offen für Kritik und Ergänzungen zu halten. Die Individualität und Unterschiedlichkeit der konkreten Erlebnisse wird in dieser Arbeit als existenzielles Merkmal erachtet.

Der amerikanische Forscher Lilly geht von 11.000 durch amerikanische Soldaten verübte Vergewaltigungen bis September 1945 aus (vgl. Lilly 2007). In Bezug auf Verbrechen der sowjetischen Armee werden in der Fachliteratur häufig die Zahlen des Statistikers Reichling herangezogen, denen zufolge während des Vorrückens auf Berlin etwa zwei Millionen Frauen und Mädchen vergewaltigt wurden (vgl. Beck 2004, S. 50-51; Sander & Jahr 2005, S. 58). Beck betont allerdings, dass es sich trotz der häufigen Verwendung dieser Zahlen keinesfalls um belastbare Daten handelt, da Reichling keine Angaben dazu mache, wie und auf welcher Basis die Berechnungen entstanden seien (vgl. Beck 2004, S. 50).

Die aktuellste Einschätzung liefert Gebhardt (2015) in ihrer Untersuchung *Als die Soldaten kamen*. Sie geht von etwa 860.00 Vergewaltigungen zwischen 1944/45 und 1956 aus. Grundlage ihrer Berechnung sind Zahlen des Statistischen Bundesamtes vom Oktober 1956 zu den so genannten ‚Besatzungskindern‘, also Kindern von Frauen der deutschen Mehrheitsgesellschaft und Besatzungssoldaten, von denen etwa 5% laut Angabe der Mütter aus einer Vergewaltigung entstanden waren. Allerdings bemerkt Gebhardt einschränkend, dass es sich auch hier nur um einen bedingt aussagekräftigen Wert handelt, da die grundlegenden Zahlen unvollständig sind. So starben viele Neugeborene insbesondere auf der Flucht früh und wurden nie aktenkundig. Auch bekannten sich nicht alle Mütter zur gewaltsamen Zeugung ihres Kindes. Zudem sind nicht die Opfer enthalten, die noch nicht oder nicht mehr schwanger werden konnten – oder nicht schwanger wurden. Viele Frauen wurden mehrfach vergewaltigt, weswegen die Zahl der einzelnen Taten deutlich höher anzusetzen ist.

Außerdem lagen keine offiziellen Zahlen zur SBZ⁹/DDR vor, weswegen Gebhardt den für den Westen vorliegenden Wert einfach verdoppelte (vgl. S. 30-33).

Frauen und Mädchen waren nicht nur sexualisierter Kriegsgewalt ausgesetzt. Sie waren z. T. dienstverpflichtet, teilweise freiwillig im Arbeitsdienst und in kriegsbedingte Arbeiten in der Waffenproduktion eingebunden, erzogen ihre Kinder allein, hatten als Flakhelfer_innen z. T. Frontkontakt und betrauerten je nach Alter ihre gefallenen Männer, Väter, Brüder oder Söhne (vgl. Beutel, Decker & Brähler 2007; Eichhorn & Kuwert 2011). Frauen wurden zudem z. B. als Ärzt_innen und Krankenschwestern, Fürsorger_innen oder KZ-Aufseher_innen selbst zu Täter_innen (vgl. Bock 1997, S. 245-255; Kompisch 2008).

Auch deutsche Kinder, die nicht zu den ethnisch oder politisch verfolgten Gruppen gehörten, litten unter dem Zweiten Weltkrieg – und zum Teil unter der nationalsozialistischen Ideologie. Sie wurden, je nach Alter, in einem kleineren oder größeren Teil ihrer Kindheit und Jugend durch Schule und NS-Jugendverbände nationalsozialistisch indoktriniert (vgl. Haarer 1936; Kompisch 2008, S. 65-73; Westfälischer Schulumuseum Verlag & Wulf 2011). Dabei standen Abhärtung und Selbstbeherrschung im Vordergrund, womit die Unterdrückung von Gefühlen wie beispielsweise Mitgefühl sowie die Unterdrückung eigener Bedürfnisse einherging (vgl. Chamberlain 2003, S. 11):

⁹SBZ = Sowjetische Besatzungszone. Eine der vier Besatzungszonen, die auf der Konferenz von Jalta 1945 zwischen den alliierten Siegermächten aufgeteilt wurden. Das Gebiet der SBZ wurde der Sowjetunion zugesprochen und umfasste Mecklenburg, Brandenburg, Teile Berlins, Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt. Zum ‚Westen‘ begrenzt wurde das Gebiet durch die so genannte ‚Oder-Neiße-Linie‘ (vgl. Malycha 2011, S. 4).

Er [der völkische Staat, I.W.] hat seine Erziehungsarbeit so einzuteilen, daß (*sic!*) die jungen Körper schon in ihrer frühesten Kindheit zweckentsprechend behandelt werden und die notwendige Stählung für das spätere Leben erhalten. Nicht im ehrbaren Spießbürger oder der tugendsamen alten Jungfer sieht er sein Menschheitsideal, sondern in der trotzigen Verkörperung männlicher Kraft und in Weibern, die wieder Männer zur Welt zu bringen vermögen. Das Heer soll dann dem jungen Mann nicht mehr wie bisher die Grundbegriffe des einfachsten Exerzierreglements beizubringen haben, es wird auch nicht Rekruten im heutigen Sinne zugeführt erhalten, es soll vielmehr den körperlich bereits tadellos vorgebildeten jungen Menschen nur mehr in den Soldaten verwandeln. (Hitler 1943, S. 453, 455, 459)

Diesem militärischen Ziel entsprechend wurden die älteren Jungen Soldaten, die jüngeren Jahrgänge dienten als Flakhelfer_innen (vgl. Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger & Maercker 2009, S. 1031).

Als Folge der fortgesetzten Bombardierungen der Städte wurden Millionen Kinder durch die Kinderlandverschickung von ihren Familien getrennt und verloren ihre Eltern oder andere Angehörige (vgl. Radebold 2009a). Viele wuchsen nach dem Ende des Krieges ohne Vater auf, der ‚im Krieg geblieben war‘. Einige wurden auf der Flucht und während der Vertreibung Augenzeug_innen schrecklicher Ereignisse oder selbst Opfer sexualisierter Gewalt (vgl. Teegen & Meister 2000, S. 115). Ideologisch betrachtet wurden Kinder im nationalsozialistischen Deutschland nicht um ihrer selbst willen geboren, sondern, wie es einer der meistgelesenen NS-Erziehungsratgeber zusammenfasst, um „der Familie, dem Volk, der Rasse Kinder zu schenken“ (Haarer 1936, S. 8). Grundlage war dabei, dass das „gesunde Erbgut und das rassisches Wertvolle zäh verteidigt werden gegen alles Krankhafte und Niedergehende, das unter der

Herrschaft eines falsch verstandenen Freiheitsbegriffs zu überwuchern drohte“ (Haarer 1936, S. 7). Auf institutioneller Ebene wurden beispielsweise die ‚Lebensborn‘-Heime genutzt, um alleinstehenden ‚arischen‘ schwangeren Frauen im Reichsgebiet und im besetzten oder annektierten Ausland die Möglichkeit zu geben, ihr Kind zu gebären, und so Abtreibungen und den ‚Verlust guten Genmaterials‘ einzudämmen (vgl. Lilienthal 1993, S. 10). Es ist anzunehmen, dass die Möglichkeit, ein uneheliches Kind relativ unbehelligt auszutragen sowie der privilegierte Lebensstil in den Heimen für junge Frauen Gründe darstellten, sich der ‚Lebensborn‘-Bewegung anzuschließen. Genaue Zahlen zu den ‚Lebensborn-Kindern‘ fehlen, da die entsprechenden Akten beim Einmarsch der Alliierten in Deutschland zerstört wurden. Die einschlägige Forschung geht davon aus, dass zwischen 7000 und 8000 Kinder in den ‚Lebensbornheimen‘ geboren wurden (vgl. Lilienthal 1993, S. 230; Deutsches Historisches Museum o.A.). Die meisten der Mütter gaben diese Kinder nach dem Zusammenbruch des Nationalsozialismus zur Adoption frei, ohne ihre Verwicklung in die ‚Lebensborn‘-Bewegung anzugeben. Entsprechend war das Schicksal dieser Kinder lange unbekannt (vgl. Shields & Bryan 2002, S. 91). Allerdings existieren mittlerweile Interessengemeinschaften ehemaliger ‚Lebensborn-Kinder‘ (z. B. Lebensspuren e.V.¹⁰) und mehr und mehr der Betroffenen treten mit ihrer Geschichte an die Öffentlichkeit.¹¹

Die in diesem Kapitel geschilderten Erlebnisse haben Spuren bei den Zeitzeug_innen hinterlassen. Manche dieser Spuren sind eher oberflächlich, manche haben sich tief eingepägt. Einige Erlebnisse waren so schrecklich, dass sie tiefe, wenn

¹⁰Vgl. <http://www.lebensspuren-deutschland.eu/>

¹¹Vgl. http://www.deutschlandfunk.de/kinderraub-durch-nationalsozialisten-blond-blauaugig.724.de.html?dram:article_id=362526

auch nicht auf den ersten Blick sichtbare Verletzungen hinterlassen haben. Im folgenden Kapitel wird dargestellt, wie diese Verletzungen entstehen und welche Folgen es haben kann, wenn sie im Lebensverlauf nicht heilen können.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Psychische Traumatisierungen. Nach einer kurzen Bestimmung des Begriffs *Psychisches Trauma* beschäftigt sich dieses Kapitel vor allem mit den allgemeinen Folgen, die traumatische Erlebnisse für Betroffene haben können. Dabei werden unmittelbare und längerfristige Folgen dieser Erlebnisse vorgestellt.

Der klinische Begriff *Psychisches Trauma* wird in der Psychotraumatologie als Bezeichnung für eine tiefgreifende, seelische Verletzung verwendet, die durch ein extrem stressreiches äußeres Ereignis ausgelöst wird (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 19, 79; Herman 2006, S. 10). Das Internationale Diagnosesystem *ICD-10* der Weltgesundheitsorganisation definiert dieses Ereignis als „eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (‘Traumakriterium’, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2013, S. 198). Zur Klassifikation traumatischer Erlebnisse hat sich Maercker (2009) zufolge eine Unterscheidung nach der Ursache sowie nach der Dauer des Ereignisses bewährt. Tabelle 1 stellt die Unterschiede schematisch dar.

Tabelle 1

Schematische Darstellung von Traumaursachen und -dauer

	Typ-I-Trauma (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Trauma (mehrfach/langfristig)
Zufälliges Trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Verkehrsunfälle • Berufsbedingte Traumata • (z. B. Polizei, Rettungskräfte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lang dauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung) • Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen)

	Typ-I-Trauma (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Trauma (mehrfach/langfristig)
Zufälliges Trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Kurz dauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand) 	
Menschlich verursachtes Trauma (man made desaster)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung) • Kriminelle bzw. körperliche Gewalt • Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> • Geiselhaft • Sexuelle und körperliche Gewalt • Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft) • Kriegserleben

Anmerkungen. Tabelle nach Maercker 2009, S. 15

Ein psychisches Trauma kann dabei durch eigenes Erleben oder auch durch die Beobachtung eines Ereignisses geschehen (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 124-125). In der Fachliteratur werden verschiedene Risikofaktoren für eine Traumatisierung genannt, so z. B. junges Alter, das soziale Umfeld, Bildungsgrad, Herkunft, familiäre Vorbelastung, Alkohol- und Drogenmissbrauch und Depressionen (vgl. Eichhorn & Kuwert 2011, S. 35).

2.2 Folgen psychischer Traumatisierungen.

Unmittelbare Folgen. Als unmittelbare Folge eines traumatischen Ereignisses zeigt sich ein psychischer ‚Schock-‘ oder ‚Krisenzustand‘, im ICD-10 als „akute Belastungsreaktion“ (DIMDI 2013, S. 198) benannt. Psyche und Körper des betroffenen Menschen versuchen mit der Situation umzugehen – insofern kann die Belastungsreaktion als ‚normale‘ Reaktion auf ein überwältigendes Erlebnis verstanden werden (vgl. Bengel & Becker 2009, S. 166). Die Reaktion entwickelt sich unmittelbar oder wenige Minuten nach dem Ereignis und zeichnet sich durch ein gemischtes bzw. wechselndes Symptombild aus (depressive Symptome, Angst, Verzweiflung, Ärger, Rückzug oder Hyperaktivität). Keines der Symptome ist langfristig. Kann die betroffene Person die belastende Umgebung verlassen bzw. aus ihr entfernt werden,

klingen die Symptome innerhalb weniger Stunden oder Tage ab (vgl. Bengel & Becker 2009, S. 165).

Das zweite große Klassifikationssystem psychischer Störungen, das DSM-5 der American Psychiatric Association (APA) (2013), beschreibt zusätzlich die so genannte ‚akute Belastungsstörung‘ (das ICD-10 vermeidet diesen Begriff und beschreibt lediglich die oben genannte Belastungsreaktion). Diese wird diagnostiziert, wenn zwischen drei Tagen und vier Wochen lang mindestens drei Symptome einer Belastungsstörung auftreten. Dazu gehören intrusive Symptome (z. B. ‚Flashbacks‘ oder Alpträume), negatives Gefühlsleben (z. B. Unfähigkeit Glück oder Liebesgefühle zu erleben), dissoziative Erlebnisse (z. B. Amnesie bezüglich des traumatischen Erlebnisses, sich selbst von außen betrachten), Vermeidung (z. B. werden Erinnerungen und Gedanken aber auch Personen oder Orte, die an das traumatische Erlebnis erinnern, vermieden) und Übererregung (z. B. Schlafstörungen, übermäßiger Ärger, Konzentrationsprobleme) (vgl. APA 2013, S. 280-281).

Langfristige Folgen und Spätfolgen psychischer Traumatisierung.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Bei der PTBS handelt es sich um ein psychisches Syndrom, also ein Krankheitsbild, das sich aus mehreren charakteristischen Symptomen zusammensetzt, und das „direkt und ausschließlich auf traumatische Ereignisse bezogen wird“ (Glaesmer, Matern, Rief, Kuwert & Braehler 2015, S. 800). Die Symptome treten verzögert innerhalb einiger Wochen oder Monate, manchmal auch erst nach Jahren auf (vgl. DIMDI 2013, S. 198; APA 2013, S. 276).

Die Hauptkriterien für eine PTBS-Diagnose stimmen bei ICD-10 und DSM-5 weitgehend überein:

- 1 Erleben eines traumatischen Ereignisses (‚Traumakriterium‘)

- 2 Intrusionen/Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (z. B. durch Flashbacks oder Alpträume)
 - 3 Vermeidungsverhalten (z. B. von bestimmten Situationen, die an das Trauma erinnern)
 - 4 negative Affektivität (z. B. anhaltende Angst oder Wut, negative Gefühle sich selbst und der Welt gegenüber, die Abflachung aller Gefühle)
 - 5 Hyperarousal/Übererregung (z. B. Schlafstörungen, übermäßige Schreckhaftigkeit und Konzentrationsprobleme)
- (vgl. APA 2013, S. 272; Maercker 2009, S. 18-19; DIMDI 2013, S. 198).

Das DSM-5 fordert für die Diagnose einer PTBS zusätzlich ein zeitliches Kriterium (Symptome müssen länger als einen Monat andauern) und klinisch signifikante Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die PTBS kann mit voller oder partieller Symptomstruktur auftreten. Innerhalb der beschriebenen Symptomatik können die Beschwerden sehr unterschiedlich sein und sich zudem im Lauf der Zeit verändern (vgl. APA 2013, S. 277). Eine ausführliche Übersicht der Symptome findet sich bei Maercker (2009).

Auftreten und Dauer der PTBS wird in beiden Diagnosesystemen unterschiedlich beschrieben. Das DSM-5 gibt an, dass die Symptome in der Regel innerhalb von drei Monaten nach dem traumatischen Ereignis beginnen, diese allerdings auch mit monate- oder sogar jahrelanger Verspätung erstmals auftreten können (vgl. APA 2013, S. 276). Das ICD-10 beschreibt, dass die Latenz „wenige Wochen bis Monate dauern kann“ (DIMDI 2013, S. 198). Zudem beschreibt das DSM-5, dass die Dauer der PTBS sehr unterschiedlich sein und sich von wenigen Monaten bis zu mehreren Jahrzehnten erstrecken kann (vgl. APA 2013, S. 277).

Risikofaktoren für eine PTBS können im persönlichen Bereich und im Umfeld liegen. Auf persönlicher Ebene gehören emotionale Probleme in der frühen Kindheit, ungeeignete Coping-Strategien, genetische Faktoren und die Entwicklung einer akuten Stress-Störung als Reaktion auf das Erlebte dazu. In Bezug auf das soziale Umfeld können z. B. ein niedriger sozioökonomischer Status, niedriger Bildungsgrad und Probleme im Elternhaus das Risiko einer PTBS erhöhen. Umgekehrt können z. B. eine dauerhaft gute Beziehung zu einer primären Bindungsperson, sicheres Bindungsverhalten, verlässliche Unterstützung durch das soziale Umfeld und ein kontaktfreudiges Temperament als Schutzfaktoren dienen (vgl. Hausmann 2006, S. 77). Grundsätzlich beschreibt die einschlägige Forschung, dass die PTBS-Prävalenz bei Frauen höher sei als bei Männern (vgl. APA, 2013, S. 277-278; Eichhorn & Kuwert 2011, S. 40). Die Ursachen hierfür werden in der Literatur allerdings nicht benannt.

Auf körperlicher Ebene kann sich die PTBS z. B. in Form von Schlafstörungen auswirken (vgl. Maercker 2009, S. 19). Glaesmer, Brähler, Gündel und Riedel-Heller (2011) fanden einen starken Zusammenhang zwischen einer aktuellen PTBS-Symptomatik und z. B. Krebs- oder Herz-Kreislaufkrankungen, Magenproblemen, Asthma und Rückenbeschwerden (vgl. S. 401). Darüber hinaus können schwere Traumatisierungen neurochemische Abläufe des Körpers stören (vgl. Chivers-Wilson 2006, S. 112). So können Autoimmun-Reaktionen und entzündliche Prozesse gefördert oder das Immunsystem gedämpft werden (vgl. Glaesmer, Brähler, Gündel und Riedel-Heller, 2011, S. 401, 405; McEwen 1998, S. 33). Dies könnte ein Grund für die höhere Erkrankungsrate von Menschen mit PTBS an körperlichen oder psychosomatischen Symptomen sein (vgl. Glaesmer, Brähler, Gündel & Riedel-Heller 2011, S. 405).

Betroffen von einer PTBS sind laut bevölkerungsbasierten Studien etwa 1-3% aller Menschen in Deutschland (vgl. Hauffa, Rief, Brähler, Martin, Mewes & Glaesmer 2011, S. 934; Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler 2008, S. 584).¹² Bei den meisten betroffenen Menschen verschwinden die Symptome im Laufe der Zeit (vgl. DIMDI 2013, S. 198). Laut DSM-5 erholt sich etwa die Hälfte der Betroffenen innerhalb von drei Monaten vollkommen (vgl. APA 2013, S. 276). Einige Personen leiden allerdings in Form einer chronischen PTBS über Jahre oder Jahrzehnte hinweg unter den Beschwerden (vgl. APA 2013, S. 277; DIMDI 2013, S. 198; Maercker 2009, S. 431).

Komplexe, chronische und verzögert auftretende PTBS. Bei einigen Betroffenen entwickelt sich als Reaktion auf schwere, anhaltende Traumatisierungen (z. B. Geiselnahme, Inhaftierung in einem Konzentrationslager, Kriegsgefangenschaft) eine Entwicklungstraumastörung, auch komplexe PTBS genannt (vgl. Herman 2006, S. 123, 166; Maercker 2009, S. 21-22). In der einschlägigen Fachliteratur wird beschrieben, dass Personen mit einer komplexen PTBS eine dauerhafte Veränderung der

¹²Einschränkend ist hier hinzuzufügen, dass die ‚Repräsentativität‘ der hier präsentierten Daten kritisch zu betrachten ist. In der Studie von Hauffa, Rief, Brähler, Martin, Mewes & Glaesmer (2011) wird die Zusammensetzung der zufällig ausgewählten und als ‚deutsch‘ bezeichneten Gruppe lediglich in Bezug auf die Punkte näher definiert, die die Autor_innen als relevant für die Repräsentativität der Stichprobe einschätzen (Geschlecht, Alter, Bildung) sowie bezüglich des Beziehungsstatus und der Arbeitssituation (vgl. S. 935). Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) schlossen nur Personen ein, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (vgl. S. 578). Personen, die beispielsweise mit einer anderen Staatsangehörigkeit seit Jahrzehnten in Deutschland leben und sich (auch) als deutsch verstehen, blieben ausgeschlossen. Da es sich bei den beiden Studien um die größten und aktuellsten zum Thema handelt, nehme ich, vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen, dennoch Bezug darauf.

Persönlichkeit, der *Identität* und des Beziehungslebens erfahren (vgl. Herman 2006, S. 122, 166; Maercker 2009, S. 21-24). Der Begriff der Persönlichkeit wird, ebenso wie das Konzept der Identität, in diesen Publikationen nicht näher definiert. Je nach psychologisch-theoretischer Ausrichtung wird die Entstehung der Persönlichkeit unterschiedlich erklärt. Den meisten Zugängen gemein ist die Annahme, dass es sich beim Konzept der Persönlichkeit um eine Verbindung verschiedener seelischer Eigenschaften wie z. B. Kognition, Emotion, Motivation und Temperament handelt, die bei jedem Menschen eine besondere Ausprägung hat (vgl. Schmidbauer 2001, S. 183; Sloan 2014, S. 1364). Von dieser Grundlage geht auch die vorliegende Arbeit aus. Gleichzeitig wird hier vor dem Hintergrund der Kritischen Psychologie diese Verbindung nicht als ‚naturegegeben‘ angenommen, sondern auch als Kristallisationspunkt sozialer Beziehungen verstanden (vgl. Sloan 2014, S. 1366). In Bezug auf die Identität wird in der vorliegenden Arbeit die in der Psychologie gängige Definition genutzt, ergänzt durch die kritische Reflexion post-strukturalistischer Arbeiten wie der von Butler (1991). Identität wird hier verstanden als die Übereinstimmung zwischen Selbstbild, sozialer Erwartung und Anerkennung in Bezug auf verschiedene Identitätsaspekte und soziale Gruppen (z. B. Geschlecht, Ethnie oder Nationalität) (vgl. Schmidbauer 2001, S. 121; Taylor 2014, S. 933). Dabei wird die Identität nicht zu einem gewissen Zeitpunkt ‚abgeschlossen‘, sondern bleibt „*Effekt* diskursiver Praktiken“ (Butler 1991, S. 39, Hervorheb. im Original).

Menschen mit einer komplexen PTBS leiden häufig an langanhaltenden Depressionen und Schuldgefühlen, zeigen insbesondere in Bezug auf traumatische Erinnerungsreize eine mangelnde Affekt- und Impulsregulation und verlieren das Vertrauen in den Schutz durch das soziale Umfeld und Institutionen. Auch die Hoffnung auf soziale Gerechtigkeit oder Wiedergutmachung geht verloren. Betroffenen sind im

Gegenteil davon überzeugt, wieder zum Opfer zu werden. Oft treten auch somatische Symptome auf (vgl. Herman 2006, S. 122, 166; Maercker 2009, S. 21-24).

Bei der Chronifizierung von PTBS-Symptomen spielen Traumatisierungen im Zweiten Weltkrieg als altersspezifischer Kohorteneffekt eine besondere Rolle (vgl. Kuwert & Knaevelsrud 2009, S. 429). Auf körperlicher Ebene konnte eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit durch die chronische PTBS festgestellt werden (vgl. Yaffe et al. 2010, S. 612). Manche Betroffene stellen nach Jahrzehnten der Symptomfreiheit zunehmende oder erstmals auftretende Symptome einer PTBS fest. Verschiedene Einflussfaktoren können hierfür verantwortlich sein. Kuwert und Knaevelsrud (2009) benennen „die vermehrte Zeit, sich Erinnerungen zu überlassen“ (S. 431) als einen möglichen Faktor. Zudem können altersspezifische Stressoren eine Rolle spielen. Der Verlust sozialer Kontakte und geliebter Menschen (z. B. durch Verwitwung) kann frühere Verlusterfahrungen oder ein schon bekanntes Gefühl von Verlassenheit und Isolation reaktivieren. Außerdem ist es möglich, dass bisher bewährte Bewältigungsstrategien wie Ablenkung und Aufwertung der eigenen Person durch Erwerbsarbeit oder das bewusste Verdrängen von traumatischen Erinnerungen aufgrund von Berentung oder kognitiver Erkrankungen nicht mehr zur Verfügung stehen. Zusätzlich können körperliche Erkrankungen und damit einsetzende Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bereits bekannte Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht erneut in Gang setzen (vgl. APA, 2013, S. 277; Eichhorn & Kuwert, 2011, S. 38; Kuwert & Knaevelsrud 2009, S. 428-429; Maercker 2009, S. 30).

Somatoforme Traumafolgestörungen. Neben Traumafolgestörungen, die in erster Linie „mentalisiert (d.h. mit subjektiv bewussten Symptomen)“ (Maercker 2009, S. 24) auftreten, können auch somatoforme Folgen auftreten. Diese zeigen sich beispielsweise in Form von Schmerzen ohne physische Ursache oder temporären

sensorischen Ausfällen, wobei die klassischen PTBS-Kriterien wie Intrusionen oder berichtbares Vermeidungsverhalten fehlen. Gleichzeitig kann eine somatoforme Dissoziation vorliegen. Sie kann beispielsweise in Form von temporärem Verlust der motorischen Kontrolle (z. B. Stimme, Bewegung, Schlucken), der Schmerzempfindung oder der sensorischen Sensibilität auftreten, Schlafwandeln oder Delirien auslösen (vgl. Maercker 2009, S. 24-25).

Posttraumatische Reifung (Posttraumatic Growth). Ob ein traumatisches Erlebnis bewältigt werden kann oder sich langfristige Folgen entwickeln, lässt sich in begrenztem Maß durch Faktoren der Lebenslage (Lebensumstände, Entwicklungsstadium/Alter, sozialer Kontext und (nicht) vorhandenes unterstützendes Umfeld) und des Ereignisses (Intensität und Dauer) beantworten (vgl. Fooker 2009, S. 69; Herman 2006, S. 86-90). Bedeutsamer scheint aber die individuelle Perspektive der betroffenen Menschen zu sein. Ergebnisse aus der Resilienzforschung, also zur psychischen Widerstandskraft des Menschen, haben gezeigt, dass es manchen Menschen gelingt, Risiken auch unter widrigsten Umständen zu widerstehen und „Schutzfaktoren wirksam werden zu lassen“ (Fooker 2009, S. 66). In ihrem Bemühen, mit der erlittenen Situation in einer subjektiv akzeptablen Weise fertig zu werden, können sie trotz aller Belastung am Erlebten wachsen. Dieser positiv konnotierte Reifungsprozess infolge einer traumatischen Erfahrung wird als *Posttraumatische Reifung* oder *Posttraumatic Growth (PTG)* definiert (vgl. Fooker 2009, S. 74).

Der Begriff entstand in der klinischen Praxis mit Betroffenen, da einige die Erlebnisse in der Retrospektive „subjektiv als eine besondere Erfahrung seelischer Reifung einschätzen“ (Fooker 2009, S. 70). Es geht dabei nicht nur um die erfolgreiche Bewältigung des Erlittenen. Die traumatischen Erlebnisse werden zum Ausgangspunkt psychischen Wachstums (z. B. als Zuwachs von Wissen, von

Handlungsfähigkeit und persönlicher Stärke oder einer höheren Wertschätzung des Lebens) (vgl. Fooker 2009, S. 70; Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger & Decker 2009, S. 1031). Im Rahmen einer Befragung ehemaliger Kindersoldaten im Zweiten Weltkrieg fanden Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger und Decker (2009), dass die Anzahl der Traumatisierungen und die Anerkennung durch nahestehende oder bedeutsame Personen eine besondere Bedeutung bei der Entwicklung von PTG haben. Darüber hinaus spielten hier die soziale Anerkennung als Überlebender und die Auffassung, dass die Welt sinnvoll und bedeutsam ist, eine besondere Rolle (vgl. S. 1031, 1035-1036).

Das Konzept des PTG muss allerdings in seiner empirischen Datenlage als ambivalent bezeichnet werden. So zeigen sich zwar einerseits bei Betroffenen durchaus langfristig positive Effekte durch das wahrgenommene Wachstum. Andererseits zeigen Studien, die die objektiv erfasste psychische Gesundheit Betroffener mit der Selbsteinschätzung zu Wachstumsprozessen vergleichen, negative Zusammenhänge. Erklären lässt sich diese Ambivalenz möglicherweise anhand des von Zoellner und Maercker (2004) entwickelten Januskopf-Modells. Die beiden Autor_innen gehen davon aus, dass PTG zwei Facetten aufweist: die konstruktive, selbsttranszendierende Seite und die selbsttäuschende, illusorische Seite (vgl. S. 43). Die berichtete positive Entwicklung nach der Traumatisierung erfüllt hier also unterschiedliche Funktionen. Im ersten Fall scheint tatsächlich eine positive seelische Anpassung zu erfolgen. Im zweiten Fall scheint der empfundene Reifungsprozess eher als Selbstberuhigung und Vermeidungsstrategie zu fungieren, um sich nicht mit den belastenden Folgen des traumatischen Erlebnisses auseinandersetzen zu müssen (vgl. Fooker 2009, S. 76).

Auch wenn es erstaunlich viele Menschen gibt, die existentielle Bedrohungen bewältigen und sogar eine ‚Reifung‘ erleben, gibt es doch auch viele, die trotz allen Bemühens kein persönliches Wachstum erleben, sondern im Gegenteil durch Spätfolgen belastet sind (vgl. Fooker 2009, S. 68). Bei besonders schweren Traumatisierungen kann das traumatische Erlebnis sogar zur ‚exemplarischen Situation‘ werden, vor deren Hintergrund jedes Ereignis interpretiert wird. Dabei sind die Effekte zufälliger traumatischer Erlebnisse und die von ‚man-made-desasters‘ zu unterscheiden. So führen Naturkatastrophen, Unfälle oder andere zufällige Traumata eher zu einer Erschütterung des „pragmatischen Realitätsprinzips, nämlich unsere sicherlich illusionäre Überzeugung, daß (*sic!*) die Kräfte der Natur und der Technik prinzipiell beherrschbar seien“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 85). Betroffenen fällt es in diesem Fall beispielsweise schwer daran zu glauben, dass sie die nächste Autofahrt überleben werden. Von Menschen verursachte Traumatisierungen wie sexuelle Gewalt, Krieg oder Folter hingegen können „Annahmen des kommunikativen Realitätsprinzips und das Vertrauen in die Verlässlichkeit (*sic!*) der sozialen Welt“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 85) teilweise oder ganz zerstören. Bei betroffenen Menschen geht so häufig auch das soziale Netz verloren und damit die Möglichkeit, Kontrolle und Sicherheit durch die Zugehörigkeit zu einem Bezugssystem zu erfahren. Die Betroffenen fühlen sich sowohl im privaten als auch gesellschaftlichen Kontext häufig verlassen, ausgestoßen und isoliert (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 85; Herman 2006, S. 78). Die Beziehungsgestaltung ist häufig ambivalent, da betroffene Personen einerseits nach schützender Zuneigung und Intimität suchen, sich aber gleichzeitig aufgrund von Scham-, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen aus engen Beziehungen zurückziehen und Intimität vermeiden (vgl. Herman 2006, S. 83-84.).

Zudem können schwere traumatische Erlebnisse tiefgreifende Veränderungen in Selbstbild, Charakter und Ich-Struktur der betroffenen Person hinterlassen (vgl. Herman 2006, S. 77; Fischer & Riedesser 2003, S. 151). Das Ur-Vertrauen kann beeinträchtigt sein, Selbstanklagen wegen des Traumas („Ich trage die Verantwortung für das Ereignis“) sowie selbstschädigendes Verhalten können auftreten. Auch verschiedene Variationen von Wiederholungstendenzen sind möglich, in denen z. B. ehemalige Opfer zu Täter_innen werden, um durch die Viktimisierung anderer das eigene Trauma zu kompensieren (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 149).

Im folgenden Kapitel werden die hier allgemein vorgestellten Folgen traumatischer Erlebnisse für den Bereich der Kriegserlebnisse spezifiziert.

2.3 Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs – Unmittelbare Folgen und Spätfolgen

2.3.1 Begriffsbestimmung: belastet – beschädigt – traumatisiert. Im Rahmen meiner Arbeit habe ich professionell Pflegende und pflegende Angehörige befragt. Diese sollten einschätzen, ob belastende oder traumatische Kriegserlebnisse bei den Pflegebedürftigen vorhanden sein könnten. Da zum Erhebungszeitpunkt keine diagnostischen Instrumente zur Fremderhebung von Traumatisierungen existierten, ist es im Rahmen dieses Untersuchungssettings nicht möglich, eine eindeutige Betroffenheit oder ‚Traumadiagnose‘ für die pflegebedürftigen Personen zu stellen. Gleichzeitig haben Studien, die Zeitzeug_innen mithilfe diagnostischer Instrumente und in Interviewform befragten gezeigt, dass das Ausmaß der Traumatisierung durch das Fragebogeninstrument deutlich unterschätzt wurde (vgl. Lamparter & Holstein 2016, S. 14). Selbst wenn eine diagnostische Abklärung zwecks Festlegung einer ‚harten Traumadiagnose‘ durchgeführt wird, scheint die resultierende Diagnose zumindest bei dieser Betroffenenengruppe nicht zwingend zutreffend zu sein.

Um mich dem (eventuell traumatischen) Erleben der Zeitzeug_innen – und dessen Auswirkungen auf die Versorgungssituation – auf andere, flexiblere Weise zu nähern, werde ich mich in meiner Analyse auf eine Unterscheidung der Folgen von Kriegserlebnissen nach Hartmut Radebold beziehen. Er unterscheidet in *belastende* (lebenslang bis ins Alter konflikträchtige Folgen), *beschädigende* (lebenslang bis ins Alter anhaltende Folgen mit Krankheitswert) und *traumatisierende* Folgen (lebenslang bis ins Alter anhaltende PTBS, teilweise oder vollständig) (vgl. Radebold 2005, S. 18, 222). Zwar werde ich mich in meinen Interpretationen auch dem klinischen Traumabegriff annähern. Die Unterscheidung Radebolds wird in meiner Arbeit jedoch gleichwertig neben dem klinischen Begriff verwendet.

2.3.2 „Also wir haben schon `ne schlimme Zeit erlebt“¹³ – Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs. Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger und Ermann (2007) beschreiben den Krieg als komplexe und langanhaltende Traumatisierung, die sich aus verschiedenen Stressoren zusammensetzt (z. B. körperliches Leid, Bedrohung, Mangel oder der Verlust geliebter Menschen) (vgl. S. 212). Auch traumatische Erlebnisse wie Hunger oder sexualisierte Gewalt durch Besatzungsmächte, die sich nach dem Ende und infolge eines Krieges ereignen, sind als Kriegstraumatisierung zu verstehen (Eichhorn & Kuwert 2011, S. 22). Diese wirken sequenziell, also über Monate oder Jahre hinweg und oft kumulativ, es treten also mehrere traumatische Erlebnisse auf einmal oder aufeinander folgend auf (vgl. Maercker 2009, S. 15). Das Risiko, unter Langzeitfolgen von Kriegstraumatisierungen zu leiden, ist außerdem besonders hoch, da die Unterstützung durch das soziale Umfeld, die bei der Verarbeitung

¹³Auszug aus dem Interviewtranskript von M.K.-L., Z. 421. Das zugehörige Interview wurde im Rahmen meiner Diplomarbeit geführt.

traumatischer Erlebnisse eine wichtige Rolle spielt, häufig wegfällt (vgl. Herman 2006, S. 92-93).

Die Menschen erlebten während des Zweiten Weltkriegs Fronteinsätze, Bombenangriffe und Städtezerstörung und – als Folge davon – Evakuierung und Kinderlandverschickung, was oft die Trennung von der Familie bedeutete. Menschen mussten mit dem absehbaren Ende des Krieges aus Osteuropa fliehen oder wurden vertrieben, sie verloren Angehörige (Eltern, Kinder, Geschwister oder den_die Partner_in) und machten passive und aktive Gewalterfahrungen wie z. B. Verwundungen, Tötungen und Vergewaltigungen (vgl. Radebold 2009a, S. 16). In der Folge des Krieges waren sie Hunger, Obdachlosigkeit und teilweise gewalttätigen Übergriffen durch die Besatzer ausgesetzt. Viele dieser Erlebnisse waren damals so ‚alltäglich‘, dass über das dadurch verursachte Leid oder mögliche Folgen nicht nachgedacht oder gesprochen wurde (vgl. Radebold 2005, S. 44). Häufig waren die Erwachsenen weitgehend verstummt – sei es um das Erlebte zu verdrängen oder die eigene Mit-Schuld zu verschleiern. Das Leid der Kinder wurde eher als gering angesehen oder gar nicht wahrgenommen (vgl. Radebold 2005, S. 87).

Eine besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die politische Entwicklung Deutschlands nach dem Zweiten Weltkrieg. Wurde in der BRD im Privaten häufig geschwiegen, um das Erlebte zu verdrängen und die eigene Verantwortung an den NS-Verbrechen zu verschleiern, so wurde das Schweigen in der DDR staatlich auferlegt. Insbesondere Geflüchteten und Vertriebenen war es hier verboten, über traumatische Erlebnisse mit sowjetischen Besatzungssoldaten zu sprechen, da dies Kritik an der Politik der Sowjetmächte beinhaltet hätte (vgl. Schwartz 2006, S. 91). Trauerarbeit und Aufarbeitung des Erlebten dürften durch die verordnete Tabuisierung deutlich erschwert worden sein (vgl. Hirsch 2003, S. 9; Schwartz 2006, S. 91). Einige

Forscher_innen gehen aufgrund klinischer Erfahrungen sogar davon aus, dass diese umfassende gesellschaftliche Tabuisierung zu relativ hohen PTBS-Prävalenzen bei vertriebenen Personen beigetragen hat (vgl. Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger & Ermann 2007a, S. 216). Vor dem Hintergrund der Ergebnisse von Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger und Decker (2009) zur Posttraumatischen Reifung scheint dies durchaus plausibel.

2.3.3 Unmittelbare Folgen und Spätfolgen von Kriegserlebnissen. Die Folgen des Zweiten Weltkrieges wurden zunächst im Kontext der Holocaustforschung untersucht (vgl. Radebold 2005, S. 63). Die Frage nach den psychosozialen Folgen des Zweiten Weltkrieges in Deutschland wurde sowohl auf gesellschaftlicher Ebene wie in der Forschung lange nicht aufgeworfen (vgl. Glaesmer 2014, S. 194). Einen deutlichen Fortschritt hat die Erforschung des Themas mit der Gründung der Forschungsgruppe ‚Weltkrieg2Kindheiten‘ im Jahr 2002 gemacht (vgl. Glaesmer 2014, S. 194). Die Forscher_innen brachten Studien zum Thema auf den Weg und trugen dieses verstärkt in den gesellschaftlichen Diskurs hinein. Dennoch sind (Kriegs-)Traumatisierungen und deren Effekte bei älteren Menschen immer noch ein vernachlässigtes Thema in Forschung und klinischer wie pflegerischer Praxis (vgl. Glaesmer 2014, S. 194; Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger und Decker 2009, S. 748).

Für Betroffene hingegen sind die Jahrzehnte zurückliegenden Ereignisse oft immer noch hochaktuell. War die Ausprägung des Erlebten traumatisch, können die Ereignisse auch 70 Jahre nach Kriegsende noch die psychische und körperliche Gesundheit beeinträchtigen. So war die Anzahl der Personen, die im Rahmen einer repräsentativen Befragung zu traumatischen Erlebnissen im Lebensverlauf angaben, mindestens eine traumatische Erfahrung in ihrem Leben gemacht zu haben, bei der Gruppe am höchsten, die 75 Jahre und älter war. Meist handelte es sich dabei um

Kriegserlebnisse, mit steigender Wahrscheinlichkeit bei steigendem Alter (vgl. Glaesmer, Gunzelmann, Braehler, Forstmeier & Maercker 2010, S. 664). Lamparter und Holstein (2016) sprechen in Bezug auf die Zeitzeug_innen des Hamburger Feuersturms und ihre Familien davon, das Erlebte sei „eine biographische Wende, ein Urerlebnis, das bis heute untergründig wirkt und Erlebnisdispositionen schaffte, die eine besondere spätere Labilität bedingen. Die Erfahrungen resultierten in einem tiefen inneren Verletzungsgefühl, das bewusst mehr oder weniger zugelassen wird“ (S. 13-14).

Ob sich Spätfolgen aufgrund einer Kriegstraumatisierung entwickeln, lässt sich nicht pauschal beantworten. Dies hängt, wie bei allen Spätfolgen von traumatischen Erlebnissen, von den in Kapitel 2.1 beschriebenen Risiko- und Schutzfaktoren ab. Allerdings gelten Mehrfachtraumatisierungen, wie sie im Kriegskontext gehäuft vorkommen, als wichtiger Risikofaktor für eine erhöhte Prävalenz psychischer Spätfolgen (vgl. Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger & Ermann 2007a, S. 215). Zudem wurde der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen in Kindheit und Jugend und psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen im späteren Leben in verschiedenen Studien nachgewiesen (vgl. Hiltl, Bielmeier, Krumm, Franz, Schepank & Lieberz 2009; Schneider, Driesch, Kruse, Nehen & Heuft 2009). Mehrere Studien haben außerdem gezielt die Langzeit- bzw. Spätfolgen von Kriegstraumatisierungen untersucht und deren Einfluss auf die Psyche von Betroffenen gezeigt. So konnten Teegen und Meister (2000) zeigen, dass 25% der 269 befragten Personen, die aufgrund des Vorrückens der sowjetischen Armee gegen Ende des Zweiten Weltkrieges aus Osteuropa geflohen waren, unter einer partiellen PTBS litten. 5% der Betroffenen zeigten Symptome einer voll ausgeprägten PTBS (vgl. S. 115-116). Kuwert et al. (2010) fanden in einer Stichprobe von 27 älteren Frauen, die Massenvergewaltigungen durch

alliierte Soldaten am Ende des Krieges überlebt hatten, bei 30% der Befragten die Kriterien für eine partielle und bei 19% solche für eine volle PTBS erfüllt (vgl. S. 450-451).

Konkret können Spätfolgen unterschiedliche Formen annehmen. Dabei spielen verschiedene Faktoren wie Intensität und Ausmaß des traumatischen Ereignisses, der individuelle Entwicklungsprozess, die soziale Unterstützung nach dem Ereignis und die aktuelle Lebenssituation der Betroffenen eine Rolle (vgl. Herman 2006, S. 86; Radebold 2008, S. 47). Häufig treten mehrere der hier beschriebenen Spätfolgen gleichzeitig oder zeitversetzt auf, manche zeigen sich nur partiell oder nur temporär, oftmals sind sie nicht klar voneinander zu trennen. Zum besseren Verständnis sollen dennoch im Folgenden exemplarisch einige häufig auftretende Spätfolgen im Einzelnen beschrieben werden, die aufgrund von Kriegstraumatisierungen entstehen können.

Bestimmte Verhaltensweisen. Als Reaktion auf das Erlebte können sich Verhaltensweisen entwickeln, die über Jahre und Jahrzehnte bestehen bleiben und mit denen sich die betroffene Person identifiziert. Beispiele hierfür sind das Sparen oder Aufheben („nichts wegwerfen können“, Essen horten), fehlende Rücksichtnahme auf die eigenen Bedürfnisse und den eigenen Körper oder das Vermeiden von Abhängigkeiten unter allen Umständen. Meist werden solche Verhaltensweisen von den Zeitzeug_innen und deren Umfeld als Persönlichkeitsanteil verstanden. Sie haben sich oft aus frühen Überlebensstrategien entwickelt, die den Zeitzeug_innen halfen, in Kriegs- und Nachkriegszeit zurechtzukommen. Da sich diese Strategien meist als sinnvoll bewährt hatten, wurden sie oft auch im weiteren Lebensverlauf beibehalten (vgl. Radebold 2005, S. 64-66).

Psychische Störungen wie Depressionen, Ängste oder PTBS. Diese Reaktionen können im jungen, aber auch erst im höheren Alter auftreten. Beim verspäteten Auftreten der PTBS spielt der Abwehrmechanismus des ‚Verdrängens‘ eine wichtige Rolle. Die Tatsache, dass viele Menschen in der Nachkriegszeit vor allem ‚funktionieren‘ mussten und wollten, um das eigene oder das Überleben der Familie zu sichern, half dabei, die jüngste Vergangenheit zu verdrängen (vgl. Eichhorn & Kuwert 2011, S. 38). Hier können die bereits beschriebenen negativen Erfahrungen und die Abnahme wirksamer Bewältigungsstrategien eine verspätet auftretende PTBS begünstigen. Zusätzlich sind oftmals Depressionen und Suizidgedanken Teil des Syndroms (vgl. Glaesmer 2014, S. 195).

Exkurs: PTBS und Demenz. Mittlerweile existieren empirische Belege für den Zusammenhang zwischen traumatisierenden Erfahrungen und der Inzidenz und Prävalenz einer dementiellen Erkrankung im Alter (vgl. Glaesmer 2014, S. 199). Dies ist von besonderer Bedeutung, da es sich bei dementiellen Erkrankungen um die am häufigsten vorkommenden psychiatrischen Erkrankungen im Alter handelt (vgl. Zank, Peters & Wilz 2010, S. 54). Die Studie von Qureshi et al. (2010) zeigt beispielsweise eine doppelt so hohe Neuerkrankungsrate sowie Erkrankungshäufigkeit von Demenz bei Veteranen mit PTBS als bei solchen ohne PTBS (vgl. S. 1627, 1632). Dabei betonen die Forscher_innen, dass der Grund für diesen Zusammenhang bisher noch unklar sei. Diskutiert werde, ob es einen gemeinsamen Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz und einer PTBS gebe, ob die PTBS als Risikofaktor für eine dementielle Erkrankung wirke oder der kognitive Abbau im Rahmen einer PTBS ein früher Hinweis auf eine Demenz sein könne (vgl. Qureshi et al. 2010, S. 1632).

Yaffe et al. (2010) analysierten die Daten von knapp 182 000 US-amerikanischen Veteran_innen und fanden heraus, dass für Veteran_innen mit PTBS die

Wahrscheinlichkeit, eine Demenz zu entwickeln, fast doppelt so hoch liegt wie bei der Vergleichsgruppe (vgl. S. 608, 611). Die Forscher_innen diskutieren ebenfalls mögliche Gründe für diesen Zusammenhang. Beispielsweise kann dauerhafter Stress, wie er bei einer PTBS besteht, zu einer Schädigung des Hippocampus führen. Einige Studien stellten fest, dass Veteranen mit PTBS ein geringeres Hippocampus-Volumen aufwiesen. Dies wiederum wird mit Defiziten im Kurzzeitgedächtnis, schlechter kognitiver Funktionsfähigkeit sowie einem höheren Demenz-Risiko bei älteren nicht traumatisierten Menschen assoziiert (vgl. S. 608, 611). Möglich sei auch, dass das durch die PTBS ausgelöste hormonelle Ungleichgewicht im Hirn zur Entwicklung einer Demenz führe. In verschiedenen Studien sei aufgezeigt worden, dass eine PTBS im Zusammenhang mit entzündungsfördernden Veränderungen des neurochemischen Systems stehe (vgl. S. 608, 611-612). Dieser Erklärungsansatz ist deshalb besonders interessant, da Entzündungsreaktionen im Gehirn als eine mögliche Ursache für dementielle Erkrankungen diskutiert werden (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S. 50).

Einige Autor_innen benennen auch die Möglichkeit, dass dementielle Veränderungen als psychische Abwehrmechanismen bzw. Rückzug aus der Realität fungieren, wenn der ‚Lebensschmerz‘ zu groß werde (vgl. Bauer & Gröning 2007, S. 38). Buchholz (2007) beschreibt das ‚Verrückt-werden‘ als einen Weg für alte Menschen, Schuld zu bewältigen (vgl. S. 185). In ihrer Publikation zitiert sie Feil, die aus ihrer Arbeit mit demenziell veränderten Menschen berichtet, eine „alte Dame habe ihr ausdrücklich erklärt, Verrücktheit mache alles leichter, weil man dann tun könne, was man wolle – schuldenfrei sozusagen, ohne Rest-Verpflichtungen gegenüber anderen“ (S. 185). Dass diese radikale Form der Bewältigung möglicherweise auch bei einer persönlichen direkten oder indirekten Beteiligung an den Verbrechen des Nationalsozialismus eine Rolle spielt, wurde das erste Mal prominent von Tilman Jens in seinem

Buch *Demenz. Abschied von meinem Vater* (2009) diskutiert. Ende 2003 wurde öffentlich bekannt, dass der deutsche Schriftsteller Walter Jens, eine der wichtigsten Stimmen der intellektuellen Linken, Mitglied der NSDAP gewesen war. Zum selben Zeitpunkt, so berichtet sein Sohn Tilman Jens in seinem Buch, zeigt Walter Jens Symptome, die zunächst als Teil einer Depression gedeutet, retrospektiv ab dem Jahr 2005 jedoch als Beginn einer demenziellen Erkrankung erkannt werden (vgl. S. 25-42). Tilman Jens selbst deutet an, dass die Konfrontation mit der von Walter Jens selbst über Jahrzehnte verschwiegene Beteiligung am nationalsozialistischen System und der daraus entstandenen, öffentlich ausgetragene Konflikt dazu geführt haben könnten, dass Walter Jens ‚sich aufgibt‘ und sein ‚Gedächtnis verfällt‘ (vgl. S. 92).

Spätfolgen von Kriegstraumatisierungen und dementielle Erkrankungen können sich auf verschiedene Weise gegenseitig beeinflussen. Eine dementielle Erkrankung schließt sowohl Störungen der kognitiven Fähigkeiten (Gedächtnis, Orientierung, Denken und Urteilsvermögen) als auch nicht kognitive Symptome (Wahrnehmungsveränderungen, Veränderungen des Sozialverhaltens und der emotionalen Kontrolle) ein (vgl. DIMDI 2013, S. 176). Der krankheitsbedingte Abbau kognitiver Fähigkeiten führt häufig dazu, dass Bewältigungs- und Abwehrmechanismen in Bezug auf (Kriegs)Traumatisierungen verloren gehen. Dies wiederum kann sehr viel leichter zu einer Reaktivierung früherer traumatischer Erlebnisse führen. Außerdem ist es möglich, dass Trauma-Spätfolgen aufgrund einer Demenzdiagnose verkannt werden. So können z. B. Reaktionen aufgrund einer Trauma-Reaktivierung als vermeintliche Symptome der Demenz (Wahnvorstellungen oder Halluzinationen) interpretiert werden. Gerade wenn die Biografie der Betroffenen nur unzureichend bekannt ist, können auch scheinbar unerklärliche Panikzustände als nicht kognitive Symptome einer Demenz gedeutet werden. Es besteht die Gefahr, dass alle ‚auffälligen‘

Verhaltensweisen in Bezug auf die Demenz hin interpretiert werden und so eventuell andere Ursachen verkannt werden (vgl. Buchinger 2010, S. 219). Außerdem ist es möglich, dass eine dementielle Erkrankung selbst als Trauma-Reaktivierung wirkt. Ein zentraler Mechanismus, um die Erinnerungen an das traumatische Ereignis auch im weiteren Lebensverlauf abzuwehren, ist die Vermeidung der Gefühle Ohnmacht und Hilflosigkeit, da diese mit der Traumatisierung in Zusammenhang gebracht werden. Insbesondere dementielle Erkrankungen, die durch zunehmende Orientierungslosigkeit, Vergesslichkeit usw. ein Gefühl des Kontrollverlustes verursachen, können diese Ohnmacht und Hilflosigkeit hervorrufen und so (Gefühls-)Erinnerungen an frühere traumatische Erlebnisse wachrufen.

Psychosomatische Erkrankungen. Psychosomatische Erkrankungen, insbesondere Schmerzstörungen, sind bei älteren Menschen stark verbreitet (vgl. Noll-Husong et al. 2012, S. 407). Traumatische Erfahrungen gelten dabei als Risikofaktor für die Entwicklung somatischer Beschwerden. Insbesondere das Erleben kumulativer Traumata, wie es z. B. bei Geflüchteten und Vertriebenen während des und nach dem Zweiten Weltkrieg weit verbreitet war, scheinen das Auftreten somatoformer Beschwerden im Alter zu begünstigen (vgl. Glaesmer 2014, S. 197).

Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten. Vielen traumatisierten Menschen fällt es nach den traumatisierenden Erlebnissen schwer, die Welt weiterhin als sicheren Ort zu betrachten und anderen Menschen zu vertrauen (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 19, 79; Herman 2006, S. 10). In der Folge ist es für Betroffene oft schwierig, Intimität und Nähe herzustellen. Manche isolieren sich ganz von ihrer Umwelt, andere reagieren mit einer symbiotischen Bindung an den_ die Partner_in oder die eigenen Kinder, um (erneute) Verlufterfahrungen zu vermeiden (vgl. Radebold 2005, S. 69-70).

Fehlende Rücksichtnahme auf den eigenen Körper. Der wesentliche Anspruch an den eigenen Körper bestand in der Kriegs- und Nachkriegszeit darin zu funktionieren. Das ‚Abspalten‘ körperlicher Bedürfnisse und Empfindungen half dabei, Hunger, körperliche Verletzungen, sexualisierte Kriegsgewalt und insgesamt die Strapazen des Krieges zu überleben (vgl. Radebold 2005, S. 102). Wird diese ‚bewährte Strategie‘ im Lebensverlauf weitergetragen, kann das zu einer grundsätzlich geringeren Rücksichtnahme auf den eigenen Körper führen. Konkret kann sich dies z. B. in der fehlenden Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung oder Rehabilitationsbehandlungen äußern. Auch chronische Krankheiten nicht behandeln zu lassen oder beispielsweise Ernährungsgewohnheiten nicht umzustellen, obwohl dies aufgrund einer chronischen Erkrankung notwendig wäre, ist als Folge dieser Haltung denkbar (vgl. Radebold 2005, S. 103).

Trauma-Reaktivierung und Re-Traumatisierung. Traumatische Erlebnisse können auf verschiedene Weise ‚wiederbelebt‘ werden. Meist sind konkrete äußere Auslösereize (Trigger) dafür verantwortlich. Welche Form diese Reize annehmen, hängt vom Erlebten ab. Beispiele in Bezug auf den Zweiten Weltkrieg können Fremdsprachen oder Berührungen (z. B. bei der Erfahrung sexualisierter Gewalt durch einen alliierten Soldaten), Fluglärm, Sirenen oder Brandgeruch (z. B. beim Erleben von Bombenangriffen) oder Kriegsbilder im Fernsehen sein (vgl. Lamparter & Holstein 2016, S. 14; Teegen & Meister 2000, S. 116). Je nach Erlebnis können ein oder mehrere dieser Reize die betroffene Person in die traumatische Situation zurückversetzen oder eine frühere PTBS-Symptomatik reaktivieren.

Auch bestimmte Effekte des Alterungsprozesses (z. B. der Verlust geliebter Menschen, bestimmter Rollen oder ein abnehmendes soziales Umfeld) können dazu führen, dass Bewältigungsmechanismen abgebaut werden. Das Abnehmen dieser

Strategien wiederum kann dazu führen, dass frühere traumatische Erlebnisse reaktiviert werden (vgl. Glaesmer, Gunzelmann, Brähler, Forstmeier & Maercker 2010, S. 661-662; Radebold 2009, S. 145-146). Beispielsweise haben viele ehemalige Kriegskinder das Erlebte durch großes Engagement an ihrem Arbeitsplatz oder in der Familie bewältigt oder verdrängt. Fällt mit der Berentung und dem Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haus diese Identifikationsmöglichkeit weg, können Betroffene dies als Einbruch erleben, der Gefühle der Sinn- und Hilflosigkeit auslöst und Verdrängtes wieder an die Oberfläche des Bewusstseins spült (vgl. Glaesmer, Gunzelmann, Braehler, Forstmeier & Maercker 2010, S. 661-662.). Zudem kann durch das Abnehmen körperlicher und psychischer Fähigkeiten (und das eventuelle ‚Drohen‘ von Pflegebedürftigkeit) bei Betroffenen das Gefühl entstehen, ausgeliefert und hilflos zu sein. Da diese Gefühle dem Empfinden in der traumatischen Situation nah sind, kann es dazu kommen, dass die früheren Erlebnisse reaktiviert werden (vgl. Radebold 2009, S. 145).

Spätfolgen einer Kriegstraumatisierung sind demnach als psychische Abwehr- und Bewältigungsstrukturen zu betrachten. Sie wurden meist in jungen Jahren erworben und über Jahrzehnte erfolgreich in das eigene Leben integriert. Entsprechend haben Betroffene nicht unbedingt den Eindruck, durch das Vergangene besonders belastet oder gar traumatisiert zu sein. Dies kann sich mit dem Alter ändern, da hier die Belastungssymptomatik häufig zunimmt (vgl. Eichhorn & Kuwert 2011, S. 36-37). Dabei greift es zu kurz, die Spätfolgen lediglich als belastende Symptome zu verstehen. Es handelt sich um Verhaltens- und Bewältigungsstrukturen, die in früherer (Kriegs)Zeit sinnvoll waren und den Betroffenen dabei halfen, zu überleben (vgl. Eichhorn & Kuwert 2001, S. 10). Problematisch können diese Mechanismen im Alter für Betroffene, Angehörige und möglicherweise Pflege- oder Gesundheitspersonal

werden, da die Ursachen viele Jahrzehnte zurückliegen und oft nicht mit dem aktuellen Verhalten in Verbindung gebracht werden.

Exkurs: Folgen von nationalsozialistischen Wertvorstellungen und NS-Erziehung. Untersucht man die Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs auf Zeitzeug_innen, müssen neben den individuellen Erlebnissen auch gesamtgesellschaftlich wirksame Effekte betrachtet werden. Da insbesondere das im NS propagierte rassistisch-,völkische' Menschenbild und dessen Weitergabe in der Kindererziehung für den Umgang mit den Folgen des Zweiten Weltkriegs bedeutsam sein können, werde ich mich in der folgenden Darstellung auf diese Punkte konzentrieren.

Bereits in seinem 1923 entstandenen Buch *Mein Kampf* beschreibt Adolf Hitler seine Auffassung von der ‚rassischen Begründung‘ eines ‚arischen Volkes‘. Hitler überträgt dabei darwinistisch-biologische Prinzipien der Fortpflanzung von tierischen Rassen auf die menschliche Gemeinschaft. Er beruft sich auf den „Willen der Natur zur Höherzüchtung des Lebens überhaupt“ (S. 312) und begründet so, dass sich ‚Höher-‘ und ‚Minderwertiges‘ nicht verbinden dürfen: „Der Stärkere hat zu herrschen und sich nicht mit dem Schwächeren zu verschmelzen, um so die eigene Größe zu opfern“ (S. 312). Dies gelte insbesondere für ‚den Arier‘, den Hitler an dieser Stelle als ‚Volks- typ‘ einführt und als ‚germanisch‘ benennt (vgl. S. 313). Er bilde als „Begründer höheren Menschentums überhaupt“ (S. 319) das „Herrenvolk“ (S. 320), das dazu geboren sei, sich die Erde untertan zu machen (vgl. S. 319-324). Eine ‚Vermischung mit niederen Rassen‘ – womit alle ‚nicht arischen Rassen‘, insbesondere aber die jüdische und slawische Bevölkerung bezeichnet werden – führe zu einem ‚Vergehen der menschlichen Kultur‘ (vgl. S. 313, 317-318, 329-374, 742). Die Grundlagen für die im NS vollzogene rassistische Bevölkerungspolitik der ‚Auslese‘ und ‚Ausmerze‘ sind hier bereits gelegt.

Hitler begründet die angebliche Überlegenheit des ‚arischen Volkes‘ mit dem vermeintlich besonders ausgeprägten Willen sich aufzuopfern und „alle Fähigkeiten in den Dienst der Gemeinschaft zu stellen“ (S. 325-326). Diese Grundlage des ‚völkischen‘ Gemeinschaftsverständnisses fand auch Eingang in die Kindererziehung. Haarer, die einen der wichtigsten und auflagenstärksten propagandistischen Erziehungsratgeber der NS-Zeit schrieb, formuliert: „Eins ist heute vor allem Not, nämlich dass jeder Deutsche (*sic!*) Staatsbürger und Deutsche zum nützlichen Gliede der Volksgemeinschaft werde, dass er ... lerne, sich einzuordnen in eine Gemeinschaft und um ihretwillen eigene Wünsche und eigene Bestrebungen zurückstellt“ (Haarer 1936, S. 249-50).

Die eigenen Bedürfnisse hatten grundsätzlich vor den Bedürfnissen der Gemeinschaft zurückzustehen. Diese Forderung knüpfte an einen erzieherischen Diskurs an, der auch in Deutschland im Zuge der Aufklärung einflussreich geworden war. John Locke hatte 1693 formuliert, es sei „keine Frage, daß (*sic!*) der Grund aller Tugend in der Fähigkeit liegt, uns selbst die Befriedigung unserer Wünsche zu versagen...Diese Fähigkeit muss erworben und gestärkt werden“ (zitiert nach Glantschnig 1987, S. 42). Der deutsche Pädagoge Christian Gotthilf Salzmann (1785) führte diese Idee weiter und beschrieb „Verzärtelung, Mangel an körperlicher Bewegung, übertriebenes Studieren“ als „Feinde des Lebens“ (zitiert nach Glantschnig 1987, S. 43). Auch hier kann die nationalsozialistische Erziehung anknüpfen indem sie die körperliche Abhärtung und die Förderung der Willens- und Entschlusskraft als zentrale Erziehungsaufgabe des ‚völkischen Staates‘ versteht:

Der völkische Staat muss dabei von der Voraussetzung ausgehen, daß (*sic!*) ein zwar wissenschaftlich wenig gebildeter, aber körperlich gesunder Mensch mit gutem, festem Charakter, erfüllt von Entschlußfreudigkeit (*sic!*) und

Willenskraft, für die Volksgemeinschaft wertvoller ist als ein geistreicher Schwächling. Er [der ‚völkische Staat‘, I.W.] hat seine Erziehungsarbeit so einzuteilen, daß (*sic!*) die jungen Körper schon in ihrer frühesten Kindheit zweckentsprechend behandelt werden und die notwendige Stählung für das spätere Leben erhalten. (Hitler 1943, S. 452-453)

Die ideologisch ausgerichtete NS-Erziehung konnte sich also auf pädagogische Traditionen beziehen, die seit dem 17. und 18. Jahrhundert in Deutschland verbreitet waren. Allerdings sollte die Erziehung im ‚völkischen‘ Sinne insbesondere die Jungen vor allem auf eine Aufgabe vorbereiten: sie diene als Vorbildung für den späteren Heerdienst. Die militärische Erziehung beschreibt Hitler als geprägt davon, schweigend Befehle entgegenzunehmen, „wenn nötig, Unrecht schweigend zu ertragen“ (Hitler 1943, S. 459) und „erfaßt (*sic!*) von der Stärke des gemeinsam empfundenen Korpsgeistes, die Überzeugung von der Unüberwindlichkeit seines Volkstums gewinnen“ (Hitler 1943, S. 459). Anknüpfen konnten die Nationalsozialisten dabei an Werte wie Strenge, Härte, Ehre und ‚Opfergeist‘, die bereits im Kaiserreich und während des Ersten Weltkriegs propagiert worden waren (vgl. Reulecke & Stambolis 2008, S. 16). Haarer (1936) beschreibt ergänzende Grundlagen für die Kindererziehung und macht dabei gleichzeitig das propagierte NS-Frauenbild deutlich:

Ihr Kind zu erziehen, ist für die Mutter eine ebenso selbstverständliche und naturgewollte Aufgabe wie seine Ernährung und seine Pflege. ... Soll die Mutter wirklich ihrem Kinde die beste Erzieherin sein, so sind natürlich bei ihr gewisse Charaktereigenschaften und Fähigkeiten unerlässliche Vorbedingung. Nur eine pflichtbewusste und charakterfeste Frau mit gesundem Menschenverstand, die Sinn hat für Ordnung, Regelmäßigkeit, Pünktlichkeit und Sauberkeit wird ihr Kind richtig erziehen können. (S. 247)

Unerwünscht in der NS-Erziehung ist von Beginn an ‚übermäßige‘ Nähe zum Kind, erwünscht ein zweckgebundener, pflichtbewusster Umgang:

Immer wieder haben wir darauf hingewiesen, daß (*sic!*) das Kind bis zu einem gewissen Grade sich selbst überlassen bleiben soll und lernen muß (*sic!*) sich selbst zu beschäftigen. ... Am Besten (*sic!*) ist das Kind in einem eigenen Zimmer untergebracht, in dem es dann auch alleine bleibt. ... Von vorneherein mache es sich die ganze Familie zum Grundsatz, sich nie ohne Anlaß (*sic!*) mit dem Kind abzugeben. (S. 249, 153)

Gestillt werden sollen in erster Linie die körperlichen Bedürfnisse des Säuglings. Darüber hinaus wird die Beziehung zwischen Mutter und Kind bei Haarer als Kampf beschrieben, das Neugeborene als berechnend (vgl. Chamberlain 2003, S. 95):

Versagt auch der Schnuller, dann, liebe Mutter, werde hart! Fange nur ja nicht an, das Kind aus dem Bett herauszunehmen, es zu tragen, zu wiegen, zu fahren oder es auf dem Schoß zu halten, es gar zu stillen. ... Das Kind begreift unglaublich rasch, dass es nur zu schreien braucht, um eine mitleidige Seele herbeizurufen und Gegenstand solcher Fürsorge zu werden. ... Schwierig wird in dieser Hinsicht der Stand der Mutter, wenn eine Frau der älteren Generation in die Kinderpflege ein Wort dreinzureden hat. Sie sind stets von neuem empört über die ‚herzlose, moderne‘ Mutter, die nach Erfüllung aller ihrer Pflichten in Ernährung und Pflege des Kindes ... sich von ihrem Sprößling [*sic!*] nicht tyrannisieren lässt. Nicht entschieden genug kann in dieser Hinsicht vor falscher Nachgiebigkeit gewarnt werden. Das Kind wird nach Möglichkeit an einen stillen Ort abgeschoben, wo es allein bleibt, und erst zur nächsten Mahlzeit wieder vorgenommen. Häufig kommt es nur auf einige wenige Kraftproben zwischen Mutter und Kind an ... und das Problem ist gelöst. Bei

großen kräftigen Kindern sei der Mutter abermals der Rat gegeben: Schreien lassen! Jeder Säugling soll von Anfang an nachts allein sein. (Haarer 1936, S. 158-159)

Kindliche Bedürfnisse nach Nähe, Aufmerksamkeit und liebevoller Zuwendung, die außerhalb der festgelegten und zweckgebundenen Gelegenheiten wie dem Füttern und Baden aufkommen, sollen unterbunden werden. Haarer beschreibt weiter, dass eine ‚besondere Beschäftigung‘ mit dem Säugling nicht nur überflüssig, sondern „nicht einmal wünschenswert“ (S. 237) sei.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass der Wertekanon und die Erziehungsmaxime des Nationalsozialismus geprägt waren von Abhärtung und (Selbst)Disziplin, der Unterdrückung bzw. Missachtung körperlicher und seelischer Bedürfnisse, Ordnung, bedingungslosem Gehorsam und der Selbstaufgabe für die ‚Volksgemeinschaft‘.

In Rosenbaums Studie *Und dennoch war's 'ne schöne Zeit – Kinderalltag im Nationalsozialismus* (2014) beschreiben die Interviewpartner_innen ihre Erfahrungen mit diesem Erziehungsstil. Die Zeitzeug_innen nennen unter anderem Ordnung („Dass man also ein anständiger Mensch wird, dass man also ehrlich und ordentlich ist“, zit. nach Rosenbaum 2014, S. 269), Härte gegen sich selbst, auch bei Erkrankungen („Hieß oft >Stell dich nicht so an!< (*sic!*) Also wir wurden zu ner gewissen Härte erzogen, da war mein Vater sehr preußisch“, zit. nach Rosenbaum 2014, S. 269), Sparsamkeit und Gehorsam als wichtige Punkte (vgl. Rosenbaum 2014, S. 269-270, 399, 502). Mehrere der Zeitzeug_innen, die in bürgerlichem Milieu aufwuchsen, bezeichnen ihre Erziehung als ‚preußisch‘ (vgl. Rosenbaum 2014, S. 268-269). Diese Benennung macht zwar die Kontinuität zwischen den erzieherischen Werten des Kaiserreichs und des Nationalsozialismus deutlich. Gleichzeitig muss aber der

institutionalisierte Rassismus als zentraler Punkt in der nationalsozialistischen Ideologie und Erziehung im Gegensatz zum Kaiserreich betont werden (vgl. Bock 1995, S. 173-183).

Chamberlain (2003) ergänzt in Anlehnung an Müller-Hohagen und Parin, dass durch den im NS propagierten Umgang mit dem Kind „eine Erziehung durch Bindungslosigkeit zur Bindungsunfähigkeit“ (S. 11) stattgefunden habe. Gestützt wird diese These durch Ergebnisse der Bindungsforschung. Brisch berichtet in *Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung* (2003), dass die primäre Pflegeperson idealerweise eine zuverlässige Bindungsperson darstellt, die bei Gefahr oder Schmerzen aufgesucht werden kann. Eine zuverlässige Bindung entstehe durch feinfühliges Erfüllen von kindlichen Bedürfnissen wie Hunger, Spiel und Zwiegespräch oder körperliche Nähe. Die Bindungsperson fungiert dabei als ‚sicherer Hafen‘, der verlässlich auf das Kind reagiert und emotionale Sicherheit vermittelt, z. B. wenn der Säugling aufgrund nächtlicher Ängste weint (vgl. S. 51-53). Ruft man sich vor diesem Hintergrund die oben zitierten Äußerungen Haarers in Erinnerung, wird deutlich, dass die im NS propagierten Erziehungsnormen vermutlich nicht förderlich für eine zuverlässige und sichere Bindung zwischen Eltern und Kind waren. Die Zeitzeug_innenangaben der Rosenbaum-Studie legen nahe, dass diese Erziehungsnormen zumindest auf einen Teil der Kinder, die im NS aufwuchsen, angewendet wurden.

Die in der NS-Erziehung praktizierte Missachtung kindlicher Bedürfnisse kann verschiedene langfristige Folgen haben. Brisch beschreibt z. B. verschiedene Formen von Bindungsstörungen und aggressivem Verhalten bei einigen Kindern, sowohl anderen Personen als auch sich selbst gegenüber, beispielsweise in Form von selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten (vgl. S. 52, 59-60). Außerdem gilt eine

unsichere Bindungsentwicklung als Risikofaktor für geringere psychische Belastbarkeit und weniger prosozialem Verhalten (vgl. S. 61).

Zudem können die NS-Erziehungspraktiken auch im späteren Lebensverlauf relevant sein. Chamberlain (2003) beschreibt, dass viele Menschen, die im ‚Dritten Reich‘ und kurz danach geboren wurden

mit frühen nationalsozialistischen Prägungen ins Leben entlassen wurden, ohne sich dessen bewußt (*sic!*) zu sein und ohne überhaupt zu merken, was sie möglicherweise weitergaben. Einstellungen, Handlungs- und Verhaltensweisen konnten sich gar nicht von einem Tag auf den anderen radikal ändern Sicher war es leichter möglich von heute auf morgen den deutschen Gruß zu unterlassen als den Ton zu verändern, in dem dem eigenen Kind Befehle erteilt wurden. Frühkindliche nationalsozialistische Erziehung wirkte also noch lange nach 1945 fort. Das tat sie nicht nur durch Mütter, die nach dem sogenannten Zusammenbruch keineswegs ihre vorher ‚bewährten‘ Praktiken aufgaben, sondern es geschah darüber hinaus, indem das, was Kindern zuvor angetan worden war weiterhin wirksam blieb und bis heute zu spüren ist. (Chamberlain 2010, S. 8-9)

Untersucht man die Folgen von Erlebnissen des Zweiten Weltkriegs für Zeitzeug_innen, müssen also individuelle Erfahrungen und die Prägungen durch den damals verbreiteten Wertekanon sowie die Erziehungsideale zusammen gedacht werden. Insbesondere Reaktionen wie die oben beschriebenen Punkte ‚Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten‘ und ‚Fehlende Rücksichtnahme auf den eigenen Körper‘ sind möglicherweise nicht nur auf ein konkretes traumatisches Erlebnis zurückzuführen, sondern können auch das Ergebnis spezifischer kindlicher Erziehungs- und Bindungserfahrungen sein bzw. durch diese verstärkt werden. Konkret beschreibt

Chamberlain, dass manche der ehemaligen Kinder, die einer solchen Erziehung ausgesetzt waren, noch heute kaum ihren Körper spürten und manche sogar Schmerzen und schwere Erkrankungen nicht registrierten. Zudem könne es als Folge der faschistischen Erziehung als ‚unangemessen‘ und ‚falsch‘ empfunden werden, Gefühle zu zeigen. Auch die Gefühlsäußerungen Anderer, z. B. des eigenen Kindes zu ertragen, sei für Betroffene schwierig. Beispielsweise falle es vielen betroffenen Personen schwer, ein weinendes Kind zu trösten (vgl. Chamberlain 2003, S. 174).

Zur Pflege kriegstraumatisierter Menschen. Wie dargelegt, scheinen traumatische Kriegserlebnisse im Alter anders bewertet zu werden bzw. an Bedeutung zu gewinnen. Es ist daher anzunehmen, dass sich dies auch auf den Pflegealltag auswirkt, was professionell Pflegende sowie pflegende Angehörige vor besondere Herausforderungen stellen kann (vgl. Glaesmer 2014, S. 199).

Wie bereits erwähnt ist es wichtig, die oft über Jahre und Jahrzehnte entwickelten Abwehr- und Bewältigungsmechanismen der Betroffenen als wirksame Überlebenshilfe zu betrachten. Problematisch können diese Mechanismen allerdings im Alter für Betroffene, Angehörige und möglicherweise Pflege- oder Gesundheitspersonal werden, da die Ursachen viele Jahrzehnte zurückliegen und meist nicht mit aktuellem Verhalten in Verbindung gebracht werden (vgl. Kapitel 2.2). So können die oben beschriebenen Verhaltensweisen wie z. B. Essen zu horten zu Auseinandersetzungen führen, wenn die Pflegeperson die ‚Vorräte‘ entsorgen will. Notwendige Untersuchungen oder Behandlungen können aufgrund der ‚erlernten‘ mangelnden Rücksichtnahme auf den eigenen Körper als ‚unnötig‘ abgetan werden. Um das Gefühl von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu erhalten, können betroffene Personen Hilfsmittel, Pflegehandlungen oder Unterstützung bei den Alltagstätigkeiten ablehnen. Vor allem im häuslichen Kontext können Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten

relevant sein. Eine symbiotische Bindung an die Partner_in oder die Kinder kann z. B. dazu führen, dass eine Versorgung durch andere Personen vehement abgelehnt wird. Auch psychische Störungen wie Ängste (z. B. davor, Fremde ins eigene Haus oder Zimmer zu lassen) oder Symptome der PTBS (Schlaflosigkeit, Alpträume, grundsätzliches Misstrauen anderen Menschen gegenüber) können die Versorgung erschweren bzw. die Belastung der Pflegepersonen erhöhen.

Im pflegerischen Zusammenhang sollte die Trauma-Reaktivierung besonders beachtet werden. So ist es möglich, dass bei einer Frau, die sexualisierte Kriegsgewalt erfahren hat, eine Trauma-Reaktivierung durch die Grundpflege ausgelöst wird. Je nachdem wie und wo die Pflegehandlung stattfindet (z. B. liegend im Bett, teilweise nackt, Berührungen durch eine ‚fremde‘, vielleicht männliche Pflegeperson) kann diese als Trigger fungieren und bewirken, dass die Betroffene panisch oder aggressiv reagiert. In einer solchen Situation ist also die Pflegehandlung zwar der Auslöser für die Reaktion, tatsächlich agiert die Pflegebedürftige aber ‚eigentlich‘ aus der existenziell bedrohlichen Situation heraus, die viele Jahrzehnte zurückliegt. Neben der Herausforderung, die Trauma-Reaktivierung als solche zu erkennen, ist es wichtig, die Reaktion auch als Kommunikationsversuch zu werten, mit dem körperliches oder seelisches Unbehagen in der konkreten Versorgungssituation ausgedrückt wird (vgl. Koch 2012, S. 486).

Für die familiäre Pflege gilt es, nicht nur die allgemeinen Anforderungen einer häuslichen Pflegesituation zu bewältigen, die oft mit einem hohen Zeit- und Energieaufwand verbunden sind (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S.151). Die Pflegepersonen müssen außerdem bestimmte Verhaltensweisen verstehen und mit ihnen umgehen, auch wenn es sich um Reaktionen auf lange zurückliegende Ereignisse handelt. Besonders problematisch ist dies, wenn die Kriegserlebnisse der betroffenen Person

innerhalb der Familie nicht bekannt sind. Wie oben bereits angedeutet, kann außerdem das Beziehungsgefüge innerhalb des familiären Systems durch die Erlebnisse und die Sozialisierung der Zeitzeug_innen beeinflusst und definiert worden sein (vgl. Radebold 2005, S. 69-70, 92). So beschreiben Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert und Muhtz (2011), dass die ehemaligen Kriegskinder aufgrund der vielfältigen Abwehrmechanismen, die sie anwenden mussten, um das Erlebte zu vergessen, oftmals nicht ansprechbar für die emotionalen Probleme der eigenen Kinder waren (S. 335-336). Radebold (2005) betont, dass die Kinder der ehemaligen Kriegskinder sich „bei ihren durchschnittlichen Entwicklungsproblemen ‚allein gelassen‘“ (S. 92) fühlen. Möglich ist auch, dass die Kinder der ehemaligen Kriegskinder direkt oder indirekt mit bestimmten emotionalen Aufgaben betraut wurden, um die Eltern zu entlasten (vgl. Boszormenyi-Nagy & Spark 1981, S. 209; Radebold 2005, S. 88). An dieser Stelle sei auch noch einmal auf Chamberlains Anmerkung verwiesen, dass Gefühle für Zeitzeug_innen schwer zu äußern oder Gefühlsäußerungen schwer zu ertragen sein können. Zudem sei für einige der ehemaligen Kinder das Verhältnis zur eigenen Mutter nachhaltig geschädigt. Dies kann, neben der allgemeinen Belastung der Eltern-Kind-Beziehung, auch zu alltagspraktischen Schwierigkeiten führen. Beispielsweise kann es für Kinder, die nur wenig Einfühlung durch ihre Eltern erlebt haben, schwierig sein, sich in der Pflegebedürftigkeit empathisch um eben diese Eltern zu kümmern. Auch körperliche Nähe ist in diesen Fällen möglicherweise nur schwer zu ertragen. Insbesondere von der Mutter berührt zu werden oder diese zu berühren, könnte „unüberwindlichen Ekel oder panische Angst“ (Chamberlain 2003, S. 174) auslösen. „Das“, so Chamberlain weiter „führt zu praktischen Schwierigkeiten da, wo alte Mütter pflegebedürftig werden. Es ist diesen Kindern schwer oder gar nicht möglich, die Mutter zu pflegen“ (S. 174). So können lebenslange (familiäre) Themen, die

vielleicht durch räumliche oder emotionale Entfernung bisher umgangen oder ignoriert wurden, wieder bedeutsam werden.

2.3.4 Die Folgen für die Nachkommen – die Transgenerationale Weitergabe.

Grundlegend für die Erforschung der transgenerationalen Weitergabe traumatischer (Kriegs)Erlebnisse sind empirische Befunde und Erkenntnisse aus Forschungsansätzen, die sich mit Überlebenden des Holocaust beschäftigten (vgl. Barocas & Barocas, 1973, S. 820; Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 332). Größere Studien zur Weitergabe von Erlebnissen des Zweiten Weltkriegs in den Familien nicht verfolgter Deutscher fehlen bisher (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 338).

In der existierenden Fachliteratur wird das Thema kontrovers diskutiert. Zwar werden von Psychotherapeut_innen immer wieder spezifische Auffälligkeiten für die Nachkommen traumatisierter Menschen berichtet. In repräsentativen Studien wurden bisher aber keine eindeutigen Hinweise auf eine transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen gefunden. Klinische Studien mit verschiedenen Opfergruppen fanden allerdings eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen bzw. spezifische Charakteristika (z. B. erhöhte Prävalenz für PTBS, Schwierigkeiten bei Trennung und Individuation, widersprüchliches Zusammenspiel aus Resilienz und Vulnerabilität im Umgang mit Herausforderungen), die insbesondere bei Stress oder kritischen Lebensereignissen zum Tragen kommen (vgl. Bar-On et al. 1998, S. 317; Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 338). Gründe für die widersprüchlichen Befunde könnten die Wahl der Methodik innerhalb der einzelnen Studien und die unterschiedlich zusammengesetzten Untersuchungsgruppen sein (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 339). Gleichzeitig berichten auch qualitative Studien von spezifischen

Interaktionsprozessen in diesem Zusammenhang. So wurden im Rahmen des ‚Hamburger Feuersturmprojektes‘ Kommunikations- und Übertragungsmechanismen wie die Übertragung von Affekten und Szenen bzw. von Lebensthemen oder Haltungen, die aus dem Erlebten resultieren oder die akzeptierende und bewusste geschehende Mitverarbeitung des Erlebten bei den Nachkommen gefunden (vgl. Lamparter & Holstein 2016, S. 18-20).

Begriffsklärung – Transgenerationale Weitergabe und Tradierung. In der internationalen Forschungsliteratur existieren unterschiedliche Bezeichnungen für den Einfluss, den traumatische Erfahrungen auf die Nachkommen betroffener Personen ausüben können, z. B. secondary traumatization, intergenerational transmission, transgenerational transmission. In der deutschsprachigen (Fach)Öffentlichkeit wird meist der Begriff *Transgenerationale Weitergabe* verwendet, synonym auch der Begriff *Tradierung*. Eine eindeutige Definition dieser Begriffe liefern die meisten einschlägigen Publikationen nicht. Möglicherweise liegt der Grund darin, dass es sich bei der transgenerationalen Weitergabe um ein komplexes Phänomen handelt, das stark individuell bedingt ist. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auch der Begriff der *Generation*. Dieser ist hier vor allem im Sinne des in den 1920er Jahren von Mannheim begründeten Begriffs der *Generationslagerung* (Zugehörigkeit zur selben historischen Lebensgemeinschaft) zu verstehen (vgl. Mannheim 1929, S. 309-329). Ergänzend möchte ich diesen Begriff mit Radebold, Bohleber und Zinnecker (2008) für diese Arbeit genauer definieren. Die Geburtsjahrgänge 1905 bis 1920 werden hier als *erste kriegsbetroffene Generation* verstanden. Die *zweite kriegsbetroffene Generation* bilden die Jahrgänge von 1927-1947, die den Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg als Kinder und Jugendliche erlebten (vgl. S. 8). Warum die Autor_innen an dieser Stelle die Jahrgänge zwischen 1921 und 1926 aussparen, ist nicht ersichtlich.

Im Rahmen dieser Arbeit werden sie ebenfalls zur zweiten kriegsbetroffenen Generation gezählt, zumal bei den kämpfenden Soldaten die „Geburtskohorten ab 1920 (bezogen auf die Rekrutenzahlen) ... in der Regel Todesquoten von mehr als 30% auf[wiesen]“ (Radebold 2005, S. 21). Die *dritte* und indirekt *kriegsbetroffene Generation* stellen die Kinder dieser Jahrgänge dar (vgl. Radebold, Bohleber und Zinnecker 2008, S. 8-9).

Ausprägung und Form der transgenerationalen Weitergabe können sich dabei unterscheiden. So können beispielsweise die Eltern als Angehörige der *ersten* oder *zweiten kriegsbetroffenen Generation* einzeln oder beide vor oder nach der Geburt des Kindes oder während der Schwangerschaft traumatisiert werden. Erleben die Eltern die traumatische Situation, wenn das Kind bereits auf der Welt ist, spielen das Alter des Kindes und damit zusammenhängend seine Versorgungsbedürfnisse sowie die vorangegangenen Bindungserfahrungen eine wichtige Rolle. Bedeutsam ist auch, ob es weitere nahe und verlässliche Bezugspersonen gibt oder nicht. Und nicht zuletzt liegen traumatische Erlebnisse, die sich auf den Zweiten Weltkrieg beziehen, mittlerweile mehr als 65 Jahre zurück, weswegen von einer Überlagerung der Tradierungseffekte durch andere Einflussfaktoren und Entwicklungen auszugehen ist (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 339).

Zudem werden die Begriffe durchaus kritisch diskutiert. Zentraler Punkt der Kritik ist die implizite ‚einseitige Gerichtetheit‘ der Begriffe, also die Annahme, es würden bei der Weitergabe oder Tradierung traumatische Erfahrungen von der betroffenen in die Folge-Generationen ‚eingeschrieben‘.¹⁴ Die interaktiven Prozesse in der

¹⁴Der Begriff der *Weitergabe* oder *Tradierung* (vom lateinischen ‚tradere‘ (überliefern/weitergeben), vgl. Wahrig-Burfeind 2002, S. 950) legt zunächst nahe, es handele sich um einen einseitigen

Kommunikation zwischen den Generationen, so die Kritiker_innen weiter, werde mit diesen Begriffen nicht abgebildet (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 331).

Es handelt sich also bei der transgenerationalen Weitergabe oder Tradierung um ein komplexes und individuell ausgeprägtes Phänomen, dessen Definition einige Herausforderungen mit sich bringt. Da die Begriffe aber alltagssprachlich verständlich und in Fachpublikationen gängig sind, habe ich mich dennoch für ihre weitere Verwendung entschieden – unter der Voraussetzung, eine Arbeitsdefinition zu schaffen, die die Komplexität und Interaktivität des Phänomens sowie dessen individuelle Ausprägung als grundlegenden Charakter berücksichtigt. Zu diesem Zweck möchte ich mich auf einen Definitionsansatz aus der Biografieforschung (Rosenthal 1997) und zwei Ansätze aus der Psychologie und Psychotherapieforschung (Kellermann 2001; Radebold, Bohleber & Zinneker 2008) beziehen. Rosenthal (1997) beschreibt die Tradierung von Erinnerungen als Transformation von Erfahrungen und Werten zwischen den Generationen, deren Weiterwirken durch das immer wieder stattfindende wechselseitige Ausagieren im Kommunikationsprozess gesichert wird (vgl. S. 59). Gestützt wird diese These durch Forschungsergebnisse der letzten Jahre, die die Bedeutung der Kommunikation im sozialen und insbesondere im familialen Umfeld für die Tradierung von Erlebnissen verdeutlichen (vgl. Völter 2008, S. 103-105; Welzer, Moller & Tschuggnall 2005, S. 11, 13, 18-20). Radebold, Bohleber und Zinneker (2008) beziehen sich in ihrem Definitionsversuch u. a. auf Sigmund Freud, demzufolge „keine Generation imstande ist, bedeutsamere seelische Vorgänge vor der nächsten zu

Vorgang, bei dem Erlebnissen, Erinnerungen, Werte oder ähnliches originalgetreu abgespeichert und an die Zuhörer_innen weitergegeben werden. Tatsächlich ist der Vorgang sehr viel komplexer, wie im Verlauf des Kapitels gezeigt wird.

verbergen“ (Freud 1913, S. 214). Die Forscher_innen gehen von einer Kombination aus sozialen, politischen, ökonomischen und persönlichen Folgen aus, die auch in den Folgegenerationen wirksam werden können. Kellermann entwarf 2001 ein integratives Modell der transgenerationalen Weitergabe, in das er bestehende Befunde aus der Holocaustforschung einordnete. Er unterscheidet dabei Inhalte (Selbst, Kognition, Affektivität, interpersonelles Funktionieren) und Prozesse (psychodynamische, familiensystemische, biologische, soziokulturelle Mechanismen) der Tradierung (vgl. S. 258-265).¹⁵ Führt man diese Definitionen zusammen, handelt es sich bei der Transgenerationalen Weitergabe oder Tradierung um einen interaktiven Transformationsprozess, bei dem mithilfe verschiedener Mechanismen wechselseitig Generationenerfahrungen hergestellt und ‚Inhalte‘ (im Sinne Kellermanns) beeinflusst werden. Dies ist die Arbeitsdefinition für die vorliegende Untersuchung.

Mechanismen Transgenerationaler Weitergabe/Tradierung. Im Folgenden werden die verschiedenen Mechanismen der Transgenerationalen Weitergabe anhand von Kellermanns Modell (2001) vorgestellt. Zum besseren Verständnis werden die Mechanismen dabei anhand der häufigsten theoretischen Zugänge beschrieben. Im konkreten und realen Erleben betroffener Personen handelt es sich allerdings um eine Gemengelage, in der die verschiedenen Mechanismen häufig parallel wirksam sind und sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Bohleber 2009, S. 109; Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 332).

Psychodynamische Mechanismen. Grundlage für die psychodynamische Herangehensweise ist die auf Freud basierende Annahme, dass nicht bewusst erlebte

¹⁵Die Übertragungsprozesse bzw. -mechanismen nach Kellermanns Modell werden im folgenden Kapitel genauer dargestellt.

Gefühle an die Folgegeneration weitergegeben werden (vgl. Freud 1913, S. 214; Kellermann 2001, S. 260-261). Affekte wie Schrecken, Ärger, Scham oder Furcht werden von der Elterngeneration oft sehr ausgeprägt erlebt, allerdings meist nicht verbalisiert oder erklärt, sondern von Verschweigen begleitet. Übermittelt werden diese Gefühle also nicht verbal, sondern über ‚leibliches Handeln‘ wie Körperhaltung, Bewegung, Gestik, Mimik und Stimme sowie „durch gewährte oder versagte Berührungen, aber auch [durch] gewaltsame Übergriffe“ (Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 333; vgl. auch Radebold 2005, S. 88-89). Dabei spielt der Mechanismus der Identifikation aus psychodynamischer Sicht eine zentrale Rolle. Demzufolge identifizieren die Eltern das Kind mit unerwünschten oder unerträglichen Anteilen aus dem eigenen Selbst, um negative Affekte zu reduzieren. Das Kind übernimmt diese Identifikation einerseits aus dem Wunsch heraus, so zu sein wie die Eltern, andererseits, um dem Wunsch der Eltern zu entsprechen und ihre (unausgesprochenen) Erwartungen zu erfüllen. So passt es möglicherweise unbewusst Verhalten, Motive und Selbstrepräsentanzen an. Beispielsweise können Personen aus der deutschen Mehrheitsgesellschaft, die der ersten oder zweiten kriegsbetroffenen Generation angehören, ihre eigene verdrängte Schuld an die eigenen Kinder übertragen. Die Kinder nehmen dann möglicherweise im Rahmen des transformatorischen, interaktiven Prozesses aus den oben geschilderten Motiven die fremde Schuld als ihre eigene an (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 333).

Familiensystemische Mechanismen. In Bezug auf familiensystemische Mechanismen wird davon ausgegangen, dass betroffene Personen infolge einer Traumatisierung bestimmte Kommunikations- und Bindungsstile entwickeln, die spezifisches Erziehungs- und Pflegeverhalten nach sich ziehen (vgl. Kellerman 2001, S. 262-263).

In Bezug auf die Kommunikation kann, wie oben bereits erwähnt, beispielsweise das Verschweigen als familiensystemischer Mechanismus bedeutsam sein. Dabei nimmt das Kind die oben beschriebenen, nicht verbalisierten Affekte wahr, verhält sich aber ebenfalls schweigend, um die Eltern nicht zu verstimmen. Andererseits können Kinder auch mit ‚offenem Aufdecken‘, also detaillierten Schilderungen des Erlebten, konfrontiert und dadurch überwältigt werden (vgl. Baranowsky, Young, Johnson-Douglas, Williams-Keeler & McCarrey 1998, S. 248). Papousek und Wollwerth de Chuquisengo (2003) berichten aus ihrer klinischen Erfahrung, dass biographische Belastungsfaktoren der Eltern zu ernsthaften Beeinträchtigungen der intuitiven elterlichen Kommunikationskompetenz führen können. So können Wahrnehmung von und Aufmerksamkeit sowie emotionale Verfügbarkeit für die eigenen Kinder verzerrt, gehemmt oder blockiert werden. Signale und Bedürfnisse der Kinder erreichen die Eltern eventuell nicht, da diese mit „intensiven negativen Affekten und/oder unlösbaren Konflikten“ (S. 148) beschäftigt sind. Dies deckt sich mit den oben genannten Angaben von Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert und Muhtz (2011) und Radebold (2005), denen zufolge die erste oder zweite kriegsbetroffene Generation aufgrund der eigenen Erlebnisse oftmals emotional für die eigenen Kinder nicht verfügbar war (vgl. S. 335-336; S. 92).

Bezüglich der Bindung kommt Bar-On et al. (1998) zufolge dem desorganisiert-desorientierten Bindungsstil eine besondere Bedeutung zu, da er in verschiedenen Studien mit traumatischen Erfahrungen in Verbindung gebracht werden konnte. Demzufolge zeigen sich unverarbeitete Traumatisierungen in ängstlichem oder ängstlichem, hilflosem oder inkonsistentem elterlichen Verhalten und führen so zu einer desorganisierten Bindung zum Kind (vgl. S. 319). Zudem können unbewusste Inhalte von den Eltern an die Kinder ‚delegiert‘ bzw. diese mit ‚Aufträgen‘ ausgestattet werden.

Kindern können den ‚Auftrag‘ erhalten haben, die Rolle eines im Krieg vermissten/verstorbenen Elternteils und die damit zusammenhängende Verantwortung zu übernehmen. Boszormenyi-Nagy und Spark (1981) haben diese Konstellation als ‚Parentifizierung‘ definiert (vgl. S. 209). Faktischen Ausdruck erhält diese ‚Bewahrung‘ besonders deutlich bei den Nachkommen Holocaust-Überlebender, die z. T. die Vornamen verstorbener Angehöriger tragen (vgl. Barocas & Barocas 1973, S. 820). Möglicherweise wurden sie auch damit betraut die „individuelle und familiäre Geschichte mit allen angedeuteten bis ausgesprochenen Erfahrungen bei sich auf[zu]bewahren“ (Radebold 2005, S. 88) (*Containing*, vgl. Radebold 2005, S. 88) oder die oft verzweifelten und hilflosen Eltern ‚emotional zu halten‘ (*Holding*, vgl. Radebold 2005, S. 88) (vgl. Fischer & Riedesser 1998, S. 236; Hardtmann 1992, S. 45; Radebold 2005, S. 87-88).

Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen den Erfahrungen in der frühen Kindheit und dem Bindungsverhalten dieser Kinder im Erwachsenenleben kann nicht geschlossen werden, „da spätere Beziehungserfahrungen das Bindungsverhalten ebenfalls beeinflussen“ (Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz, 2011, S. 336). Allerdings können neue Interaktionen „nur im Rahmen und auf der Grundlage bereits etablierter Interaktionsmuster ausgebildet und stabilisiert werden“ (Hüther 2003, S. 95). Biografische Berichte sowie verschiedene Studien aus der Psychotherapieforschung bezüglich der ersten, zweiten und dritten kriegsbetroffenen Generation weisen darauf hin, dass die Kommunikations- und Bindungserfahrungen mit der Elterngeneration die psychosoziale Entwicklung dieser Kinder durchaus beeinflusst hat (vgl. Radebold 2008, S. 53; Radebold 2005, S. 88). Radebold beispielsweise beschreibt, dass als Effekt dieser Erfahrungen vielen der so genannten Kriegskinder (zweite kriegsbetroffene Generation) die Erfahrung eines

Abnabelungsprozesses von den Eltern(teilen) fehle und dadurch die Autonomie- und Persönlichkeitsentwicklung der Nachkommen erschwert sei (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz, 2011, S. 333; Radebold 2005, S. 90). Mit Bezug auf Chamberlain (2003) und Brisch (2003) und vor dem Hintergrund psychodynamischer Vorgänge ist es außerdem möglich, dass auch die Erziehungsnormen des NS – insbesondere, wenn sie nicht reflektiert wurden – nicht nur die Bindungserfahrungen der ersten und zweiten, sondern möglicherweise auch der dritten kriegsbetroffenen Generation beeinflusst haben.

Physiologische Mechanismen. Eine Sonderrolle nehmen die physiologischen Mechanismen der transgenerationellen Weitergabe ein (vgl. Kellerman 2001, S. 263-264). Hier wird tatsächlich zunächst eine einseitige Einschreibung von Erlebtem in den Körper der Nachkommen angenommen. Diskutiert werden aktuell vor allem Ansätze aus der epigenetischen Forschung bzw. der *Fetalen Programmierung*¹⁶ (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert, & Muhtz, 2011, S. 336; Lopez-Lopez, Lopez-Jaramillo, Camacho, Gomez-Arbelaez, & Cohen 2015, S. 2). In der epigenetischen Forschung wird im Sinne einer Gen-Umweltinteraktion davon ausgegangen, dass Umweltfaktoren wie z. B. schwere traumatische Erlebnisse einen ‚Abdruck‘ auf der äußeren Schicht der Chromosomen betroffener Menschen hinterlassen. Diese Schicht fungiert als ‚Gedächtnis der Zellen‘ und gibt so bestimmte

¹⁶Die fetale Programmierung thematisiert die Bedeutung von In-Utero-Prägungen des Fötus für eine später bestehende erhöhte Krankheitswahrscheinlichkeit. Unter bestimmten Voraussetzungen scheinen Störungen der intrauterinen Umwelt des Kindes zu einer erhöhten Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen zu führen (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz, 2011, S. 336).

Eigenschaften und Merkmale an die Folgegenerationen weiter (vgl. Kellermann 2013, S. 34-35). Eine besondere Rolle spielt dabei das so genannte FKBP5-Gen. Dieses bestimmt, wie wirkungsvoll der Organismus auf Stresshormone reagieren kann, und reguliert so das Stresshormonsystem des Körpers. Durch epigenetische Veränderungen scheint an dieser Stelle eine dauerhafte Deregulierung der Stress-Hormonachse¹⁷ stattzufinden, was langfristig zu einer psychischen Erkrankung führen kann (vgl. Max-Planck-Gesellschaft 2012). Forscher_innen des Max-Planck-Instituts zeigten im Jahr 2012 allerdings auf, dass in der von ihnen untersuchten Gruppe kindlich traumatisierter Personen dieses Risiko nur galt, wenn diese innerhalb des FKBP5-Gen eine bestimmte DNA-Sequenz aufwiesen (vgl. Max-Planck-Gesellschaft 2012). Yehuda et al. (2016) konnten als erste Veränderungen des genannten Gens sowohl bei schwer traumatisierten Personen (Holocaust-Überlebenden) als auch deren Nachkommen nachweisen – unabhängig von der ‚Risiko-DNA-Sequenz‘. Die Forscher_innen betonen, dass zwar keine direkten Weitergabemechanismen aus den erhobenen Daten abgeleitet werden können, beschreiben aber, dass ihre Forschungsergebnisse die These eines epigenetischen Einflusses traumatischer Erlebnisse auf die physiologische Stressregulation bei Nachkommen schwer traumatisierter Menschen stützen (vgl. S. 377, 379).

Das Konzept der *Fetalen Programmierung* versucht zu erklären, wie die durch schwere Traumatisierungen veränderten neurochemische Abläufe bei Betroffenen intrauterin deren Nachkommen beeinflussen (vgl. Yehuda, Bierer, Schmeidler, Aferiat, Breslau & Dolan 2000, S. 1252). Um die Wirkungsweise fetaler Programmierung

¹⁷Die Funktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse – auch Stress-Hormonachse genannt – wird im weiteren Text bezüglich der *Fetalen Programmierung* erläutert.

besser zu verstehen ist es hilfreich, einen Blick auf die grundsätzlichen neurochemischen Abläufe bei akutem und dauerhaftem Stress zu werfen. Über die Sinnesorgane gelangen Informationen über Stressoren in das Großhirn und das limbische System. Hier findet die Bewertung der Situation als Stress-Situation statt. Die entsprechenden Signale an den Hypothalamus führen zu Nervenimpulsen im Sympathikus, der die Aktivität der Organe verändert (z. B. Weiten der Pupillen, Erweiterung der Bronchien, Erhöhung des Herzschlags). Außerdem wird so das Nebennierenmark aktiviert und Adrenalin ausgeschüttet. Gleichzeitig aktiviert der Hypothalamus eine Hormonkaskade, die die Stress-Reaktion verstärkt und erweitert. Als Endprodukt dieser Kaskade wird Cortisol ausgeschüttet, das unter anderem die Reaktion des Immunsystems hemmt und Entzündungen unterdrückt (vgl. Mc Ewen 1998, S. 33). Wiederholter oder andauernder Stress wirkt sich dysfunktional auf die Hirnfunktionen, insbesondere auf den Hippocampus aus. Problematisch ist dies, da der Hippocampus regulierend auf die körperliche Stressreaktion wirkt bzw. bei einer Dysfunktion einen stark hemmenden Effekt auf das ‚Ausschalten‘ der eben geschilderten Hormonkaskade hat (vgl. Mc Ewen 1998, S. 34-35). Die Wahrscheinlichkeit ist also hoch, dass bei andauerndem Stress ein ständig erhöhter Cortisolspiegel im Blut zu finden ist. Der Körper versucht in einem weiteren Anpassungsmechanismus immer wieder das Cortisollevel zu senken um das physiologische Gleichgewicht wiederherzustellen. Als längerfristige Reaktion kommt es zu einem insgesamt niedrigeren Cortisolspiegel im Blut. Dieser Effekt ist auch für an PTBS erkrankte Personen bekannt. Yehuda, Mulherin Engel, Brand, Seckl, Marcus & Berkowitz (2005) zufolge setzt an dieser Stelle die Fetale Programmierung ein. Es wird angenommen, dass die Funktion der oben beschriebenen (hormonellen) Abläufe schon früh im Leben beeinflusst und festgeschrieben werden (vgl. S. 4115). Tatsächlich konnten die Forscher_innen zeigen, dass ein durch

extremen Stress oder Unterernährung bedingter niedriger Cortisolspiegel bei schwangeren Frauen auch auf den Embryo übertragen wird. Dessen hormonelles System wird dabei durch die Veränderungen in der mütterlichen Physis unmittelbar auf dieselbe Art verändert oder ‚programmiert‘. Bei einer Stichprobe von Kindern, deren Mütter den terroristischen Anschlag auf das World Trade Center am 11. September 2001 unmittelbar erlebt und als Reaktion eine PTBS entwickelt hatten, konnte diese Veränderung noch im ersten Lebensjahr des Kindes nachgewiesen werden (vgl. S. 4117). Der Zusammenhang zwischen mütterlicher PTBS und einem veränderten Hormonspiegel zeigte sich zudem im Rahmen einer weiteren Studie auch bei erwachsenen Kindern Holocaustüberlebender (vgl. Yehuda, Bierer, Schmeidler, Afariat, Breslau & Dolan, S. 1252).

Soziokulturelle Mechanismen. In den soziokulturellen Mechanismen transgenerationaler Weitergabe spiegelt sich die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit zeitgeschichtlich bedeutsamen Themen wieder (vgl. Kellerman 2001, S. 261-262). Eine besondere Rolle spielen hier soziale Normen und Überzeugungen, die auch den kulturellen und politisch-nationalen Zusammenhang – die so genannte *Erinnerungskultur* – beeinflussen (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert, & Muhtz 2011, S. 334). Im Wesentlichen setzt sich diese öffentliche Praxis des Erinnerns aus Geschichtspolitik und kultureller bzw. medialer Öffentlichkeit sowie der Alltagswelt zusammen. Entsprechend vielfältig sind hier Mittel und Formen der Tradierung (vgl. Hockerts 2001, S. 23).¹⁸

¹⁸Unter Erinnerungskultur wird hier ein Sammelbegriff für den nicht wissenschaftlichen Gebrauch der Geschichte im öffentlich-medialen Raum verstanden. Beispiele für die Praxis (deutscher) Erinnerungskultur sind Denkmalpflege, historische Informationssendungen im Fernsehen oder

Bohleber (2009) betont, dass zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse die (öffentliche) Anerkennung des Erlebten sowie eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den entsprechenden Ereignissen notwendig ist (vgl. S.109). In Bezug auf Nationalsozialismus und Zweiten Weltkrieg oszillierte der gesellschaftliche Diskurs bis in die 1960er Jahre hinein in Deutschland allerdings zwischen Verleugnung und Abwehr – insbesondere bezüglich der eigenen schuldhaften Verwicklung (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert, & Muhtz 2011, S. 334, 336). Vor diesem Hintergrund ist nicht davon auszugehen, dass die traumatischen Erlebnisse – die der Opfer, aber auch die der Täter_innen – in Deutschland bis zu diesem Zeitpunkt verarbeitet werden konnten. Als Indiz für die mangelnde Verarbeitung noch in den achtziger Jahren könnten die Reaktionen auf die Gedenkrede des damaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker am 01. Mai 1985 gelesen werden, der mit seiner Thematisierung der Schuld der Deutschen z. T. öffentliche Empörung auslöste (vgl. Hammerstein & Hofmann 2015). Ein weiteres Beispiel ist die hochemotional geführte Debatte um die so genannte ‚Erste Wehrmachtsausstellung‘, die als Wanderausstellung von 1995 bis 1997 die Verbrechen der Wehrmacht während des Zweiten Weltkriegs thematisierte und das Ziel hatte, den ‚Mythos der sauberen Wehrmacht‘ zu dekonstruieren. Gegner_innen der Ausstellung „empörten sich über ‚Geschichtsklitterung‘, ‚Generalisierung‘, ‚Kollektivschuld‘, ‚Pauschalurteil‘ und ‚Diffamierung‘. Immer wieder kam es an den Ausstellungsorten zu Demonstrationen Rechtsextremer, die ‚Ruhm und Ehre für die Wehrmacht‘ forderten (vgl. bpb 2017).¹⁹ Dennoch hatte zu

jährliche Gedenktage. Diese Beispiele können auch als Formen der Tradierung wirksam sein (vgl. Hockerts 2001, S. 16, 21).

¹⁹Tatsächlich wurde die Ausstellung aufgrund massiver Kritik von wissenschaftlicher Seite 1999

diesem Zeitpunkt bereits eine Veränderung in der Vergangenheitsbewältigung in Deutschland eingesetzt. Mit dem ‚Eichmann-Prozess‘ 1961 und den Frankfurter ‚Auschwitz-Prozessen‘ 1964/65 rückten die NS-Zeit und ihre Verbrechen verstärkt in das politische, wissenschaftliche und öffentliche Interesse (vgl. Arendt 1964; Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert, & Muhtz, 2011, S. 334-335). Zudem forderte die Studierendenbewegung Ende der 1960er Jahre von der Elterngeneration, die den Holocaust häufig verschwiegen oder bagatellisiert hatte, Stellung zu den NS-Verbrechen zu nehmen (Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz 2011, S. 334). Dass dies die Anerkennung des Leids von NS-Opfern stärkte, zeigt ein Blick auf die Entwicklung der Geschichtswissenschaft. Durch die verstärkte Diskussion über den Umgang mit dem Holocaust und seinen Folgen in den 1960er Jahren wurde deutlich, dass das Ausmaß des Leids der vom Holocaust Betroffenen nicht durch faktenbasierte Quellen abzubilden war. In der Folge wurden Erinnerung und verbale Tradierung in der Wissenschaft aufgewertet und damit zusammenhängend neue kultur- und geschichtswissenschaftlicher Ansätze und Methoden (z. B. Oral History) entwickelt (vgl. Assmann 2007, S. 47–49).

Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz (2011) beschreiben, dass seitdem und bis in die Gegenwart durch das allmähliche Verschwinden der Täter_innengeneration die Tabuisierung des Themas gelockert werde und eine steigende Unbefangenheit der Kinder, Enkel und Urenkel zu beobachten sei (vgl. S. 334). Als Indiz für diese These könnte z. B. die seit etwa 2005 steigende Anzahl an

inhaltlich überprüft. Dabei stellte sich heraus, dass z. B. Bilder falsch beschriftet und Fotografien verwendet worden waren, die keine Verbrechen der Wehrmacht, sondern anderer Kriegsparteien zeigten. Die Ausstellung wurde in überarbeiteter Form zwischen 2001 und 2004 erneut gezeigt und dann in den Bestand des Deutschen Historischen Museums Berlin integriert (vgl. bpb 2017).

belletristischen und populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema gelesen werden (z. B. Bode 2005, 2013; Hahn 2003; Klevemann 2011; Thimm 2011). Die mediale Präsenz des Themas ist mittlerweile hoch (vgl. Hirsch 2003, S. 2; Speckmann 2006, S. 177-179) und auch Fachpublikationen zu den Spätfolgen des Zweiten Weltkriegs für nicht verfolgte Deutsche nehmen seit etwa 2002 in Deutschland stetig zu (vgl. z. B. Eichhorn, & Kuwert 2011; Gebhardt 2015; Glaesmer & Brähler 2011; Lamparter & Holstein 2016; Radebold 2005; Radebold, Heuft & Fooker 2009; Schmidbauer 2008).

Andererseits scheint es weiterhin Aspekte zu geben, die nur schwer zu thematisieren sind. Beispielsweise wurde die sexualisierte Gewalt, die Frauen der deutschen Mehrheitsgesellschaft am Ende des und nach dem Zweiten Weltkrieg durch alliierte Soldaten erlebten, in der deutschen Öffentlichkeit und Forschung lange tabuisiert (Kuwert & Freyberger 2007, S. 12). 1995 kam mit der Publikation *BeFreier und Befreite* von Sander und Jahr ein erstes Buch auf den Markt, das sich dem Thema widmete. 2003 wurden die Tagebuchaufzeichnungen einer Frau in Berlin aus dem Jahr 1945²⁰, in denen unter anderem Massenvergewaltigungen deutscher Frauen durch die sowjetische Armee beschrieben werden, zu einem Überraschungserfolg. Und 2006 gab medica mondiale e.V. ein Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen heraus, in dem auch das Thema ‚Sexualisierte Kriegsgewalt nach 1945‘ Platz fand.

Wesentlich für die nur langsame Enttabuisierung des Themas in Deutschland durfte auch die politische Situation im geteilten Deutschland nach 1945 gewesen sein. In der sowjetischen Besatzungszone und später der DDR galt die Heroisierung der

²⁰Anonyma (2003). *Eine Frau in Berlin*. Frankfurt am Main: Eichborn.

Sowjetunion als antifaschistisches Bollwerk als selbstverständlich (vgl. Sabrow 2009, S. 14). Es ist anzunehmen, dass die Erfahrung, von einem Angehörigen der sowjetischen Armee vergewaltigt zu werden, in diesem gesellschaftlichen Klima nicht thematisiert werden konnte, da es der Idealisierung der Sowjetunion entgegenstand. Lange galt zudem die sowjetische Armee als hauptverantwortlich an sexuellen Übergriffen. Vielleicht ist dies ebenfalls der politischen Situation nach 1945 geschuldet. In den ‚Westzonen‘ und der späteren BRD wurde, bedingt durch den Kalten Krieg, die Sowjetunion als Hauptfeind begriffen (vgl. Sabrow 2009, S. 14). Übergriffe durch Angehörige der alliierten ‚West-Armeen‘ am Ende des Krieges konnten in diesem Narrativ möglicherweise keinen Platz finden, da sie die vermeintlich klaren Grenzen zwischen ‚Freund‘ und ‚Feind‘ aufgeweicht hätten. Aktuell beschäftigen sich vereinzelt Veröffentlichungen aus Wissenschaft (z. B. Gebhardt 2015; Eichhorn & Kuwert 2011), Beratung und Therapie (z. B. Paula e.V., Böhmer & Griese 2016) sowie Lebensberichte (z. B. Köpp 2012) mit dem Thema.

In Bezug auf den familiären Kontext legt die Untersuchung von Welzer, Moller und Tschuggnall (2005) zur kommunikativen Tradierung von Erinnerungen an den Nationalsozialismus im familiären Zusammenhang nahe, dass von einem unbefangenen Umgang mit dem Thema keine Rede sein kann. Vielmehr weisen die Studienergebnisse darauf hin, dass z. T. auch heute noch familienintern ein bestimmtes Bild der nationalsozialistischen Vergangenheit der Eltern oder Großeltern tradiert wird (z. B. die Heroisierung von Mitläufer_innen zu Widerstandskämpfer_innen). Hier scheinen nicht die historischen Fakten oder Neugier der Enkel_innengeneration grundlegend für die Auseinandersetzung zu sein. Im Gegenteil scheint es zu bedeutsamen Loyalitätskonflikten zu kommen, wenn das subjektiv gefärbte tradierte

(Familien)Wissen auf faktisches Wissen zum Nationalsozialismus trifft (vgl. S. 11, 13, 18).²¹ Familieninterne und familienexterne soziokulturelle Tradierungsmechanismen scheinen hier miteinander in Konkurrenz zu stehen.

Die Tradierung von Erlebten kann also über verschiedene Mechanismen geschehen. Diese Mechanismen wurden zum besseren Verständnis im Einzelnen vorgestellt, können aber in der Realität gleichzeitig wirken und sich gegenseitig beeinflussen. Dies gilt insbesondere für die individuellen und überindividuellen Mechanismen – und besonders in Bezug auf Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs.

Um im weiteren Verlauf der Arbeit auf die spezifischen möglichen Belastungen in der Pflege durch Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs eingehen zu können, werden im Folgenden zunächst allgemeine Fakten zur Pflege alter Menschen in Deutschland sowie Erkenntnisse zur Belastung pflegender Angehöriger präsentiert.

3 Die Pflege alter Menschen in Deutschland

Laut den aktuellsten Angaben des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2015 2,9 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Etwa 72% dieser Personen wurden zu Hause gepflegt, ca. zwei Drittel von ihnen allein von pflegenden Angehörigen (vgl. DESTATIS o.A.). Der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung zufolge wird im Jahr 2030 der Anteil der Personen, die achtzig Jahre und älter sind bei 6,2 Millionen liegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2016, S. 49). Eine

²¹Einschränkend ist anzumerken, dass eine kritische Auseinandersetzung der Enkel_innengenerationen mit der eigenen Familiengeschichte jenseits der angeführten Loyalitätsbindungen in den Ausführungen der Forschungsgruppe als mögliche Reaktion nicht auftaucht. So bleibt in dieser Studie die Frage ungeklärt, wie Familiengeschichten entstehen, die die nationalsozialistischen Verstrickungen der Vorfahren bewusst thematisieren und problematisieren.

Vorausberechnung des Anteils pflegebedürftiger Menschen geht davon aus, dass deren Zahl im Jahr 2030 bei etwa 3,4 Millionen und 2060 bei ca. 4,7 Millionen liegen wird (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 27). Der aktuelle Pflegebericht der Bundesregierung beschreibt zudem, dass die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland einem *Demografischen Wandel*²² folgt. Besonders stark wirkt sich diese Entwicklung auf den Anteil demenziell erkrankter Menschen aus. Aktuell wird von etwa 1,6 Millionen betroffenen Menschen ausgegangen. Mit Verweis auf die Deutsche Alzheimergesellschaft geht der Bericht davon aus, dass im Jahr 2050 ca. 3 Millionen demenziell erkrankter Menschen in Deutschland leben werden. Die Zunahme der Betroffenen hänge dabei nicht von einem steigenden Erkrankungsrisiko ab, sondern von der allgemein zunehmenden Lebenserwartung (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 20). Dass das Alter der wichtigste Risikofaktor für das Entstehen einer demenziellen Erkrankung ist, wird durch gerontologische Expert_innen insbesondere für die Alzheimer Demenz bestätigt (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S. 47). Dem 6. Pflegebericht zufolge bleibt der Umgang mit demenziell erkrankten Menschen eine der großen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung – aber auch im gesamtgesellschaftlichen Kontext (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 21).

3.1 Der Begriff der *Pflegebedürftigkeit* und das System der Pflegeeinstufung.

Der Begriff der *Pflegebedürftigkeit* ist keineswegs statisch, sondern unterliegt einem

²²Der *Demografische Wandel* beschreibt den Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Geburtenrate und der Zunahme alter und hochaltriger Menschen in einer Gesellschaft. Durch die kontinuierlich steigende Lebenserwartung steigt der Anteil alter und hochaltriger Menschen. Der Geburtenrückgang verschärft dieses Phänomen, da die Anzahl alter und hochaltriger Menschen hierdurch schneller zunimmt, als es nur durch die gestiegene Lebenserwartung wahrscheinlich wäre (vgl. Deutsche Bundesregierung 2016, S. 20).

gesellschaftlichen Wandel. Mit der Einführung der Pflegeversicherung am 01. Januar 1995 wurde im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich festgeschrieben (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 4). In Kapitel 2, §14, Absatz 1 heißt es:

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BJV) o.A., SGB XI, § 14, Begriff der Pflegebedürftigkeit, Absatz 1)

Die hier benannte ‚in §15 festgelegte Schwere‘ meint die Einteilung der Pflegebedürftigkeit in die so genannten Pflegestufen 1 bis 3, die bis zum 31.12.2016 galten (vgl. BJV o.A., SGB XI, §15, Absatz 2). Ausschlaggebend bei der Festlegung der Pflegestufen war der Zeitaufwand für die pflegerische Tätigkeit in den Rubriken Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) o.A., S. 2). Über diesen Weg wurde den Antragstellenden, abhängig vom Grad ihrer Beeinträchtigung, finanzielle Unterstützung bzw. so genannte Dienst- oder Sachleistungen gewährt. Das SGB IX formulierte dies folgendermaßen:

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen

Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird. (BJV o.A., SGB XI, §4, Absatz 1)

Fachleute wiesen bereits früh darauf hin, dass der hier zugrunde gelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff die Bedarfe von Personen mit erheblichen psychischen oder kognitiven Einschränkungen (so genannter eingeschränkter Alltagskompetenz) – also Menschen mit nachgewiesener Demenz, einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung – nicht ausreichend abbildete. Dies galt insbesondere, da vorwiegend die körperlichen Einschränkungen als Grundlage der Pflegeeinstufung dienten. Als Reaktion fand im Jahr 2002 eine erste Anpassung durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) statt. Die Maßnahmen beschränkten sich auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag für ‚qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen‘ (z. B. Beschäftigungsangebote) in Höhe von 460 Euro jährlich. Im Jahr 2008 wurde er mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) auf bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) angehoben. Zu diesem Zeitpunkt konnte dieser Betrag auch erstmals von Personen in Anspruch genommen werden, welche die Kriterien für eine Pflegestufe (noch) nicht erfüllten, jedoch in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt waren (Pflegestufe 0, oftmals bei dementiell veränderten Menschen zutreffend) (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 4). Im Januar 2013 wurden mittels des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) die Pflegegeld- und Pflegesachleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegestufe 1 und 2 erhöht. Das Pflegegeld kann dazu eingesetzt werden, selbstständig „die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen

Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung“ (BJV o. A., SGB XI, §37, Absatz 1) zu organisieren (z. B. durch Angehörige oder Nachbarschaftshilfe). Als Pflegesachleistungen werden alle Hilfen verstanden, die durch professionell Pflegenden bzw. Unterstützende in der häuslichen Pflege durchgeführt werden (z. B. ambulanter Pflegedienst, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote) (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2015). Betroffene mit der Pflegestufe 0 erhielten durch das PNG erstmals die Möglichkeit, überhaupt auf diese Leistungen zuzugreifen.

Die aktuellsten Änderungen fanden zwischen Januar 2015 und Januar 2017 statt. 2015 wurde das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) zur Vorbereitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführt (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 120). Die Pflegeleistungen wurden insgesamt angehoben, die Anspruchsvoraussetzungen für alle Pflegebedürftigen in vielen Bereichen vereinheitlicht. Personen mit der ‚Pflegestufe 0‘ erhielten erstmals Anspruch auf alle ambulanten bzw. teilstationären Angebote (z. B. Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege²³). Gleichzeitig wurden Leistungen wie Beschäftigungsangebote oder niedrigschwellige hauswirtschaftliche Entlastung, die bisher nur für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz verfügbar waren, auch für alle anderen Pflegebedürftigen zugänglich gemacht (vgl. Deutscher

²³Im Rahmen der Kurzzeitpflege können Pflegebedürftige für einen zeitlich begrenzten Raum stationär untergebracht werden, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, der vermehrten Pflegebedarf einfordert, bei einer aktuellen Krise im häuslichen Bereich oder zur präventiven Entlastung pflegender Angehöriger. Unter Tages- oder Nachtpflege werden teilstationäre Angebote verstanden, bei denen die pflegebedürftigen Personen regelmäßig eine begrenzte Zeit in einer stationären Einrichtung verbringen (z. B. mehrere Tage die Woche morgens bis nachmittags) (vgl. BMG 2015a, S.1; BMG 2015b, S.1).

Bundestag 2016, S. 4-5). Zusätzlich wurde die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in voll- und teilstationären Einrichtungen erhöht. Diese ergänzen das Angebot an Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige, führen aber keine pflegerischen Tätigkeiten durch (vgl. BMG o.A.). Außerdem wurde das so genannte ‚Strukturmodell‘ zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation eingeführt (vgl. BMG 2017, S. 24-25).

Mit dem 01. Januar 2016 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nach dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) gesetzlich verankert und erlangte am 01. Januar 2017 Gültigkeit (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 45). Hier ist nun nicht mehr der zeitbezogene Pflegeaufwand maßgeblich für eine Pflegeeinstufung, sondern der Grad der Selbstständigkeit bzw. Abhängigkeit des begutachteten Menschen. Laut dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, der für die gutachterliche Einstufung von Pflegebedürftigen zuständig ist, werden nun bei der Begutachtung „die Ressourcen und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen differenziert erfasst“ (MDS o.A., S. 2). Entsprechend sollen nun – entgegen dem früheren Einstufungsverfahren – Einschränkungen der körperlichen, kognitiven und psychischen Fähigkeiten gleichrangig mit den bisher zugrunde gelegten Rubriken beachtet werden, weswegen „die zusätzliche Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Rahmen der Begutachtung“ (Deutscher Bundestag 2016, S. 134) überflüssig werde. Die Einstufung findet dementsprechend seit dem 01. Januar 2017 nicht mehr in Pflegestufen, sondern in fünf gestaffelten Pflegegraden statt (vgl. Deutscher Bundestag 1997, S. 11; Deutscher Bundestag 2016, S. 134; BJV o. A., SGB XI, §15, Absatz 3).

Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes III (PSG III), das am 16. Dezember 2016 beschlossen wurde und ebenfalls am 01. Januar 2017 in Kraft trat, soll sichergestellt werden, dass die vom Gesetzgeber eingerichteten Neuerungen bei

pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen ankommen. Zu diesem Zweck sollen Pflegeberatungen auf kommunaler Ebene eingerichtet, ausgebaut und die entsprechenden Akteur_innen besser vernetzt werden. Zudem soll mithilfe des Gesetzes die Entlohnung von Pflegekräften in der Altenpflege erhöht und die Kontrollmöglichkeiten ausgebaut werden, um Pflegebetrug effektiver zu verhindern (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 513).

3.2 Formen pflegerischer Versorgung in Deutschland. Wie bereits erwähnt wird ein großer Teil der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland durch Angehörige gepflegt. Neben dieser informellen Versorgung existiert ein großes Angebot professioneller Pflege. Im häuslichen Kontext kann die Pflege durch Angehörige je nach Pflegegrad in unterschiedlichem Maß z. B. durch Pflegesachleistungen (häufig in Form von ambulanten Pflegediensten und/oder niedrighschwelligem Entlastungsangeboten), Verhinderungspflege²⁴ und Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege unterstützt werden. Zudem ist es möglich, dass pflegebedürftige Menschen in einer Pflege-Wohngemeinschaft oder Wohngruppe (z. B. so genannte ‚Demenz-WG‘) versorgt werden (vgl. BMG 2015b, S.1). Möglich ist auch eine so genannte vollstationäre Versorgung in einem Senior_innen- oder Pflegeheim. Auf diese Form der Versorgung haben Pflegebedürftige Anspruch, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder nicht in Betracht kommt, z. B. weil der notwendige Pflegebedarf im häuslichen Setting nicht mehr erfüllt werden kann (vgl. BMG 2015c, S.1).

Seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 haben sich die Angebote und

²⁴Durch die so genannte Verhinderungspflege haben pflegende Angehörige die Möglichkeit z. B. in Urlaub zu fahren oder anderweitig eine kurze Auszeit von der Pflege zu nehmen. Die Pflege kann währenddessen von einem ambulanten Pflegedienst oder ehrenamtlich tätigen Personen übernommen werden (vgl. BMG 2015a, S.1; BMG 2015b, S.1).

das Verständnis von Pflegebedürftigkeit gewandelt. Wo der Fokus zunächst auf den körperlichen Beeinträchtigungen lag, sollen nun körperliche, kognitive und psychische Fähigkeiten gleichermaßen beachtet werden. Zudem soll die Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der aktuellsten Entwicklung des Pflegegesetzes ressourcenorientiert und mit Fokus auf die Selbstständigkeit der betroffenen Menschen geschehen. Mit der Erhöhung zusätzlicher Betreuungskräfte in teil- und vollstationären Einrichtungen wird den Herausforderungen der (professionellen) Pflege sowie den Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen (weiter) Rechnung getragen.

3.3 Die Belastung pflegender Angehöriger. Zahlreiche Studien haben die hohe Belastung pflegender Angehöriger belegt (vgl. Bonillo et al. 2013, S. 20; Gutzmann & Zank 2005, S. 151). Angehörige übernehmen, je nach Unterstützungsbedürftigkeit der Pflegebedürftigen, vielfältige Pflegeaufgaben, die als objektive Belastung verstanden werden können. Sie verrichten die Grundpflege (z. B. Waschen, Ankleiden, Hilfe bei Toilettengängen, Versorgung bei Inkontinenz), leisten praktische Hilfe im Haushalt (z. B. Mahlzeiten zubereiten, Waschen, Putzen, Einkäufe) sichern die medizinische Versorgung (z. B. Medikamentengabe) oder übernehmen die gesetzliche Betreuung (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S. 152). Weitere Anforderungen entstehen bei der Versorgung demenziell veränderter Menschen, die aufgrund der krankheitsbedingten kognitiven, affektiven und Verhaltensveränderungen spezifische und oftmals aufwendige Pflege benötigen. Neben der ausgesprochen wichtigen emotionalen Unterstützung müssen im pflegerischen Alltag Verwirrtheitszuständen, Unruhezuständen bzw. ‚Umherwandern‘ bei gleichzeitigem Verlust der zeitlich-räumlichen Orientierung, sowie das Nachlassen des Gedächtnisses bzw. des Denkvermögens bewältigt werden. Dies erfordert ein hohes Maß an Beaufsichtigung und bedeutet oft eine Herausforderung für den Erhalt der Tagesstruktur und die Pflege insgesamt (vgl. Gutzmann

& Zank 2005, S. 29-30, 152; Zank, Peters & Wilz 2010, S. 50-51). Zudem findet die Betreuung demenziell erkrankter Menschen aufgrund des veränderten Tag-Nacht-Rhythmus häufig auch nachts statt (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S. 153).

Wesentlich für die empfundene Belastung in der Versorgung ist die subjektive Bewertung der Pflegesituation, „denn Menschen mit gleicher objektiver Belastung unterscheiden sich in ihrer subjektiv berichteten Belastung“ (Gutzmann & Zank 2005, S. 154). Dabei ist klar, dass dauerhafte „Belastung durch Pflegeaufgaben ... negative Konsequenzen für das psychische Wohlbefinden der Pflegenden haben [kann]“ (Gutzmann & Zank 2005, S. 156). Beispielsweise leiden pflegende Angehörige im Vergleich zu nicht pflegenden Personen häufiger an depressiven Verstimmungen, höherer Ängstlichkeit und Feindseligkeit und zeigen eine geringere Lebenszufriedenheit (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S. 156). Gleichzeitig ist die subjektive Belastung für eine schlechtere körperliche Gesundheit bedeutsam (vgl. Zank & Schacke o.A., S. 144). Wesentliche Faktoren in Bezug auf eine hohe empfundene Pflegebelastung sind z. B. eine hohe zeitliche, physische und psychische Beanspruchung durch die Pflegeaufgaben, emotionale Distanz zwischen Pflegeperson und pflegebedürftiger Person, finanzielle Belastung (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S. 157), eine hohe Pflegestufe, die kognitive Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen (mit nächtlichem Versorgungsbedarf) sowie die gleichzeitige Berufstätigkeit der Hauptpflegeperson (Boniolo et al. 2013, S. 21). In dieser Aufzählung wird deutlich, dass im Sinne eines stress-theoretischen Belastungsmodells sowohl ‚primäre Stressoren‘ (Aufgaben und Anforderungen, die unmittelbar aus der Erkrankung und Pflegebedürftigkeit der Angehörigen entstehen) als auch ‚sekundäre Stressoren‘ (andere Lebensbereiche wie Familie, Beruf, Finanzen) bedeutsam sein können. Dabei steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Lebensbereiche wie Familie oder Beruf zu sekundären Stressoren werden mit Dauer

und Schwere der primären Stressoren. Gleichzeitig beeinflussen auch die meist unveränderlichen Kontextfaktoren wie Geschlecht und Alter von Pflegebedürftigen und Pflegenden oder die Beziehungsqualität vor der Pflegesituation das Pflegesystem (Gutzmann & Zank 2005, S. 159). So kann die Pflegeübernahme für einen Elternteil zu Stress und Konflikten führen, insbesondere wenn die Hauptpflegeperson eigene Kinder hat und auch hier Hauptbezugsperson ist oder die Beziehungen innerhalb des Systems der Herkunftsfamilie vor der Pflegesituation belastet waren. Beispielsweise können belastende Beziehungsmuster zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen, Rivalitäten zwischen (nun pflegenden) Geschwistern und weitere familiäre psychodynamische Mechanismen bedeutsam sein (vgl. Gutzmann & Zank 2005, S. 155-156).

Für beide Belastungsbereiche spielen die persönliche Einschätzung der Situation sowie die verfügbaren persönlichen Ressourcen (Zeit, Finanzen, externe Unterstützung) eine Rolle. Für die Stabilität der familialen Pflegesituation ist dabei entscheidend, ob die Pflegeperson die eigenen Ressourcen als ausreichend bzw. mobilisierbar genug einschätzt, um die Pflege zu bewältigen (Gutzmann & Zank 2005, S. 159-160).

In den vorhergehenden Kapiteln wurde der historische und theoretische Kontext, in den diese Untersuchung eingebettet ist, vorgestellt. Im Folgenden werden Forschungsfragen und Ziele und im Anschluss daran Methodik und Empirie der beiden Einzelstudien präsentiert.

Forschungsfragen und -ziele

Als Vorbereitung zur Entwicklung von Forschungsfragen und -zielen wurde ein Systematic Review zum Themenkomplex ‚Pflege und Zweiter Weltkrieg‘ durchgeführt. Die Suche wurde mittels folgender Begriffe und Begriffskombinationen durchgeführt (sowohl einzeln als auch in den genannten Kombinationen): Krieg/2. Weltkrieg – War/World War II(2), Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)/posttraumatisch – posttraumatic, Pflege(situation) – Care, Zweiter Weltkrieg – Trauma/Kriegstrauma, Zweiter Weltkrieg – Trauma/Kriegstrauma – Pflege(situationen), War/World War II(2) – trauma, War/World War II(2) – trauma-Care, World War II – elderly (care), World War II – geriatric. Folgende Datenbanken wurden durchsucht: Academic Search Complete, Abstracts in Social Gerontology, PSYINDEX, PsycINFO, OVIDSP, SOWI-PORT, PubMed, Medline. Dies führte zu keinerlei Ergebnissen bezüglich empirischer Studien zur Pflege kriegstraumatisierter Personen aus der deutschen Mehrheitsgesellschaft.²⁵ Die fehlenden Daten wurden noch 2014 in einer Übersichtsstudie bestätigt (vgl. Glaesmer 2014, S. 199). Eine aktuelle Recherche in einschlägigen wissenschaftlichen Datenbanken und Zeitschriften zeigte keine Veränderung der Studienlage.

Entsprechend wurde die vorliegende Studie, wie bereits in der Einleitung erwähnt, als erste, explorative thematische Sondierung konzipiert. Die Forschungsfragen wurden vor diesem Hintergrund problemzentriert, aber dennoch offen formuliert: Spielen Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs eine Rolle in der Pflege von Zeitzeug_innen der deutschen Mehrheitsgesellschaft? Welche Erfahrungen machen Pflegenden

²⁵Studien und Berichte bezüglich der Pflege von Verfolgten des NS liegen vor (vgl. z. B. Hirschfeld 1977; Weitzel-Polzer 2002; Zielke-Nadkarni 2009).

in Bezug auf Kriegserlebnisse in der Pflegesituation? Nehmen Pflegende insbesondere belastende bis traumatisierende Kriegserlebnisse als Einfluss auf die Pflege wahr?

Bezogen auf das Forschungsziel ließ sich zunächst allgemein formulieren, dass zum ersten Mal empirische Daten in diesem Themengebiet erhoben werden sollten – um eventuell erste Hinweise darauf zu erhalten, ob und wie Kriegserlebnisse in der Pflege von Zeitzeug_innen möglicherweise bedeutsam sind. Dabei standen während der Studienkonzeption zunächst die Beziehungskonstellationen in der familialen Pflege, die Frage nach deren Einfluss auf die Pflegesituation und der Entwurf eines entsprechenden qualitativen Forschungsdesigns im Fokus des Forschungsinteresses. Da im Rahmen dieser Arbeit aber erstmals themenspezifische Daten erhoben werden sollten, wurde auch das professionelle Pflegesetting als Forschungsobjekt mitberücksichtigt. Allerdings wurde die Befragung pflegender Angehöriger weiterhin als Zentrum der Arbeit betrachtet. Um den sehr unterschiedlichen Pflegekontexten und -voraussetzungen gerecht zu werden, wurden beide Settings getrennt voneinander in zwei Einzelstudien untersucht. Aufgrund der Besonderheiten des jeweiligen Pflegesettings (professionell bzw. formell vs. familiar bzw. informell) wurden die allgemeinen Forschungsfragen und -ziele für die Teilstudien spezifiziert.

Für die professionellen Pflegesettings (Teilstudie 1) wurde folgende Zielsetzung herausgearbeitet: Es sollte eine subjektive Einschätzung professionell Pflegender erhoben werden. Dabei sollte es eher darum gehen, ein erstes allgemeines Bild in Bezug auf das Vorkommen und die Auswirkungen von Kriegserlebnissen in der professionellen Pflege zu erhalten. Daran orientiert wurden folgende Forschungsfragen für diesen Bereich entwickelt:

1. Sind Menschen, die im Rahmen des Zweiten Weltkriegs traumatisiert wurden, in der professionellen Pflege auf besondere Weise sichtbar?
2. Beeinflussen die traumatischen Erlebnisse der Zeitzeug_innen die professionelle Pflegesituation?

Für die Befragung der pflegenden Angehörigen (Teilstudie 2) wurde ebenfalls als Forschungsziel formuliert, dass subjektive Erfahrungen und Einschätzungen zum Thema erhoben werden sollten. Allerdings sollten hier möglichst auch Beziehungskonstellationen, Einflüsse und subjektiven Sinnzusammenhänge abgebildet werden. Dies führte zur Entwicklung folgender Untersuchungsfragen:

1. Fühlen sich pflegende Angehörige speziell durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen persönlich belastet?
2. Empfinden sie die Pflegesituation als durch die Erlebnisse der Zeitzeug_innen belastet?
3. Haben die Pflegenden den Eindruck, dass die Kriegserlebnisse Einfluss auf ihre Biografie hatten und die Beziehung zwischen ihnen selbst und den Pflegebedürftigen beeinflusst haben?

Vor dem Hintergrund dieser Forschungsziele und -fragen wurden Design und Methodik der Studie(n) entwickelt und ausgewählt. Teil B stellt im Folgenden die Designs und methodischen Umsetzungen der beiden Einzelstudien vor.

Teil B Methodik und Empirie

4 Forschungsdesign und Methodik

Das Promotionsprojekt startete im Januar 2011 und wurde von April 2013 bis Juni 2016 durch ein Promotionsstipendium der Heinrich-Böll-Stiftung gefördert. Die Entwicklung des Forschungsdesigns und die Auswahl der Forschungsmethoden orientierten sich an den spezifischen Forschungszielen der beiden Teilstudien. Da in Bezug auf die professionelle Pflege eine eher allgemeine und möglichst umfassende Überblickseinschätzung der Bedeutung von Kriegserlebnissen in diesem Arbeitsfeld das Ziel war, wurden vor allem quantitative Methoden als geeignet zu Erhebung und Auswertung der Daten eingeschätzt und genutzt (vgl. Bortz & Döring 2005, S. 23). Das Ziel von Teilstudie 2 lag in der Erhebung individueller Erfahrungen der pflegenden Angehörigen mit den Zeitzeug_innen und den hier erzeugten sozialen und subjektiven Konstruktionen. Da zu diesem Zweck Methoden der qualitativen Forschung besonders geeignet sind, wurden hauptsächlich solche Erhebungs- und Auswertungsmethoden eingesetzt (vgl. Flick, Kardoff & Steinke 2005, S. 17; Marotzki 2006, S. 128; Rosenthal 1990, S. 223).

Innerhalb der vorliegenden Arbeit wurden also sowohl qualitative als auch quantitative Methoden verwendet, was sich mit dem Konzept der *Mixed-Methods* deckt. Dessen Bedingungen und Grundlagen werden im Folgenden näher beschrieben.

Der Ansatz der Mixed-Methods. Kuckartz (2014) liefert in seinem Lehrbuch *Mixed Methods – Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren* folgende Arbeitsdefinition des Konzepts:

Unter Mixed-Methods wird die Kombination und Integration von qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen des gleichen Forschungsprojekts verstanden. Es handelt sich also um eine Forschung, in der die Forschenden im

Rahmen von ein- oder mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten sammeln. Die Integration beider Methodenstränge, d.h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen. (S. 33)

Dieser Definition schließt sich die vorliegende Arbeit an. Grundlegend ist hierbei die Annahme, dass quantitative und qualitative Methoden miteinander vereinbar sind, unterschiedliche Perspektiven liefern und entsprechend positive Synergien liefern können (vgl. Bortz & Döring 2016, S. 74; Kuckartz 2014, S. 35). Dabei ergänzen sich idealerweise die Kernprinzipien und Merkmale quantitativer und qualitativer Methoden.

Die Qualitative Forschung versteht sich grundsätzlich als "entdeckende Wissenschaft" (Flick, Kardoff & Steinke 2005, S. 24), die häufig theoriegenerierend vorgeht, also Theorien aus der Empirie entwickelt. Dabei geht sie von folgenden Grundannahmen aus:

1. Soziale Wirklichkeit entsteht durch die gemeinsame Herstellung und Zuschreibung von Bedeutung.
2. Soziale Wirklichkeit hat Prozesscharakter und ist reflexiv.
3. Subjektive Bedeutungszuschreibungen oder ‚sinnhafte Deutungen‘ machen ‚objektive‘ Lebensbedingungen (z. B. Einkommen, Bildung, Alter) für die Lebenswelt relevant.
4. Qualitative Forschung findet von einem konstruktivistischen Ansatz ausgehend statt, der den kommunikativen Charakter sozialer Realität in den Mittelpunkt stellt.

Diese Annahmen beeinflussen auch die Methodologie qualitativer Forschung. So zeichnet sie sich dadurch aus, dass es statt ‚einer‘ Methode ein Spektrum gibt,

aus dem je nach Fragestellung und Forschungsgegenstand (,Gegenstandsangemessenheit') ausgewählt werden kann. Da qualitative Forschung sich am Alltagsgeschehen bzw. -wissen der Untersuchten orientiert, muss außerdem bei Erhebung, Analyse und Interpretation der entsprechende alltagsweltliche Kontext einbezogen werden. Die Verschiedenheit der Perspektiven wird ebenso berücksichtigt wie die Forschenden als Teil des kommunikativen Prozesses. Um der Perspektive der Untersuchten möglichst nahe zu kommen, wird insbesondere bei der Datenerhebung das Prinzip der Offenheit genutzt. Beispielsweise werden Fragen möglichst offen formuliert, so dass sie individuell interpretiert und beantwortet werden können. Innerhalb der Auswertung werden häufig zunächst einzelne Fälle rekonstruiert und analysiert, um in einem zweiten Schritt diese Fälle zu vergleichen oder gegenüberzustellen (vgl. Flick, Kardoff & Steinke 2005, S. 22-24).

Sowohl für die qualitative als auch für die quantitative Forschung wird der explizite Anspruch gestellt, Hypothesen nicht verfälscht durch den ,eigenen Blick' zu falsifizieren oder zu verifizieren, sich ihnen also objektiv (quantitative Forschung) oder reflexiv (qualitative Forschung) zu nähern. Ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch in der Herangehensweise: So versucht die qualitative Forschung der möglichen ,Verzerrung' durch die Forschenden zu begegnen, indem sie deren Anteil am Kommunikationsprozess innerhalb der Datenerhebung und -auswertung einbezieht. In der quantitativen Forschung hingegen wird den Forschenden ein "eigenes Weltbild, Urteile und Vorurteile, subjektive Erfahrungen, Werte und Glaubenssätze etc." (Bortz & Döring 2016, S. 47) zwar zugestanden, in der Auswertung wird der mögliche Einfluss dieses ,gefärbten Blicks' allerdings nicht thematisiert. Zudem geht es der quantitativen Forschung in der Regel um vergleichend statistische Auswertungen, die eine hohe Standardisierung der Daten voraussetzt. Die Kontextualität und Individualität

von erhobenen Daten, die in der qualitativen Forschung eine zentrale Rolle spielen, sind hier sehr viel weniger relevant (vgl. Flick, Kardoff & Steinke 2005, S. 25). Quantitative Forschungsmethoden werden häufig hypothesen- oder theorieprüfend eingesetzt, können aber auch theoriegenerierend genutzt werden (vgl. Diekmann 2005, S. 33). Quantitative Studien sollten dabei eine möglichst hohe *Validität*²⁶ aufweisen. Die verwendeten Instrumente sollten den Testgütekriterien entsprechend möglichst objektiv, valide und *reliabel* (zuverlässig)²⁷ sein (Bortz & Döring 2016, S. 46-48, 54, 93, 107; Diekmann 2005, S. 216).

In dieser Arbeit finden sich die beiden ‚Methodenstränge‘ nicht nur innerhalb der gesamten Untersuchung, sondern auch die Teilstudien enthalten sowohl quantitative als auch qualitative Anteile. Im Folgenden werden die beiden Teilstudien mit ihrer jeweiligen Methodik und den einzelnen Ergebnissen vorgestellt.

4.1 Studie 1: Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs und die professionelle Pflege von Zeitzeug_innen heute.

Methodisches Vorgehen.

Studiendesign. Im Sinne des theoriegenerierenden Charakters der Gesamtstudie sind auch die hier vorgestellte Einzelstudie und die in ihrem Rahmen erhobenen

²⁶Der Begriff *Validität* beschreibt in diesem Zusammenhang zum einen die Übertragbarkeit oder Generalisierbarkeit von Studienergebnissen (externe Validität), zum anderen, ob Variablenzusammenhänge mit großer Wahrscheinlichkeit als kausale Zusammenhänge interpretiert werden können (innere Validität) (z. B. bei gleichen Ergebnissen in randomisierten Kontrollgruppenstudien) (vgl. Bortz & Döring 2016, S. 94-95).

²⁷Unter *Reliabilität* wird hier die Messgenauigkeit eines Erhebungsinstrumentes verstanden. Eine hohe Reliabilität liegt vor, wenn die Messung mit dem verwendeten Instrument unter den gleichen Rahmenbedingungen zum gleichen Ergebnis führt (Bortz & Döring 2016, S. 95).

statistischen Daten als explorativ zu verstehen. Deskriptiv- und explorativstatistische Verfahren dienen dazu, "ein möglichst vollständiges und übersichtliches Bild des gesamten Datensatzes zu geben, indem die einzelnen Variablen, ihre Verteilungen und Zusammenhänge detailliert betrachtet werden" (Bortz & Döring 2016, S. 621). In dieser Studie sollte mithilfe deskriptiver Verfahren die Erfahrung professionell Pflegenden mit pflegebedürftigen Personen untersucht werden, die von den Pflegekräften selbst als kriegstraumatisiert eingeschätzt wurden. Die randomisierte Stichprobe beschränkt sich dabei aufgrund forschungspraktischer Umstände auf ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen aus Nordrhein-Westfalen (NRW).²⁸ Jeweils eine examinierte Pflegekraft der Einrichtung wurde gebeten, mithilfe eines Fragebogens zu verschiedenen Bereichen des Themenkomplexes ‚Kriegstraumatisierung und pflegerischer Arbeitsalltag‘ Auskunft zu geben. Die erhobenen Daten wurden mithilfe des Statistikprogramms *SPSS* (22) ausgewertet.

Stichprobe. Durch ein Onlineangebot der Kranken- bzw. Pflegeversicherungen (‚Pflegetotse‘) wurden im Juni 2011 alle 2319 ambulanten Pflegedienste und 1782 stationären Pflegeeinrichtungen in NRW recherchiert. Es wurde die Annahme vorausgesetzt, dass 15% des jeweiligen Pflegesettings eine ausreichende Repräsentanz der Stichprobe sichern bzw. die Varianz der Merkmale ausreichend darstellen und so die Zusammenhänge berechenbar sind. Mithilfe des Statistikprogramms *SPSS* wurden entsprechende zufällige Stichproben ausgewählt (Anzahl ambulanter Dienste: 340, Anzahl stationäre Einrichtungen: 265). Aus der Gesamtstichprobe von 605 Pflegeangeboten wurden sechs Adressen nicht verwendet, da es sich um Angebote der

²⁸Da ich die Auswertung des Materials alleine vornahm und parallel bereits die zweite Teilstudie konzipierte, erschien eine NRW-weite Teilstichprobe eher zu bewältigen als eine deutschlandweite Befragung.

Kinderpflege handelte. Die Gesamtstichprobe lag also nach dieser Anpassung bei 599 Pflegeadressen. 105 Personen bzw. Einrichtungen nahmen an der Befragung teil. Die Eigenschaften der Teilnehmenden sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2

Eigenschaften Stichprobe professionelle Pflege NRW (N = 105)

	n(%)	MW (SD)
Alter	102	45 (9)
Geschlecht		
weiblich	79(77)	
Männlich	24(23)	
Berufserfahrung (Jahre)	103	20 (10)
Arbeitsbereich Pflege		
Ambulant	57(56)	
Stationär	45(44)	
Region des PD/der Institution		
Land	60(59)	
Stadt	42(41)	

Anmerkungen. MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung. Da nicht alle Befragten zu jedem Item Auskunft gegeben haben, unterscheidet sich zum Teil die Stichprobengröße.

Erhebungsinstrument – Der standardisierte Fragebogen. Da es sich hier um die erste standardisierte Befragung professionell Pflegenden zum Thema handelt, konnte nicht auf bewährte Erhebungsinstrumente zurückgegriffen werden. Um den Status Quo zum Thema in dieser Stichprobe anhand einer möglichst großen Datenmenge beschreiben zu können, wurde ein standardisierter Fragebogen orientiert an den gängigen Vorgaben zur Fragebogengestaltung (Diekmann 2005, S. 4010-416; Porst 2011) und den wissenschaftlichen Kriterien der Testgüte (Bortz & Döring 2005, S. 107) konzipiert. Dabei wurde ein Multiple-Choice-Design verwendet, das z. T. durch offene Antwortkategorien ergänzt wurde. Durch die offenen Fragen sollte den Pflegekräften die Möglichkeit gegeben werden, individuelle Erfahrungen im Kontakt mit kriegstraumatisierten Menschen wiedergeben zu können. Der Fragebogen wurde mit

einem Buchstaben-Zahlencode ausgestattet, um die anonym erhobenen Daten im Auswertungsprozess zuordnen zu können. Nach den soziodemografischen Daten (u.a. Alter, Geschlecht, Berufsjahre, Pflegebereich, Größe der Einrichtung, Stadt/Land) wurde das Vorkommen möglicher Kriegstraumatisierungen im eigenen Arbeitsalltag erfragt. Danach konnte die Pflegekraft angeben, wie sich die Traumatisierung des Pflegebedürftigen in der konkreten Pflegesituation dargestellt hat und ob diese durch die Traumatisierung beeinflusst wurde. Zusätzlich konnten die ergriffenen Maßnahmen angegeben werden. Ergänzend sollte eingeschätzt werden, ob und wie häufig in den vergangenen drei Jahren ein kriegstraumatisierter Mensch gepflegt wurde. Die zeitliche Begrenzung auf drei Jahre wurde gewählt, um möglichst konkrete und vergleichbare Angaben zu gewinnen. Ergänzend wurde erfragt, ob und wie häufig die Pflegekraft in den vergangenen drei Jahren vermutet hat, einen so betroffenen Menschen gepflegt zu haben. Da außerdem auch eine Erfahrungseinschätzung des Arbeitsumfeldes erhoben werden sollte, wurden die Pflegekräfte dazu befragt, ob und wie häufig Kolleg_innen im vorgegebenen Zeitraum von der Pflege eines kriegstraumatisierten Menschen berichtet oder dies vermutet hatten. Abschließend sollte die Bedeutung von Kriegstraumatisierungen für den eigenen pflegerischen Arbeitsalltag eingeschätzt werden. Darüber hinaus konnten Aspekte, die die Pflegekräfte in Bezug auf das Thema beschäftigten, in dem offenen Item „Zu dem Thema liegt mir persönlich noch am Herzen ...“ ergänzt werden. Die Befragungsisems und Antwortmöglichkeiten werden in Tabelle 3 dargestellt.

Dem Fragebogen lag ein Anschreiben bei, in dem das Ziel des Forschungsprojektes sowie das Anliegen an die Pflegeeinrichtung bzw. den Pflegedienst kurz erläutert wurde. Zudem wurde hier deutlich gemacht, welche Betroffenenengruppe für die Studie interessant ist, indem der Begriff ‚Kriegstraumatisierung‘ definiert wurde:

„Unter Kriegstraumatisierung werden hier die Folgen von Erlebnissen des Zweiten Weltkrieges oder der unmittelbaren Nachkriegszeit verstanden, die das Verhalten und Empfinden von Pflegebedürftigen auch heute noch schwerwiegend beeinflussen (z. B. Fronterlebnisse, Bombardierung, Vertreibung etc.)“.

Das Erhebungsinstrument wurde in einem Pre-Test von verschiedenen professionellen Pflegekräften erprobt und evaluiert. Den Anregungen entsprechend wurde der Fragebogen angepasst und ergänzt. Fragebogen und Anschreiben befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

Tabelle 3

Übersicht Fragebogen-Items zur Befragung von professionellem Pflegepersonal

Item	Antwortmöglichkeit
Haben Sie jemals einen kriegstraumatisierten Menschen gepflegt?	Ja Nein
Wie hat sich die Kriegstraumatisierung des/der Pflegebedürftigen geäußert (Mehrfachnennung möglich)?	<ul style="list-style-type: none"> • Gar nicht • Erzählungen der Pflegebedürftigen • Durch auffälliges Verhalten (z. B. dauerhafte Pflegeabwehren oder Wiedererleben von Kriegsszenarien) • Durch Alpträume • Sonstiges, nämlich
Hatten Sie den Eindruck, dass sich die Kriegstraumatisierung des/der Pflegebedürftigen auf die Pflegesituation auswirkt?	Nein Ja und zwar folgendermaßen
Welche Maßnahmen wurden durch Ihr Team aufgrund der Traumatisierung des/der Pflegebedürftigen ergriffen (Mehrfachnennungen möglich)?	<ul style="list-style-type: none"> • Keine • Gespräch mit Betroffener/m • Gespräch mit Angehörigen/ einzelnen KollegInnen/Gespräch im Team • Berücksichtigung der Traumatisierung in der Pflegeplanung • Berücksichtigung der Traumatisierung bei Pflegemaßnahmen • Sonstiges, nämlich

Item	Antwortmöglichkeit
Haben Sie in den vergangenen drei Jahren einen kriegstraumatisierten Menschen gepflegt?	Ja Nein
Wie häufig haben Sie in den vergangenen drei Jahren einen kriegstraumatisierten Menschen gepflegt?	<ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 Mal • 4 bis 6 Mal • 7 bis 9 Mal • 10mal und öfter
Haben Kolleginnen oder Kollegen jemals von der Vermutung berichtet, einen kriegstraumatisierten Menschen zu pflegen oder gepflegt zu haben?	Ja Nein
Wie häufig haben Kolleginnen oder Kollegen in den letzten drei Jahren von der Vermutung berichtet, einen kriegstraumatisierten Menschen zu pflegen oder gepflegt zu haben?	<ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 Mal • 4 bis 6 Mal • 7 bis 9 Mal • 10mal und öfter
Wie hoch schätzen Sie die Bedeutung von Kriegstraumatisierung in Ihrem pflegerischen Alltag ein?	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr hoch • Eher hoch • Eher niedrig • Sehr niedrig

Datenerhebung. Insgesamt wurden 599 standardisierte Fragebögen an die Stichprobe versendet. Teilnehmen konnte je eine examinierte Pflegekraft pro Pflegeeinrichtung oder -dienst. Anschreiben, Fragebögen sowie ein frankierter Rückumschlag wurden im Oktober 2011 an die ausgewählte Stichprobe mit der Bitte versendet, den Fragebogen spätestens bis zum 30.11.2011 zurückzuschicken. Da nicht alle angeschriebenen Dienste und Einrichtungen bis zum Stichtag geantwortet hatten, wurde im Dezember 2011 ein Erinnerungsschreiben an die gesamte Stichprobe verschickt mit der Bitte, den ausgefüllten Fragebogen zeitnah zurückzusenden. Alle Bögen, die bis zum 15. Januar 2012 eingingen, wurden in die Auswertung mit einbezogen. Wie oben erwähnt betrug die Rücklaufquote 105 Fragebögen.

Datenauswertung. Die Auswertung des Fragebogens begann Ende Januar 2012 und erfolgte mithilfe der statistischen Analysesoftware SPSS (22). Zunächst

wurde das Datenset auf seine Schlüssigkeit hin überprüft und bereinigt. Beispielsweise zeigten sich bei einigen Fragen hohe Fehlwerte, deren Schlüssigkeit geklärt werden musste. Es stellte sich heraus, dass diese Fehlwerte in der Regel durch vorherige ‚Filterfragen‘, die mit ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ zu beantworten waren, entstanden und somit schlüssig waren. Allerdings zeigten sich auch auffällige Fehlwerte, die sich nicht durch ‚Filterfragen‘ erklären ließen, z. B. bei der Zusammenhangsberechnung der Variablen ‚Alter‘ und den Fragen ‚Haben/Wie häufig haben Kolleg_innen in den letzten drei Jahren davon berichtet/die Vermutung geäußert, einen kriegstraumatisierten Menschen gepflegt zu haben‘ (je höher das Alter, desto höher die Fehlwerte bei den entsprechenden Items). Möglicherweise lassen sich diese Fehlwerte dadurch erklären, dass in dieser Stichprobe das höhere Alter mit einer höheren Anzahl an Berufsjahren zusammenhängt. Eventuell ist hierdurch die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der Bericht (bzw. die Vermutung) von Kolleg_innen schon länger als drei Jahre zurückliegt und die Antwortkategorie entsprechend nicht genutzt werden konnte. Eine ähnliche Auffälligkeit zeigte sich bezüglich der beruflichen Position (je höher die berufliche Position, desto höher die Fehlwerte bei den entsprechenden Items). Möglich ist, dass die Pflegekräfte eher mit gleichgestellten Kolleg_innen als mit Führungskräften über bestimmte herausfordernde Situationen sprechen. Fehlwerte, die sich nicht logisch erklären ließen, wurden durch den Mittelwert der Antworten des jeweiligen Items ersetzt. Zudem wies das Datenset einen Fall mit extremer Altersabweichung auf, der ausgeschlossen wurde, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu verhindern.

Dem explorativen Studiendesign entsprechend wurden zur statistischen Auswertung deskriptive Verfahren verwendet. Dabei wurden mithilfe von Häufigkeitstabellen die Verteilung der Antworten und bei passenden Antwortskalen der Mittelwert

berechnet. Außerdem wurden zwei- bzw. dreidimensionalen Kontingenztabelle²⁹ erstellt sowie Korrelationsberechnungen durchgeführt, um eventuelle Variablenzusammenhänge sichtbar zu machen. Aufgrund des explorativen Designs müssen die Ergebnisse der Zusammenhangsberechnungen umsichtig interpretiert werden. In jedem Fall gilt es das „Signifikanzfischen, bei dem explorativ gefundene Effekte als erfolgreiche Hypothesentests ausgegeben werden“ (Bortz & Döring 2016, S. 677) zu vermeiden. Die offenen Antwortkategorien wurden händisch in Worttabellen eingetragen und manuell deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse. Ein großer Teil der Befragten gab an, im Arbeitsalltag bereits einen kriegstraumatisierten Menschen gepflegt zu haben. Auf die Frage, wie sie von den traumatischen Erlebnissen der Pflegebedürftigen erfahren haben, benannten die meisten Pflegekräfte Erzählungen der Pflegebedürftigen als Quelle (83%). Gleichzeitig wurde das Erzählen von Erlebnissen sowie ‚auffälliges Verhalten‘ als häufigste ‚Äußerung‘ der traumatischen Erfahrung beschrieben (80% bzw. 70%). Die meisten Teilnehmenden beantworteten die Frage, ob sich die Kriegstraumatisierung der Pflegebedürftigen auf ihren Arbeitsalltag ausgewirkt habe, mit ‚Ja‘. Dabei wurden Abwehrverhalten (gegenüber der Pflege im Allgemeinen und gegenüber männlichem oder ausländischem Pflegepersonal im Besonderen), ängstliches und aggressives Verhalten am häufigsten als Auswirkungen auf die Versorgung genannt. Innerhalb der offenen Antwortkategorien zu diesem Punkt wurden die Abwehr von männlichem Pflegepersonal, eine allgemeine Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit sowie Aggressionen und die Reaktion auf bestimmte Reize (z. B. Sirenen) benannt. Als Maßnahmen,

²⁹Mithilfe von so genannten Kontingenz- oder Kreuztabellen lassen sich Kombinationshäufigkeiten bestimmter Merkmalsausprägungen berechnen und darstellen (vgl. Bortz & Döring 2016, S. 678).

die aufgrund der Traumatisierung des Pflegebedürftigen im Pflegeteam ergriffen wurden, wurden am häufigsten Gespräche mit den Betroffenen (81%) sowie Gespräche mit dem Pflegeteam (81%) beschrieben.³⁰ Zudem wurde die Traumatisierung bei konkreten Pflegemaßnahmen (77%) bzw. bei der Pflegeplanung (76%) berücksichtigt. Hier wurde beispielsweise auf männliche Pflegekräfte verzichtet, der Standort des Pflegebettes angepasst oder versucht, zwei Pflegekräfte bei sehr intimen Handlungen wie dem Legen eines Katheters hinzuzuziehen, um eine beruhigende Begleitung gewährleisten zu können. Immer wieder wurde ‚sich Zeit nehmen‘ oder Vorgehensweisen die ein höheres Maß an Zeitaufwand benötigen als die reine Pflegehandlung – wie z. B. validierende Gespräche oder Vertrauensaufbau zur Bezugspflegekraft – als Maßnahmen genannt. Im Schnitt hatten die befragten Pflegekräfte in den drei Jahren vor dem Befragungszeitpunkt zwei Mal einen kriegstraumatisierten Menschen gepflegt. Die Vermutungsquote lag deutlich höher: so hatten im selben Zeitraum 82% der Befragten vermutet, eine entsprechende Person gepflegt zu haben. 69% berichteten, dass auch Kolleg_innen von der Pflege eines kriegstraumatisierten Menschen berichteten. Insgesamt schätzten mehr als die Hälfte der befragten Pflegekräfte die Bedeutung von Kriegstraumatisierungen für ihren eigenen Pflegealltag als ‚hoch‘ ein. Tabelle 4 fasst die wichtigsten quantifizierbaren Ergebnisse zusammen.

Die Auswertung der abschließenden und offenen Antwortkategorie ‚Zu dem Thema liegt mir persönlich noch am Herzen...‘ ergab, dass die Pflegekräfte dem Thema durchaus Bedeutung zumessen, es aber als unterrepräsentiert in Aus- und Weiterbildung einschätzen. Es wird der Wunsch nach thematisch geschultem

³⁰Zwar ist der prozentuale Anteil dieser Angaben der gleiche, es waren aber nicht dieselben Personen die diese Angaben machten.

Personal bzw. themenbezogenen Schulungen für Pflegekräfte sowie nach dem stärkeren Einbezug des Themas in der Biografiearbeit geäußert.

Tabelle 4

Hauptergebnisse Befragung professionelle Pflege NRW (N = 105)

	Datensätze	n (%)
Ich habe bereits einen kriegstraumatisierten Menschen in meinem Arbeitsalltag gepflegt	103	
Ja		84(82)
Nein/Unsicher		19(18)
Die Kriegstraumatisierung hat sich auf die Pflegesituation ausgewirkt	85	
Ja		65 (77)
Nein/Unsicher		20 (24)
Die Bedeutung von Kriegstraumatisierungen für meinen Arbeitsalltag schätze ich ein als ³¹	103	
Hoch		65(63)
Niedrig		38(37)

Anmerkungen. Da nicht alle Teilnehmenden zu jeder Frage Auskunft gegeben haben, stimmt die Anzahl der Datensätze nicht unbedingt mit der Anzahl der Teilnehmenden überein.

4.2 Studie 2: Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs und die familiäre Pflege von Zeitzeug_innen heute.

Methodisches Vorgehen.

Studiendesign. Im Rahmen der Befragung pflegender Angehöriger standen das Belastungsempfinden sowie der subjektive empfundene Einfluss der Zeitzeug_innen auf die Lebensgeschichte der Pflegepersonen im Mittelpunkt. Bei der Untersuchung des familiären Pflegesettings wurden quantitative und qualitative

³¹Um die Darstellung der Ergebnisse zu vereinfachen wurde die vierstufige Skala zur Einschätzung der Bedeutung von Kriegstraumatisierungen im konkreten pflegerischen Arbeitsalltag in einem statistischen Verfahren zu zwei Durchschnittsantwortkategorien zusammengefasst.

Methoden in Form schriftlicher und persönlicher Auskunft angewendet. Alle verwendeten Erhebungsinstrumente wurden explizit für diese Studie entwickelt und befinden sich vollständig im Anhang dieser Arbeit. Die Befragung der pflegenden Angehörigen erfolgte zunächst standardisiert mithilfe eines obligatorisch auszufüllenden Kurzfragebogens, der soziodemographische Daten sowie die Umstände der Versorgung und einige Angaben zu den Kriegserlebnissen der Pflegebedürftigen erhob. So konnten allgemeinere Daten auch von Personen erfasst werden, die keiner weiteren Befragung zustimmten. Zudem wurde der Fragebogen auch als Vorbereitung des ‚Problemzentrierten Interviews‘ (PZI) (Witzel 2000) angewendet.

Stimmten die Pflegepersonen einer weitergehenden Befragung zu, fand diese wahlweise schriftlich und anonym (Frageheft³²) oder persönlich (PZI) statt. Die Option einer schriftlichen Auskunft wurde als Alternative zur Interviewerhebung zur Verfügung gestellt, um eine anonyme und unpersönliche Alternative zu bieten. Beim PZI handelt es sich um ein leitfadengestütztes Verfahren der Biografieforschung zur Erhebung empirischer Daten. Mithilfe des PZI sollte theoriegeleitet und gleichzeitig möglichst unvoreingenommene die subjektive Sicht der Pflegeperson erfasst werden. Das PZI begreift die Befragten als Expert_innen ihrer eigenen Situation und zielt ab „auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 2000, S. 1). Damit ist es für eine explorative Studie wie die hier vorgestellte besonders geeignet. Bereits vorhandenes Wissen zum Thema aufseiten der Forschenden wird als Rahmen genutzt, um die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung der Befragten zu erfassen und einzuordnen (vgl. Witzel 2000, S. 1). Das PZI

³²Nähere Erläuterungen zu diesem Instrument finden sich im Punkt ‚Erhebungsinstrumente‘.

untersucht dabei eine für die Befragten gesellschaftlich relevante Problemstellung (Problemzentrierung). Zu diesem Zweck werden verschiedene Instrumente eingesetzt. Zunächst werden über einen Kurzfragebogen soziodemographische Daten sowie ‚Ja‘/‚Nein‘-Auskünfte erfasst, um diese aus der Interviewsituation ausklammern zu können. Für den Interviewverlauf wird ein problemzentrierter, d.h. ein auf die zugrundeliegende Fragestellung fokussierter Leitfaden entwickelt, der das Gespräch strukturiert. Der theoretisch fundierte Leitfaden kann im Sinne der Gegenstandsorientierung anhand der im Fragebogen erhobenen Kategorien und Informationen der Pflegeperson sowie in der Reihenfolge der Fragen der jeweiligen Interviewsituation angepasst werden (vgl. Flick, Kardoff & Steinke 2005, S. 24; Friebertshäuser & Langer 2010, S. 439; Mayring 2002, S. 68; Witzel 2000). Die Interviewer_innen folgen dabei nach einer allgemeinen Einstiegsfrage, die der Zentrierung des Gesprächs dient, der Erzähllogik der interviewten Person und stellen Nachfragen anhand des bisher Erzählten (allgemeinen Sondierungen). Werden bestimmte, im Leitfaden verzeichnete Themenbereiche durch die interviewte Person nicht angesprochen, können diese im Rahmen so genannter ‚Ad-hoc-Fragen‘ zusätzlich ergänzt werden (vgl. Witzel 2000).

Integriert in das PZI wurde in dieser Studie außerdem ein Kartenansatz zur Problemanalyse. Da aufgrund der thematischen Ausrichtung des Gesamtprojektes eine Befragung der Pflegebedürftigen selbst nicht geplant war, war es nicht möglich bei diesen eine direkte Einschätzung oder Diagnose belastender bis traumatischer Erlebnisse in Verbindung mit dem Zweiten Weltkrieg zu erstellen. Auskünfte darüber konnten lediglich durch die Pflegepersonen eingeholt werden. Gleichzeitig fällt es Beische, Hautzinger, Becker & Pfeiffer (2012) zufolge "vielen pflegenden Angehörigen schwer, spontan konkrete Belastungen zu benennen" (S. 377). Um beiden

Herausforderungen zu begegnen wurde, vor dem Hintergrund bereits vorhandenen Wissens und der Problemzentrierung, ein Kartenset entwickelt und als Einstieg in das PZI genutzt. Durch mehrere Zuordnungsabläufe von ‚Themenkarten‘ sollte zum einen ermittelt werden, welche Kriegserlebnisse wie bedeutsam in der Versorgung sind und wie stark diese die Pflege belasten. Zum anderen sollte den Pflegepersonen auf diesem Weg das Benennen konkreter Belastungen erleichtert werden. Eine genaue Beschreibung des Kartensets und wie dieses eingesetzt wurde findet sich im Punkt ‚Erhebungsinstrumente‘.

Für die Fragebogenerhebung wurde eine Stichprobe von 40 oder mehr Personen angestrebt. Interviews sollten mit fünf bis zehn Personen geführt werden. Kurzfragebogen, Fragenheft und Kartenset wurden in einem Pre-Test mit drei pflegenden Angehörigen überprüft und auf dieser Grundlage überarbeitet. Da der im Interview eingesetzte Leitfaden zwar theoriebasiert in der Grundstruktur festgelegt ist, aber für jedes Interview angepasst wird, war ein Pre-Test für dieses Erhebungsinstrument nicht möglich. Abbildung 1 stellt das gesamte Vorgehen schematisch dar.

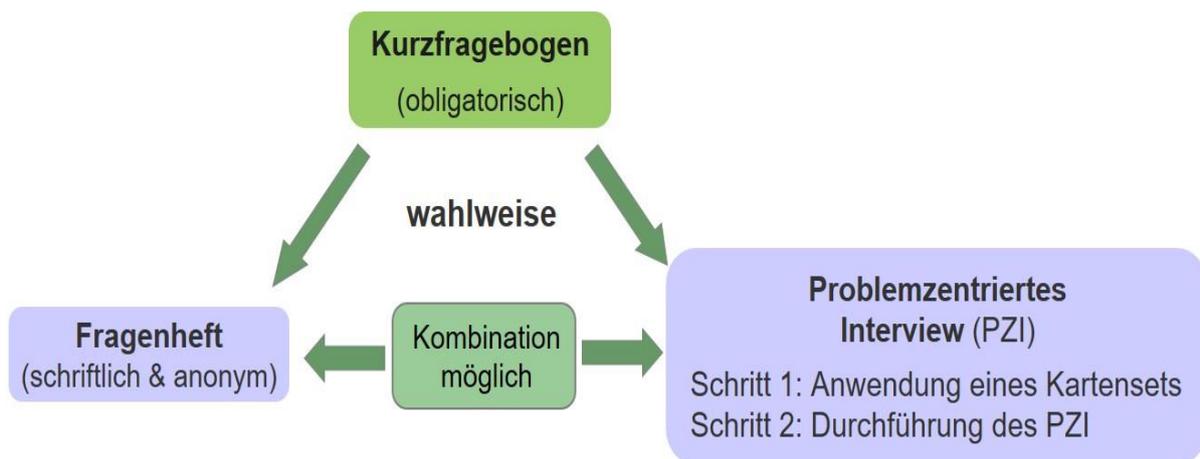


Abbildung 1. Schematische Darstellung des Befragungsvorgehens bei pflegenden Angehörigen

Folgende in Tabelle 5 aufgeführten Teilnahmevoraussetzungen wurden zur Befragung der Pflegepersonen festgelegt:

Tabelle 5

Teilnahmevoraussetzungen Befragung pflegende Angehörige

Pflegesituation	Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs spielen eine Rolle (nach Angabe der Pflegeperson oder von Pflege-/ Betreuungspersonal)
Pflegende_r Angehörige_r	Direkte Unterstützung im Bereich Pflege, Haushalt oder Begleitung
Pflegebedürftige	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege- bzw. unterstützungsbedürftig • 1936 oder früher geboren • Weiblich

Durch die Beschränkung auf die Alterscluster 75+ sollte vor allem sichergestellt werden, dass die Pflegebedürftige den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit als Kind, Jugendliche oder junge Erwachsene bewusst erlebt hat. Über die Konzentration auf weibliche Pflegebedürftige sollte die Anzahl möglicher, später in der Analyse zu beachtender Ursachen für Belastungen oder Traumata reduziert werden. Die Akquise von Teilnehmenden fand von Oktober 2011 bis Februar 2015 statt. Abbildung 2 stellt die verschiedenen Akquisewege überblicksartig dar.

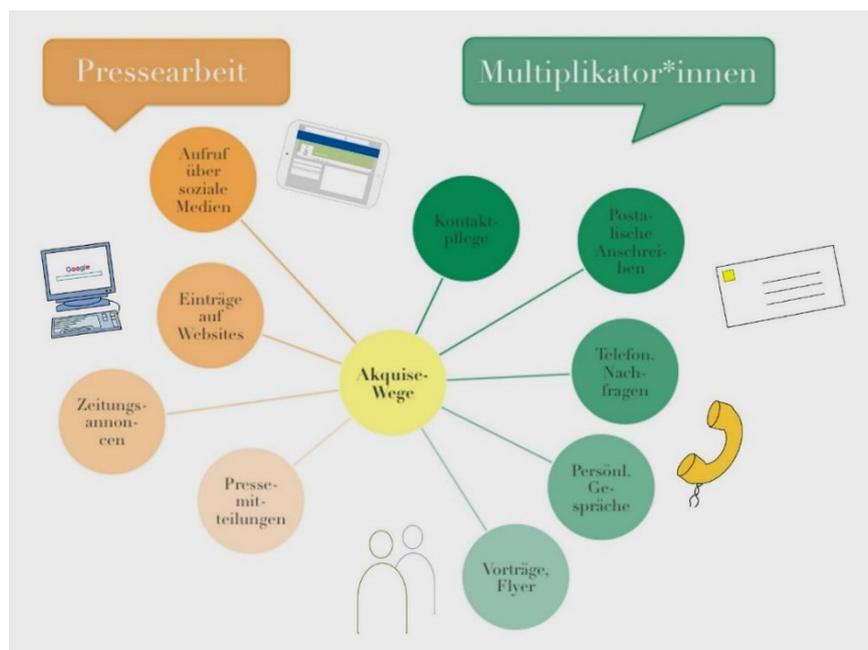


Abbildung 2. Die Wege zur Akquise pflegender Angehöriger

Grob kann in der Akquise zwischen der Ansprache über mediale Kanäle und der persönlichen Ansprache von Multiplikator_innen unterschieden werden. Medial wurden Projektinformationen und Teilnahmeaufrufe in Senior_innenzeitschriften in Köln und Bonn, auf der Website der Universität zu Köln sowie bundesweit in digitalen und Printmedien des Senior_innenbereiches veröffentlicht. Persönlich angesprochen wurden Multiplikator_innen der Altenhilfe und -pflege, Angehörigeninitiativen sowie geriatrische und gerontopsychiatrische Einrichtungen in Köln, Bonn, Düsseldorf und Umgebung. Sie wurden gebeten, ihre Klient_innen über das Projekt und die Möglichkeit zur Teilnahme zu informieren bzw. den Projektflyer an diese weiterzugeben.

Geplant war die Akquise von Teilnehmenden zunächst von Ende 2011 bis etwa Ende 2012 über die Ansprache von Multiplikator_innen, die Auslage des Projektflyers und die Veröffentlichung in einschlägigen Zeitschriften und Websites. Allerdings stellte sich die Rekrutierung von pflegenden Angehörigen trotz der vielfältigen Ansprache als ausgesprochen schwierig heraus, weswegen der Akquisezeitraum bis Anfang 2015 verlängert wurde. Dennoch konnte die für die schriftliche Auskunft angestrebte Stichprobengröße nicht erreicht werden. Obwohl die Teilnehmenden die Bedeutung des Themas und einer Studie wie der vorliegenden betonten, scheinen Barrieren zu bestehen, die Pflegepersonen von einer Teilnahme abhalten. Als allgemeine mögliche Barrieren können die hohe Belastung durch die Pflegesituation allgemein, geringe Zeitressourcen sowie bei demenzkranken Pflegebedürftigen die Notwendigkeit, eine Betreuung für die Befragungszeit zu organisieren, vermutet werden (vgl. Kapitel 3.3). Zudem könnte das Thema der vorliegenden Studie in vielen Familien emotional belastet und belastend sein und somit nicht unbedingt etwas, mit dem sich pflegende Angehörige zusätzlich auseinandersetzen möchten.

Stichprobe. Es wurden insgesamt 21 Personen befragt. In der Regel wurde die

Mutter gepflegt, bei einer Pflegebedürftigen handelte es sich um eine langjährige Bekannte und bei einer Person um die Schwiegermutter. Einen Überblick über die Eigenschaften der Stichprobe und der Pflegesituationen gibt Tabelle 6.

Insgesamt haben sechs pflegende Angehörige selbst den Zweiten Weltkrieg erlebt. Die Pflegebedürftigen haben im Schnitt drei verschiedene belastende bis traumatisierende Kriegserfahrungen gemacht. Die meisten erlebten Bombenangriffe (19 Personen) und Hunger (18 Personen). 16 Personen haben Familienangehörige verloren, neun Personen Flucht und Vertreibung erlebt. Sexualisierte Gewalt haben fünf Personen erlitten. Vier Personen haben Fronterfahrungen³³ gemacht, drei Personen dabei gleichzeitig den Verlust des Vaters, sexualisierte Gewalt und Flucht oder Vertreibung erlebt. Die offene Antwortkategorie ‚Sonstiges‘ wurde von 13 Befragten genutzt. Angegeben wurden hier z. B. Arbeitsdienst und Arbeit im Lazarett, Diskriminierung Vertriebener, Verschleppung und Internierung.

Die meisten Angehörigen unterstützen die Betroffenen im sozialen Bereich, z. B. in der Freizeitgestaltung (18 Personen) und durch die Begleitung bei Arztbesuchen (17 Personen). Viele führen außerdem hauswirtschaftliche Tätigkeiten durch (15 Personen) oder bereiten die Mahlzeiten zu und nehmen diese mit der pflegebedürftigen Person ein (11 Personen). Die Grundversorgung führen sieben Personen durch. Fünf pflegende Angehörige haben die gesetzliche Betreuung übernommen. Zehn Personen werden durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt, die meisten Angehörigen durch weitere Entlastungsangebote (19 Personen). Am häufigsten wurden dabei Unterstützung durch den weiteren Familienkreis oder Medikamentengabe durch

³³Unter Fronterfahrungen wurden hier sowohl der Einsatz an der Front z. B. als Flakhelfer_in oder Krankenschwester, als auch beispielsweise der Kontakt mit der sowjetischen Armee während Flucht oder Vertreibung aus Osteuropa verstanden.

externe Dienste (10 Personen) sowie hauswirtschaftliche Hilfen (7 Personen) in Anspruch genommen.

Tabelle 6

Eigenschaften Stichprobe pflegende Angehörige und familiäre Pflege

	N	n(%)	MW (SD)
Teilnehmende insgesamt/obligatorischer Fragebogen	21		
Frageheft		11(52)	
Interview		7(33)	
Kartenset (im Rahmen des Interviews)		7(33)	
Alter pflegender Angehöriger	21		59(6)
Geschlecht pflegender Angehöriger	21		
Weiblich		15(71)	
Männlich		6(29)	
Dauer Unterstützung (Jahre)	18		6(4)
Wohnsituation Pflegebedürftige	21		
• Gemeinsamer Haushalt (mit Pflegeperson)		5(24)	
• Eigene Wohnung		6(29)	
• Institutionalisierte Unterbringung		3(14)	
• Keine Angabe		7(33)	
Pflegestufe Pflegebedürftiger	21		
1		10(48)	
2		4(19)	
3		2(9)	
Pflegebedürftige dementiell erkrankt	20	11(55)	
Form der Unterstützung	20		
• Grundversorgung		7(35)	
• Gesetzliche Betreuung		5(25)	
• Hauswirtschaftliche Tätigkeiten		15(75)	
• Sozialer Bereich			
Freizeitgestaltung		18(90)	
Mahlzeiten zubereiten und gemeinsam einnehmen		11(55)	
Arztbesuche		17(85)	
Unterstützung durch ambulanten Pflegedienst	19	10 (53)	
Unterstützung durch weitere Entlastungsangebote (Familie, hauswirtschaftliche Unterstützung, Entlastungsangebote Demenz)	19	19(100)	

Anmerkungen. Da nicht alle Befragten zu jedem Item Auskunft gegeben haben, unterscheidet sich zum Teil die Stichprobengröße.

Erhebungsinstrumente.

Der Kurzfragebogen. Der verwendete Fragebogen wurde ebenfalls anhand der gängigen Vorgaben zur Fragebogengestaltung (vgl. Diekmann 2005, S. 4010-416;

Porst 2011) sowie den wissenschaftlichen Kriterien der Testgüte (vgl. Bortz & Döring 2005, S. 107) erstellt. Er wurde im Multiple-Choice-Design konzipiert und durch offene Antwortkategorien ergänzt, wobei der Fragenverlauf von allgemein zu spezifisch verlief. Eine strukturierte Aufstellung der wesentlichen inhaltlichen Items und der jeweiligen Antwortmöglichkeiten bietet Tabelle 7. Erfragt wurden zunächst demografische Daten wie Alter, Geschlecht und Beziehung zur Pflegebedürftigen (Item: "Die Person, die ich pflege/unterstütze ist meine...", Antwortkategorien: Mutter, Großmutter, Ehefrau/Lebenspartnerin, Freundin) sowie die Dauer der Pflegesituation und Art des Haushalts (gemeinsam/getrennt). Danach konnte angegeben werden, ob eine und wenn ja welche Pflegeeinstufung vorliegt, ob eine Demenz bei der Pflegebedürftigen diagnostiziert wurde sowie ob und inwiefern externe Unterstützung stattfindet (z. B. durch einen ambulanten Pflegedienst oder weitere Entlastungsangebote). Zusätzlich wurde erhoben, auf welche Weise die Pflegebedürftige durch die Angehörigen unterstützt wird (z. B. Grundversorgung, Unterstützung bei Mahlzeiten, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Arztbesuche, gesetzliche Betreuung, Freizeitgestaltung).

Im Folgenden waren die Pflegepersonen aufgefordert einzuschätzen als wie bereichernd, aber auch als wie belastend sie die Pflegesituation allgemein erleben. Auch die empfundene persönliche Belastung sollte bereits an dieser Stelle benannt werden. Zu diesem Zweck wurden zwei Skalen aus dem Erhebungsinstrument ‚Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung Demenz – Praxisversion PURFAM (BIZA-D-PV/PURFAM)‘ verwendet (vgl. Heidenblut, Schacke & Zank 2013, S. 434). Das ‚Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung Demenz (BIZA-D)‘ wurde als Instrument zur Erfassung von objektiven und subjektiven Belastungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz in der LEANDER-Studie entwickelt und statistisch überprüft (vgl. Zank & Schacke 2009). Ursprünglich bestand das Instrument aus insgesamt 88

Items, die in verschiedene mehrdimensionale Skalen aufgeteilt waren. Im Rahmen des Projektes ‚Potentiale und Risiken in der familialen Pflege (PURFAM)‘ wurde eine Kurzversion zusammengestellt, die die "Selbsteinschätzung des pflegenden Angehörigen bezüglich seines Belastungsgrades in relevanten Aspekten der Pflegesituation" (Heidenblut, Schacke & Zank 2013, S. 433) ermöglichen sollte. Das BIZA-D-Praxisversion-PURFAM (BIZA-D-PV-PURFAM) besteht aus fünf verschiedenen Skalen, wobei die Skalen A (Persönliche Einschränkungen), B (Mangelnde soziale Unterstützung) und C (Akzeptieren der Situation) in jeder Pflegesituation ausgefüllt werden können. Die Skalen D (Belastung durch kognitive Einbußen) und E (Belastung durch Aggressivität und Verwirrtheit) sind lediglich für Versorgungssituationen demenziell erkrankter Menschen geeignet, da sie sich explizit auf Symptome dieses Erkrankungsbildes beziehen (vgl. Heidenblut, Schacke & Zank 2013, S. 433). Entsprechend beschränkte sich die Skalenauswahl für den Kurzfragebogen auf die Skalen A bis C. Da im Rahmen der vorliegenden Studie die externe Unterstützung bereits vorher erfragt wurde und insbesondere das subjektive Belastungsempfinden der Pflegepersonen erhoben werden sollte, wurden, in Rücksprache mit Heidenblut und Zank, lediglich die Skalen A und C mit insgesamt neun Items zur Verwendung ausgewählt. Dabei wurden im Rahmen der Skala zur persönlichen Einschränkung (Skala A) Gedanken und Gefühle der Angehörigen in Bezug auf die Pflegesituation erfragt. Skala C (Akzeptieren der Situation) bot den Pflegepersonen die Möglichkeit, ihre Sichtweise auf die Pflegesituation anzugeben. Beide Skalen beinhalten eine fünfstufige Antwortoption. Aus den Antworten wird für jede Skala eine Summenscore gebildet, der den jeweiligen ‚Risikostatus‘ ermittelt. Skala A ermöglicht die Einschätzung des Risikostatus zu Depressivität, über Skala C lässt sich der Belastungsgrad ermitteln (vgl. Bonillo et al. 2013, S. 68-71, 116).

Am Ende des Fragebogens wurden im Sinne der Spezifizierung Fragen zu Kriegserlebnissen gestellt. Zunächst wurden die pflegenden Angehörigen gebeten anzugeben, ob sie selbst den Zweiten Weltkrieg erlebt haben. Darauffolgend konnte angegeben werden, welche Erfahrungen die Pflegebedürftigen im Zweiten Weltkrieg gemacht haben. Die Pflegeperson konnte dabei im Multiple-Choice-Verfahren aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen oder unter dem Punkt ‚Sonstiges‘ eigene Angaben machen. Abschließend wurden die Pflegepersonen gebeten einzuschätzen, wie belastet sie selbst bzw. die Pflegesituation durch die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen sind. Bei der Konstruktion der spezifizierten Belastungsskalen wurde das fünfstufige Antwortformat des BIZA-D-PV-PURFAM beibehalten, um das Skalenschema für die Teilnehmenden beständig zu gestalten – auch auf die Gefahr hin, dass die ‚Mittelkategorie‘ (hier: 2 = mäßig) als ‚Fluchtkategorie‘ genutzt wird (Porst 2011, S. 81).³⁴ Zudem wurden die Antwortskalen, ebenfalls orientiert an den Skalen des BIZA-D-PV-PURFAM, als verbalisierte Skalen gestaltet, um das Ausfüllen zu erleichtern (Porst 2011, S. 78). Die Alternative zur ‚verbalisierten Skala‘ wäre die ‚endpunktbenannte Skala‘, bei der lediglich die negativste Ausprägung (z. B. ‚stimme überhaupt nicht zu‘) und die positivste Ausprägung (‚stimme voll und ganz zu‘) benannt werden, aber dennoch mehrere mögliche Markierungsfelder zwischen diesen Punkten angeboten werden. Porst (2011) beschreibt, dass die ‚verbalisierte Skala‘ durch die Benennung jedes Items zwar das Ausfüllen erleichtert, da die Befragten weniger Interpretationsleistung erbringen müssen. Gleichzeitig sei es aber eine Herausforderung, wirklich passende Bezeichnungen für die einzelnen Ausprägungen zu

³⁴Eine nähere Erläuterung des Phänomens der ‚Fluchtkategorie‘ findet sich im weiteren Verlauf dieser Arbeit unter dem Punkt ‚Datenerhebung – Das Kartenset‘.

finden, was mit steigender Anzahl der Ausprägungen immer schwieriger wird. Der Nachteil der ‚endpunktbenannten Skala‘ hingegen bestehe darin, dass die Interpretation der einzelnen Ausprägungen – abgesehen von den beiden Extremen – bei den Ausfüllenden liege, was dem Ziel einer standardisierten Befragung eher abträglich sei (S. 79-80).

Auch die hier standardisiert erhobenen Auskünfte konnten durch ausführlichere Antworten auf offene Fragekategorien ergänzt werden (Items: ‚Wenn Sie oben angegeben haben, durch die Kriegserlebnisse Ihrer Angehörigen belastet zu sein, beschreiben Sie bitte, was Sie als besonders belastend empfinden‘; ‚Wenn Sie oben angegeben haben, dass Ihre Pflege/Unterstützungssituation durch die Kriegserlebnisse ihrer Angehörigen erschwert wird, beschreiben Sie bitte außerdem, wie die Pflege/Unterstützung konkret erschwert wird‘).

Am Ende des Fragebogens wurden die Möglichkeiten zur weiteren Teilnahme am Forschungsprojekt erläutert. So war es möglich, das beiliegende Fragenheft anonym auszufüllen und gemeinsam mit dem Fragebogen zurückzusenden. War die Pflegeperson bereit zu einem Interview, konnte sie auf dem Fragebogen ihre Kontaktdaten angeben und um weitere Kontaktaufnahme bitten.

Tabelle 7

Übersicht Fragebogen-Items zur Befragung pflegender Angehöriger

Item	Antwortmöglichkeit
Wenn Sie insgesamt an die Pflege-/Unterstützungssituation denken, als wie bereichernd empfinden Sie diese?	0 gar nicht, 1 ein wenig, 2 mäßig, 3 deutlich, 4 stark
Und als wie belastend empfinden Sie diese?	
Skalen BIZA-D-PV-PURFAM	
Skala A (Persönliche Einschränkung)	
Haben Sie das Gefühl	
<ul style="list-style-type: none"> dass Sie zu wenig Rückzugsmöglichkeiten haben? dass Sie zu wenig Zeit für Hobbies/Interessen haben? 	0 nie, 1 selten, 2 manchmal, 3 oft, 4 immer

Item	Antwortmöglichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • dass Sie sich zu wenig um Ihre Gesundheit kümmern können? • dass Sie zu wenig Zeit für Aktivitäten mit anderen haben? • dass Sie zu wenige Dinge für sich selbst erledigen können? 	
Skala C (Akzeptieren der Situation)	
Wenn Sie an die Pflegesituation denken	
<ul style="list-style-type: none"> • bemerken Sie, dass Sie gelernt haben, mit der Situation zu leben • akzeptieren Sie, dass die Situation nun mal so ist und dass man es nicht ändern kann • bemerken Sie, dass Sie sich an den Gedanken gewöhnt haben, dass es so gekommen ist • können Sie die Situation, so wie sie jetzt ist, als Realität akzeptieren 	0 nie, 1 selten, 2 manchmal, 3 oft, 4 immer
Haben Sie selbst die Kriegsjahre bzw. die Nachkriegszeit erlebt?	Ja Nein
Wenn Sie wissen, welche belastenden Kriegserfahrungen Ihre Angehörige aufgrund des Zweiten Weltkriegs gemacht hat, möchten wir Sie bitten, diese im Folgenden anzugeben (sollten mehrere Antworten zutreffen, kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Punkte an).	Flucht oder Vertreibung, Bombenangriffe, Fronterfahrung, Sexualisierte Gewalt/Vergewaltigung, Verlust des Vaters, Verlust der Mutter, Verlust anderer Familienmitglieder (Geschwister, Großeltern usw.), Hunger, Sonstiges
Was würden Sie sagen, wie stark belasten die Kriegserlebnisse der Pflege-/Unterstützungsbedürftige Sie insgesamt?	0 gar nicht, 1 ein wenig, 2 mäßig, 3 deutlich, 4 stark
Und wie stark erschweren diese Kriegserlebnisse die Pflege/Unterstützungssituation (z. B. durch bestimmte Verhaltensweisen, Abwehr von Pflege aus diesem Grund o.Ä.)?	

Das Fragenheft. Die Fragen des Fragenheftes wurden im Sinne einer ‚Problemzentrierung‘ fokussiert auf die Themen ‚Kriegserlebnisse‘ und ‚Pflege-/Unterstützungssituation‘ formuliert. Gleichzeitig wurden sie so offen gestaltet, dass sie zu umfangreichen, individuellen Erzählungen anregen können (vgl. Witzel 2000).

Das Fragenheft zur schriftlichen Auskunft enthält vor allem offene Fragen, die durch einige Multiple-Choice-Anteile ergänzt werden. Hier gibt Tabelle 8 einen

zusammenfassenden Überblick. Um einen allgemeinen Einstieg zu bieten wurden die Pflegepersonen zunächst gebeten zu erläutern, wie es zur aktuellen Pflegesituation gekommen sei. Darauffolgend wurde erfragt, unter welchen Umständen die Pflegebedürftigen den Zweiten Weltkrieg erlebt hätten. Um zu erfahren, ob der Zweite Weltkrieg in der Vergangenheit eine Rolle in der Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen gespielt hat oder dies heute der Fall ist, wurde erfragt, ob vor der Pflegesituation über die Kriegserlebnisse gesprochen wurde bzw. aktuell darüber gesprochen wird. Außerdem wurde die Pflegeperson gebeten anzugeben, ob sich die Kriegserlebnisse auf die Pflegesituation auswirken und wenn ja, in welcher Form. Anschließend wurde die Einschätzung der Pflegeperson erhoben, ob und inwiefern sich die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_in auf ihre eigene Biografie ausgewirkt hat. Um die Befragung positiv abzuschließen wurde die Pflegeperson zuletzt gebeten anzugeben, ob sie etwas an der Pflegesituation als besonders bereichernd oder berührend empfindet und diesen Punkt näher zu beschreiben.

Tabelle 8

Übersicht Fragenheft-Items zur Befragung pflegender Angehöriger

Item	Antwortmöglichkeit
Wenn Sie wissen, wo und unter welchen Umständen Ihre Angehörige den Krieg verbracht hat, möchten wir Sie bitten, dies zu erzählen.	Offen
Wenn Sie an die Zeit vor der Pflege-/Unterstützungssituation zurückdenken, haben Sie und Ihre Angehörige über deren Kriegs-/Nachkriegserlebnisse gesprochen?	Ja Nein
Wenn ja, unter welchen Umständen haben Sie über die Erlebnisse Ihrer Angehörigen gesprochen (z. B. ausgelöst durch ein bestimmtes Erlebnis oder Ähnliches)?	Offen
Sprechen Sie und Ihre Angehörige aktuell über deren Kriegs/Nachkriegserlebnisse?	Ja Nein
Haben Sie den Eindruck, dass die Erlebnisse Ihrer Angehörige aktuell vermehrt Thema sind (z. B. indem sie vermehrt darüber spricht oder Ähnliches)?	Ja Nein
Wenn ja, wie äußert sich diese vermehrte Thematisierung?	Offen

Item	Antwortmöglichkeit
Haben Sie den Eindruck, dass die Kriegserlebnisse Ihrer Angehörigen die Pflege und Unterstützung beeinflussen (z. B. durch bestimmte Verhaltensweisen, Äußerungen o.Ä.)?	Ja Nein
Wenn ja, wie äußert sich dieser Einfluss in Ihrer konkreten Pflege-/Unterstützungssituation?	Offen
Würden Sie sagen, dass die Kriegserfahrungen der Pflegebedürftigen Ihr Leben beeinflusst haben? Und wenn ja, können Sie beschreiben, auf welche Art Ihr Leben beeinflusst wurde?	Offen
Wenn Sie ganz allgemein an die Pflege/Unterstützung Ihrer Angehörigen denken, gibt es etwas, das Sie als besonders berührend und/oder bereichernd an dieser Situation empfinden?	Offen

Das Kartenset. Methodisch angelehnt an Beische, Hautzinger, Becker & Pfeiffer (2012) sowie Kurylo, Elliott & Shewchuk (2001) wurde ein Kartenset aus 28 Karten entwickelt. Jede Karte beschreibt dabei ein Symptom, einen Gefühlsausdruck oder eine Verhaltensweise, die sich als Folge von Prägungen, Belastungen und Traumatisierungen im Rahmen des Zweiten Weltkrieges zeigen können, z.B.: ‚Meine Angehörige reagiert stark auf Kriegsbilder im Fernsehen‘, ‚Meine Angehörige kann Nähe nicht gut aushalten‘, ‚Meine Angehörige ist hart zu sich selbst‘ (vgl. Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler 2008, S. 585-586; Noll-Hussong et al. 2012, S. 404, 406). Zwar kann an dieser Stelle diskutiert werden, inwiefern die Karten zu einer Präformierung der Antworten der Interviewten führen. Allerdings scheint diese mögliche Verzerrung hinnehmbar, wenn man – vor dem Hintergrund der oben genannten Äußerung von Beische, Hautzinger, Becker & Pfeiffer (2012) – den positiven Unterstützungseffekt der Karten bei der Benennung von Belastungen berücksichtigt. Zudem wurden im Laufe des Zuordnungsprozesses Blancokarten zur Verfügung gestellt, auf denen eigene Punkte verzeichnet werden konnten.

Die Karten wurden inhaltlichen Themenclustern zugeordnet, um die themenzentrierte Auswertung zu erleichtern. In Tabelle 9 werden die inhaltlichen Cluster und

die zugehörigen Kartenitems zusammenfassend dargestellt. Einige Karten wurden auf Basis der ‚Depression im Alter-Skala (DIA-S)‘ (vgl. Heidenblut & Zank 2010) entworfen, um eine grobe Einschätzung zu Depressionstendenzen der Pflegebedürftigen zu entwickeln und diese als Indikator für die Belastung der pflegenden Angehörigen zu nutzen. Die DIA-S besteht aus 10 Items und wurde als leicht verständliche Alternative zu in der Geriatrie gängigen Instrumenten zur Depressionsdiagnose entwickelt. Sie basiert auf den Kriterien zur Depressionsdiagnose des ICD-10 (vgl. Heidenblut & Zank 2014, S.42).³⁵ Die Skala stellt geringe Anforderungen an Untersuchende und Patient_innen, nimmt vergleichsweise wenig Zeit für Durchführung und Auswertung in Anspruch und wird in den Ergebnissen nur wenig durch den Erhebungskontext beeinflusst (vgl. Heidenblut & Zank 2010, S. 174-175). Die Skala hat eine theoretische Ausprägung von 0 (keine Symptomatik) bis 10 (maximale Symptomatik), wobei jede ‚Ja‘-Antwort mit einem Punkt gewertet wird, jede ‚Nein‘-Antwort hingegen keinen Punkt ergibt. Nach der Skalenanwendung wird die Gesamtpunktzahl errechnet, aus dieser kann eine Depressionstendenz erschlossen werden (0-2 Punkte: unauffällige Stimmung, ab 3 Punkten: Depressionsverdacht, ab 4 Punkten: eine Depression von Krankheitswert ist wahrscheinlich) (vgl. Heidenblut und Zank 2010).

³⁵Bei der DIA-S handelt es sich um ein Instrument zur Selbsteinschätzung. Es wurden in Abstimmung mit Heidenblut die Items der DIA-S ausgewählt und umformuliert, die auch für Fremdeinschätzung verwendet werden können. Dabei wurden sechs der insgesamt zehn DIA-S-Items im Kartenset verwendet. Die angepassten Items lauteten: ‚Meine Angehörige wirkt bedrückt‘; ‚Meiner Angehörigen fällt es schwer, sich aufzuraffen‘; ‚Meine Angehörige kann sich gut entspannen‘; ‚Meine Angehörige hat Angst vor der Zukunft‘; ‚Meine Angehörige ist durch Schwierigkeiten leicht überfordert‘; ‚Das Leben kommt meiner Angehörigen sinnlos vor‘ (vgl. Heidenblut & Zank o.A.).

Tabelle 9

Übersicht inhaltliche Cluster und Zuordnung der Kartenset-Items

Cluster	Items
Allgemein	Meine Angehörige spricht über den Krieg.
Spezifische Verhaltensweisen	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Angehörige achtet sehr darauf, dass keine Lebensmittel weggeworfen werden. • Meine Angehörige möchte am liebsten alles selbstständig erledigen. • Meine Angehörige ist hart gegen sich selbst. • Meine Angehörige leidet unter dem Gefühl, abhängig zu sein.
Psychische Veränderungen	
Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Leben kommt meiner Angehörigen sinnlos vor. • Meine Angehörige kann sich gut entspannen. • Meiner Angehörigen fällt es schwer, sich aufzuraffen. • Meine Angehörige wirkt bedrückt. • Meine Angehörige hat Angst vor der Zukunft. • Meine Angehörige ist durch Schwierigkeiten leicht überfordert.
Ängste	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Angehörige hat vor vielen Dingen Angst. • Meine Angehörige macht sich ständig Sorgen.
Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Angehörige kann Nähe nicht gut aushalten. • Meine Angehörige kann es nicht lange ohne mich aushalten.
PTBS	
Intrusionen	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Angehörige hat Alpträume. • Meine Angehörige kann sich selbst nicht ablenken, wenn sie sich an belastende Erfahrungen erinnert.
Konstriktion/Vermeidung	Meine Angehörige vermeidet bestimmte Situationen, weil sie sie an Kriegserlebnisse erinnern.
Chronische Übererregung	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Angehörige ist nervös. • Meine Angehörige schläft schlecht. • Meine Angehörige ist leicht reizbar. • Meine Angehörige ist schreckhaft.

Cluster	Items
	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Angehörige fühlt sich leicht bedroht. • Meine Angehörige ist misstrauisch. Meine Angehörige ist aggressiv.
Trauma-Reaktivierung/Re-Traumatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Angehörige reagiert stark auf Kriegsbilder im Fernsehen. • Meine Angehörige reagiert stark auf Fluglärm. • Meine Angehörige lehnt Männer in der Pflege ab.

Der Interviewleitfaden zum Problemzentrierten Interview (PZI). Die Fragen des hier verwendeten Leitfadens wurden vor dem in Kapitel 2 geschilderten theoretischen Hintergrund entwickelt und beziehen sich auf verschiedene Bereiche, die durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen beeinflusst sein können. Dazu gehören die Bereiche Verhalten, Beziehung, Kommunikation und Einfluss auf die Biografie der Pflegepersonen. Hatte die Pflegeperson bereits im Kurzfragebogen angegeben, sich persönlich durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen belastet zu fühlen, wurde dies detaillierter erfragt. Hatte die Pflegeperson im Kurzfragebogen beschrieben, dass die Pflege durch die Erlebnisse der Pflegebedürftigen erschwert werde, erfragte wurde dies ebenfalls genauer erfragt. Tabelle 10 stellt die verschiedenen Bereiche und entsprechende Beispielitems des Leitfadens strukturiert dar. Auch das Interview wurde mit der Frage abgeschlossen, was die Pflegeperson an der Pflegesituation als besonders bereichernd oder berührend empfindet. Eine vollständige Darstellung der Befragungssitems bietet der Leitfaden im Anhang dieser Arbeit.

Tabelle 10

Interviewleitfaden – inhaltliche Bereiche und Beispiel-Items

Inhaltlicher Bereich	Beispielitem
Verhalten	War Ihre Angehörige früher hart zu sich selbst oder hat sie Rücksicht auf sich selbst genommen?

Inhaltlicher Bereich	Beispielitem
Beziehung	Gab es Situationen in denen Sie Ihre Angehörige als einfühlsam oder liebevoll erlebt haben? Wie zeigte sich das?
Kommunikation	Wie war das früher in Ihrer Familie – wurde generell miteinander ‚geredet‘?
Einfluss der Kriegserlebnisse auf die Biografie der pflegenden Angehörigen	Würden Sie sagen, dass die Kriegserfahrungen der Pflegebedürftigen Ihr Leben beeinflusst haben? Wie zeigt sich dies?
Persönliche Belastung durch Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen vorhanden	Sie haben im Kurzfragebogen beschrieben, dass Sie sich durch die Kriegserlebnisse Ihrer Angehörigen belastet fühlen. Wie äußert sich diese Belastung konkret?
Pflege wird durch Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen erschwert	Sie haben im Kurzfragebogen beschrieben, dass Ihre Pflegesituation durch die Kriegserlebnisse Ihrer Angehörigen beeinflusst wird. Ich möchte Sie bitten, mir noch einmal genauer zu erzählen, wie die Pflege erschwert wird.

Datenerhebung.

Die Erhebung mithilfe des Kurzfragebogens und des Fragenheftes. Kurzfragebogen und Fragenheft wurden gemeinsam mit einem frankierten Rückumschlag an diejenigen pflegenden Angehörigen postalisch versendet oder persönlich übergeben, die sich bereit erklärt hatten, an der Studie teilzunehmen. In der Regel nahm die Pflegeperson Kontakt zu mir auf, nachdem sie durch Veröffentlichungen, Flyer oder Information durch Multiplikator_innen auf das Forschungsprojekt aufmerksam wurde. Wie bereits erwähnt konnten die pflegenden Angehörigen nach Ausfüllen des Fragebogens entscheiden, ob sie für weitere Auskünfte zur Verfügung stehen. Wollten sie schriftlich und anonym ausführlicher Auskunft geben, waren sie aufgefordert, das beiliegende Fragenheft auszufüllen. In diesem Fall sollten Fragebogen und Fragenheft im Anschluss im frankierten Rückumschlag an die Universität zu Köln zurückgeschickt werden. Entschieden sich die Pflegepersonen für eine Interviewauskunft, mussten sie lediglich ihre Kontaktdaten angeben und den Kurzfragebogen zurücksenden. Sobald der Fragebogen einging, wurden die Teilnehmenden von mir kontaktiert, um einen Interviewtermin zu vereinbaren.

Die Interviewerhebung. Stimmten die Teilnehmenden einem Interview zu, wurde ein individueller Termin vereinbart. Vier der sieben Interviews wurden bei den Interviewten Zuhause durchgeführt, eines bei mir Zuhause und zwei in den Räumen der Universität zu Köln. Alle Interviews wurden von Beginn an mithilfe eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Das Interview war in zwei Phasen geteilt. Als Einstieg diente das oben beschriebene Kartenset. Das Interview bzw. die Verwendung des Kartensets wurden folgendermaßen eingeleitet:

Sie wissen ja, dass ich mich für Unterstützungssituationen von Menschen interessiere, die den Zweiten Weltkrieg erlebt haben. Mich interessiert dabei nicht nur, wie es den Zeitzeuginnen geht, sondern auch, wie Sie als pflegende/unterstützende Angehörige die Situation empfinden. Um Ihre konkrete Situation näher kennenzulernen, habe ich als Einstieg eine kleine Kartensammlung mitgebracht. Im Anschluss werden wir dann in das eigentliche Interview einsteigen. Im Verlauf unseres Gesprächs werde ich mir Notizen als Gedankenstütze machen.

Während der Anwendung des Kartensets wurde jeder Schritt angekündigt und vor der Durchführung erklärt. Die Karten wurden in drei Durchgängen nach Vorkommen, Belastungsgrad für die Pflegeperson und Belastungsgrad für die Pflege sortiert. Am Ende jedes Schrittes wurden die Pflegepersonen aufgefordert, ihre Zuordnung noch einmal zu betrachten und zu entscheiden, ob sie etwas verändern möchten. War die Zuordnung abgeschlossen, wurde jede Zuordnung von mir fotografisch dokumentiert.

Alle Zuordnungen fanden anhand eines vierstufigen Schemas statt. Ein auf vier Stufen beschränktes Verfahren wurde gewählt, um einerseits den Pflegepersonen eine mehrstufige Zuordnungsskala anzubieten, andererseits aber die Anwendung in

der Befragungssituation möglichst praktikabel zu gestalten. Zudem wurde eine gerade Anzahl an Zuordnungselementen gewählt, um auszuschließen, dass die ‚Mittelkategorie‘ – als solche wird von befragten Personen häufig das in der Mitte liegende Item (also bei einer fünfstufigen Skala z. B. die ‚3‘) interpretiert – als ‚Fluchtkategorie‘ genutzt wird. Porst (2011) beschreibt, dass dieses Phänomen häufig auftritt, weil Befragte sich nicht eindeutig für eine ‚Richtung‘ entscheiden können oder möglichst schnell zur nächsten Frage gelangen wollen (S. 81).

Im ersten Durchgang wurden von den Pflegepersonen diejenigen Karten ausgewählt, die auf die eigene Pflegesituation zutrafen, und gestaffelt nach vier Häufigkeitsabstufungen (nie bis häufig) zugeordnet (vgl. Abbildung 3). Fehlten den pflegenden Angehörigen Themen, die in ihrer individuellen Situation bedeutsam waren, hatten sie am Ende dieses Durchgangs die Möglichkeit, zusätzlich Blankokarten auszufüllen und zuzuordnen. Nach Abschluss des ersten Zuordnungsdurchgangs wurden die Karten, die ‚manchmal‘ und ‚häufig‘ zugeordnet wurden, für die weiteren Durchgänge aufgenommen; der Rest wurde beiseitegelegt. So sollte bei den folgenden Belastungseinschätzungen der Fokus auf die Punkte gelenkt werden, die im häuslichen Alltag häufiger auftreten und so möglicherweise besonderen Einfluss ausüben.

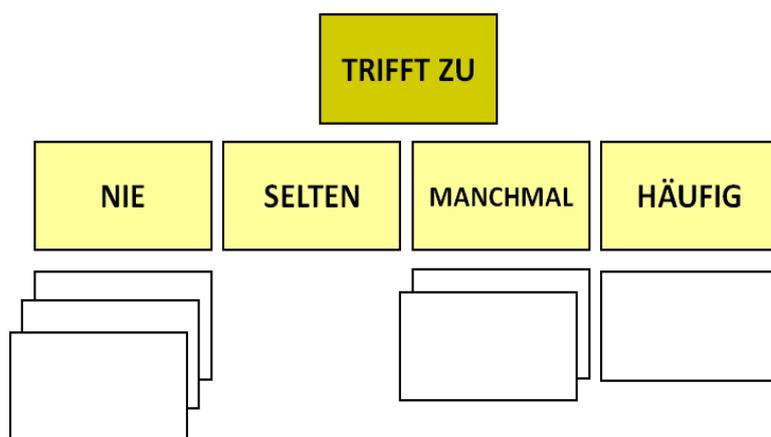


Abbildung 3. Kartenset – Erhebungsschritt 1: Erhebung der Vorkommenshäufigkeit

In den folgenden Zuordnungsdurchgängen wurden die Karten ebenfalls vierstufig je nach persönlichem Belastungsempfinden bzw. nach Belastung der Pflege (gar nicht bis sehr) sortiert (vgl. Abbildungen 4 und 5).

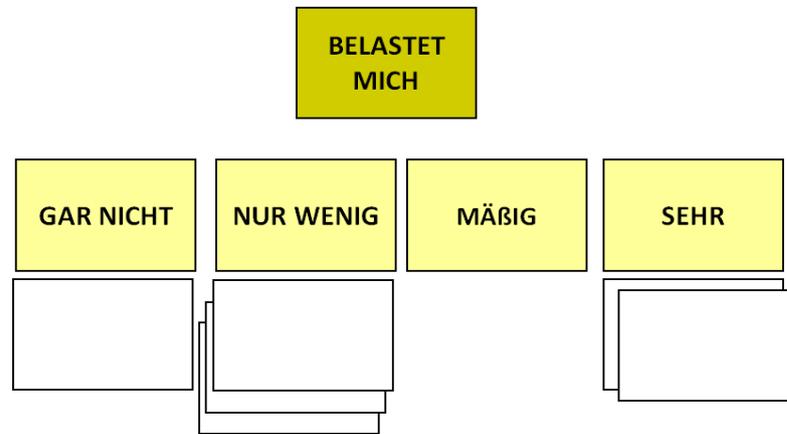


Abbildung 4. Kartenset – Erhebungsschritt 2: Erhebung der persönlichen Belastung der Pflegeperson

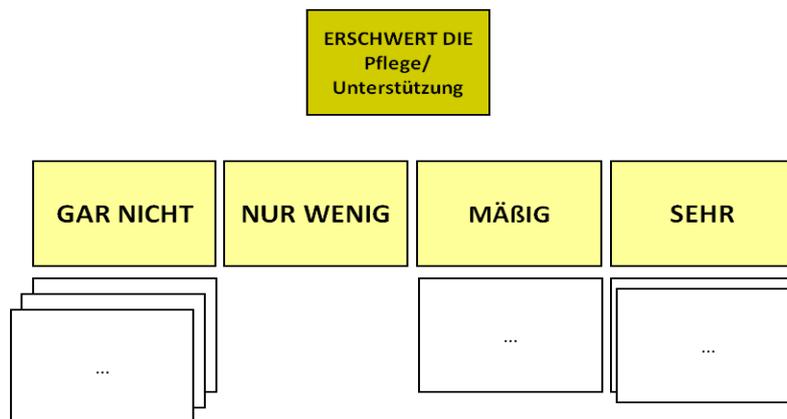


Abbildung 5. Kartenset – Erhebungsschritt 3: Erhebung der Erschwernis der Pflegesituation

Nach Abschluss des Kartensets wurde durch eine Überleitung das PZI angekündigt: „Vielen Dank bis hierher. Dann steigen wir jetzt in das eigentliche Interview ein“. Eingeleitet wurde das PZI folgendermaßen:

Ich habe einige Fragen bzw. einige Ihrer Angaben aus dem Kurzfragebogen als Gedankenstütze für mich vorbereitet. Es geht dabei aber nicht darum, diese Fragen ‚abzuhaken‘, sondern durch Ihre Erzählungen Ihre konkrete

Unterstützungssituation so genau wie möglich kennenzulernen. Nehmen Sie sich also für Ihre Antworten so viel Zeit, wie Sie brauchen.

Das Interview begann im Sinne des PZI immer mit derselben ‚allgemeinen‘ Einleitungsfrage: „Zunächst möchte ich gerne Näheres über Ihre Pflege- bzw. Unterstützungssituation erfahren. Deshalb möchte ich Sie bitten, zu beschreiben, wie es zu ‚Ihrer‘ Pflege- bzw. Unterstützungssituation gekommen ist.“

Während der Beantwortung dieser Frage wurden eventuell auftauchende thematisch interessante Punkte oder Fragen bereits notiert. Je nach Interviewsituation und thematischer Themensetzung wurden die Fragen des Leitfadens der Erzähllogik der interviewten Person angepasst. Wenn notwendig wurden Nachfragen zum Erzählten durchgeführt (allgemeine Sondierung) und nicht angesprochene, aber im Leitfaden verzeichnete Punkte angesprochen (Ad-hoc-Fragen).

Abgeschlossen wurde das Interview folgendermaßen: „Ganz herzlichen Dank. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, das Sie gerne erzählen möchten oder das Ihnen noch zu dem Thema am Herzen liegt?“.

Unmittelbar nach den Interviewterminen wurden ‚Memos‘ im Sinne des PZI erstellt, die Anmerkungen zur Interviewatmosphäre, nonverbalen Äußerungen, prominenten Themensetzungen und Erlebnissen oder Dingen, die mir an mir selbst oder meinen Interviewpartner_innen aufgefallen waren, dokumentierten. An den darauffolgenden Tagen transkribierte ich das jeweilige Interview vollständig mithilfe der Software *f4*, wobei ich gleichzeitig die Anonymisierung der Daten vornahm. Ich habe mich mit meinen Transkriptionsregeln vor allem an den von Hoffman-Riem vorgeschlagenen Regeln³⁶ orientiert. Dabei wurden lediglich Ausdrücke in Dialekt ins

³⁶Vgl. Die Texte o. A.

Hochdeutsche übersetzt (z. B. ‚dat‘ in ‚das‘) ansonsten aber wörtlich transkribiert, wobei auch non- und paraverbale Äußerungen aufgenommen wurden. Während der Transkription entstanden weitere Memos mit Ideen, Themen, ersten Deutungen und Dingen, an die ich mich beim Anhören des Interviews erinnerte oder die mir auffielen.

Datenauswertung.

Die Auswertung des Kurzfragebogens. Die Angaben aus dem Fragebogen wurden mithilfe der Analysesoftware SPSS (22) deskriptiv-statistisch analysiert. Vorbereitend wurde die Logik der Fehlwerte analysiert und diese, wenn möglich, ersetzt. Außerdem wurde das Datenset bereinigt (z. B. die Angaben zu männlichen Pflegebedürftigen ausgeschlossen). Ebenso wie in der Analyse des Fragebogens für die professionelle Pflege wurde die Häufigkeit der Antworten und bei den entsprechenden Skalen der Mittelwert berechnet. Zudem wurden Zusammenhangsberechnungen mithilfe mehrdimensionaler Kontingenztabellen erstellt bzw. Korrelationsberechnungen durchgeführt, um eventuelle Zusammenhänge zwischen den Daten sichtbar zu machen. Methodologisch scheint dieses Vorgehen bei dem geringen Stichprobenumfang zwar nur bedingt angemessen. Da sich aber statistisch äußerst bedeutsame Zusammenhänge in den Daten zeigten, scheinen diese, mit der Einschränkung, dass es sich aufgrund des explorativen Designs lediglich um erste Einschätzungen handelt, berichtenswert. Für die Interpretation dieser Zusammenhänge gilt dabei aufgrund des explorativen Studiendesigns das oben formulierte Postulat der umsichtigen Interpretation. Auch für den Fragebogen pflegender Angehöriger wurden die offenen Antwortkategorien manuell in Wordtabellen eingetragen und deskriptiv ausgewertet.

Die Auswertung des Fragenheftes. Die Antworten aus den Fragenheften wurden vollständig transkribiert (da sie meist handschriftlich waren) und im Anschluss – nach Fragen geordnet – manuell in Word-Tabellen übertragen. Ausgewertet wurden die

Antworten durch einen händischen deskriptiven Vergleich. Transkripte und eine nach Fragen geordnete Aufstellungen der Antworten befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

Die Auswertung des Kartensets. Um strukturierte Aussagen zu den Angaben der einzelnen Pflegepersonen machen zu können, wurden die fotografisch festgehaltenen Kartenzuordnungen zunächst für jede_n Befragte_n manuell in eine Word-Tabelle eingetragen. Die auf den Einzelfall bezogenen Ergebnisse wurden deskriptiv aus diesen Tabellen erschlossen. Um fallübergreifende Häufigkeiten effektiv zu ermitteln wurden die Einzelangaben anschließend zusätzlich in das Statistikprogramm SPSS (22) eingespeist.

Die Zuordnungen der auf Basis der DIA-S entwickelten Karten wurden in eine dem DIAS-Auswertungsschema entsprechenden Word-Tabelle eingespeist. Im Anschluss wurde nach dem vorgegebenen Auswertungsvorgehen ein Score ermittelt, der dahingehend interpretiert wurde, inwiefern depressive Tendenzen bei der Pflegebedürftigen möglicherweise ein Thema sein können.

Die Interviewauswertung.

Auswertung mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse (QIA). Die Interviewauswertung fand zunächst mithilfe der QIA nach Mayring (2010) bzw. Kuckartz (2014) statt. Die QIA wurde als Auswertungsmethode gewählt, da sich mit ihrer Hilfe größere Mengen von Gesprächsdaten ökonomisch analysieren lassen. Gleichzeitig ist der Ansatz ein qualitativer, d.h. die Inhaltsanalyse nutzt eine systematische Technik „ohne in vor-schnelle Quantifizierungen abzurutschen“ (Mayring 2002, S. 114). Zudem besteht die Möglichkeit, die Untersuchungsfrage im Laufe des Forschungsprozesses zu verändern und zu präzisieren: „neue Aspekte können sich in den Vordergrund schieben und unerwartete Zusammenhänge können entdeckt werden“ (Kuckartz 2014, S. 51).

Durch diese Offenheit und Flexibilität ist die QIA für explorative Untersuchungen wie die hier vorgestellte Studie besonders geeignet.

Im Rahmen der QIA wird das kommunikatives Material (z. B. Interviewtranskripte) systematisch schrittweise analysiert. Das Verfahren wird dabei an den konkreten Forschungsgegenstand bzw. das vorliegende Material und die jeweilige Untersuchungsfrage angepasst (vgl. Mayring 2010, S. 49). Im Zentrum steht ein Kategoriensystem, in dem die Kategorien regelgeleitet je nach Verfahren vorab theoriebasiert festgelegt (deduktive Kategorien) oder direkt aus dem Material heraus entwickelt werden (induktive Kategorien) (vgl. Mayring 2010, S. 66). Auch Mischformen dieser beiden Vorgehensweisen sind möglich (vgl. Kuckartz 2014, S. 62, 69).

Für die vorliegende Untersuchung wurde eine inhaltlich-strukturierende Analyse gewählt. Ziel des Vorgehens ist es, alle Textbestandteile, die in Zusammenhang mit den Forschungsfragen stehen, systematisch aus dem Datenmaterial zu filtern und zu analysieren (vgl. Mayring 2010, S. 98). Zunächst wurde ein inhaltsanalytisches Ablaufmodell erstellt, das die Analyse in einzelne Interpretationsschritte zerlegt und sie so nachvollziehbar und „intersubjektiv überprüfbar“ (Mayring 2010, S. 59) macht. Hier wird auch das genaue Vorgehen während des Kodierungsprozesses beschrieben. Das inhaltsanalytische Ablaufmodell für diese Untersuchung befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Für die inhaltlich-strukturierende QIA wurden sowohl theoriebasierte deduktive Kategorien verwendet als auch induktive Kategorien aus dem Material heraus entwickelt. Zu diesem Zweck wurde das gesamte Interviewmaterial mehrfach komplett durchgearbeitet. Die deduktiven Hauptkategorien wurden dabei auf Basis des Interviewleitfadens erstellt. Diese Kategorien wurden, wenn notwendig, im Laufe des Zuordnungsprozesses in induktive Subkategorien konkretisiert und ausdifferenziert.

Gleichzeitig ergaben sich beim Durcharbeiten des Materials neue, induktive Hauptkategorien, die ebenfalls in das Kategoriensystem aufgenommen und im Fortschreiten des Kodierens ausdifferenziert wurden. Dabei wurden auch Kategorien, die nur auf einzelne Fälle zutrafen, im Kategoriensystem behalten, um diese später als *Themenschwerpunkte* für die Hermeneutische Analyse nach Schulze (2003) nutzen zu können. Tabelle 11 stellt die zentralen deduktiven wie induktiven Kategorien dar. Eine detailliertere Übersicht über die Categoriesysteme und genauere Beschreibung der einzelnen Kategorien bieten die Kodierleitfäden im Anhang dieser Arbeit.

Das gesamte Datenmaterial wurde mithilfe der Software *MAXQDA* kategorial zugeordnet und kategorienbasiert ausgewertet. Dabei wurden fallübergreifend die Häufigkeiten von Haupt- und Subkategorien analysiert und die Merkmale der einzelnen Kategorien festgehalten (vgl. Kuckartz 2014, S. 94-95). Z. B. kam innerhalb der Hauptkategorie ‚Persönliche Belastung‘ die Subkategorie ‚Belastet durch Verhalten der Pflegebedürftigen‘ am häufigsten vor. Innerhalb dieser Subkategorie beschrieben die pflegenden Angehörigen z. B. die Merkmale Überforderung, Ängstlichkeit, Misstrauen und mangelnde Selbstsorge der Pflegebedürftigen als belastend. Abschließend wurden die Ergebnisse in Richtung der Forschungsfrage interpretiert.

Tabelle 11

Übersicht über die wesentlichen Kategorien der QIA

Kategorie	Definition
Deduktive Kategorien	
Werte Pflegebedürftige (PB)	Angabe von für die PB emotional bedeutsamen Werten z. B. Ehrlichkeit, Zähigkeit usw.

Kategorie	Definition
<p>Erfahrungen PB Kriegs-/Nachkriegszeit</p> <p>Subkategorien (z. T. induktiv gebildet): Rassistismus/Ausgrenzung, Verschleppung, sexuelle Übergriffe, Bombardierung, Gefangenschaft, Hunger, Lazarettarbeit, Verlust von Angehörigen, Flucht/Vertreibung</p>	<p>Angabe, welche Erlebnisse PB im Krieg und der Nachkriegszeit hatte</p>
<p>Psychische Reaktion PB</p>	<p>Psychische Reaktion von PB auf Stresssituationen</p>
<p>Persönliche Belastung</p> <p>Subkategorien (z. T. induktiv gebildet): Kommunikationsstrukturen, Beziehungsstrukturen, Verhaltensstrukturen, Emotionalität, Psychische Störungen/Suchtproblematik, Schlechter Schlaf/Alpträume, Äußere Strukturen/Orga., Abschied/Loslassen</p>	<p>Angabe, wodurch pflegende Angehörige (PA) sich explizit persönlich belastet fühlen</p>
<p>Belastung Pflege</p> <p>Subkategorien (z. T. induktiv gebildet): Kommunikationsstrukturen, Beziehungsstrukturen, Verhaltensstrukturen, Emotionalität, Psychische Störungen/ Suchtproblematik, Schlechter Schlaf/ Alpträume, Äußere Strukturen/Orga., Abschied/Loslassen</p>	<p>Angabe, wodurch PA die Pflege explizit als belastet empfinden</p>
<p>Bedürfnisverhalten/Selbstsorge (früher und heute)</p> <p>Subkategorien (alle induktiv gebildet): hohe Selbstsorge, ambivalent, niedrige bis keine Selbstsorge</p>	<p>Angabe, wie das Bedürfnisverhalten bzw. die Selbstsorge der PB früher aussah und heute aussieht</p>
<p>Umgang mit Umfeld früher</p> <p>Subkategorien (alle induktiv gebildet): Die Selbstlose, die Egozentrische, die Liebevoll/Einfühlsame, die Gefühlskalte, die Harte</p>	<p>Angabe, wie PA die PB früher im Umgang mit dem Umfeld erlebt haben</p>
<p>Einfluss Biografie</p> <p>Subkategorien (z. T. induktiv gebildet): Werte, Heimat/Wurzellosigkeit, positiv, Beziehungsstrukturen, Kommunikationsstrukturen, Verhaltensweisen, Emotionalität, Psychische Störungen/Suchtproblematik</p>	<p>Angabe ob und wie die PA einen Einfluss der eigenen Biografie durch die Kriegserlebnisse der PB empfinden</p>

Kategorie	Definition
Induktive Kategorien	
Pflegemotivation	
Subkategorien: Sehnsucht nach Anerkennung/Liebe, Dankbarkeit, (lebenslanges) Verantwortungsgefühl, Emotionales Verschuldet-sein, einziges Kind (vor Ort), einzige Tochter, Generationenschuld, Sonstiges	Direkte oder indirekte Angabe, welcher innerer Antrieb bei PA zur Übernahme der Pflege geführt hat
Beziehung Mutter Tochter	Angabe von pflegenden Töchtern, wie die Beziehung zur pflegebedürftigen Mutter früher oder/und heute empfunden wird
Subkategorien: Positive Anteile, ambivalent, problematisch	
Persönliche Ressourcen	Angabe persönlicher Ressourcen im Sinne von Einstellungen oder Tätigkeiten, die PA stärken
Selbstdarstellung pflegende Angehörige	
Subkategorien: Die nicht-Betroffene, die Retterin, die Aufopferungsvolle, die Starke, die Verständnisvolle, die Reflektierte	Selbstpräsentation der PA im Rahmen der Interviewsituation durch Sprache, Gestus, Mimik, Habitus
Rollentausch Mutter-Kind	Es wird bewusst oder unbewusst ein Rollentausch zwischen PA und PB vollzogen

Hermeneutische Auswertung exemplarischer Einzelfälle nach Schulze (2003).

Um einen tieferen Einblick in die Spezifika der Pflegesituationen, ihre Bedingungen und deren subjektive Ausdeutung zu geben, wurden exemplarisch Einzelfälle mithilfe des hermeneutischen Verfahrens nach Schulze (2003) ausgewertet. Ausgewählt für die Darstellung wurden die Fälle nach dem in der qualitativen Forschung gängigen Prinzip der maximalen Kontrastierung. Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit „die Varianz im Untersuchungsfeld“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, S. 181) bzw. „das Feld möglicher Erfahrungs- und Verarbeitungsspielräume in seiner Breite“ (Humrich 2009, S. 149) zu erschließen. Als Grundlage der Kontrastierung wurden die subjektiv empfundene Belastung der Befragten bzw. der Pflegesituation sowie die Stärke des

individuell empfundenen Einflusses der Erlebnisse der Zeitzeug_in auf die Lebensgeschichte der Pflegeperson genutzt. Auf diesem Weg sollten Unterschiede wie auch – angesichts der Differenzen dann besonders aufschlussreiche – mögliche Gemeinsamkeiten der Fälle ausgelotet werden.

Das Vorgehen nach Schulze (2003) verortet sich in einer „bildungstheoretisch orientierten Biographieforschung“ (S. 324), die die individuellen und gesellschaftlichen Erfahrungen des Subjektes und deren Verarbeitung in „lebensgeschichtlichen Äußerungen“ (S. 324) untersucht. Schulze betont zudem, die individuelle Lebensgeschichte sei „immer auch Teil einer kollektiven Geschichte und der Geschichte der Menschheit insgesamt“ (S. 326) in der Art, dass die Individuen geteilte bzw. gemeinsame Erfahrungen ausdrücken, verarbeiten, deuten und weitergeben (vgl. S. 327). Insofern scheint das Auswertungs- und Interpretationsvorgehen besonders geeignet für ein Thema zu sein, das die Frage nach den möglichen Auswirkungen zeitgeschichtlicher Ereignisse auf individuelle Biografien stellt.

Schulze zufolge legt es die methodische Interpretation autobiographischer Texte³⁷ vor allem darauf an, „etwas zum Vorschein zu bringen, das zwar im Text enthalten ist, aber nicht ohne besondere Aufmerksamkeit und Anstrengung erkannt wird“ (S. 331). Er schlägt die im folgenden dargestellten Interpretationsschritte vor, um das ‚Potential‘ autobiografischer Texte – hier verstanden als Aufladung der eigenen Biografie mit Bedeutung durch das Subjekt – zu erschließen (vgl. S. 332). Dieses Vorgehen fand auch in der exemplarischen Auswertung für diese Arbeit Anwendung.

³⁷Unter ‚autobiografische Texten‘ werden hier vor allem Lebensbeschreibungen und Autobiografien sowie die Verschriftlichung biografischer Interviews verstanden (vgl. Schulze 2003, S. 328). Zu den biografischen Interviews können auch die im Rahmen dieser Arbeit geführten problemzentrierten Interviews gezählt werden (vgl. Hopf 2005, S. 353).

Zunächst wird der Text in Abschnitte oder Segmente gegliedert. Die einzelnen Segmente werden dabei durch die Nennung unterschiedlicher Probleme, Themen oder einer bestimmten Lebensphase definiert (vgl. S. 332). In der vorliegenden Arbeit wurde die im Rahmen der QIA bereits durchgeführte Strukturierung des Interviewmaterials in Kategorien als Segmentierung in diesem Sinne verstanden und genutzt. Da induktive Hauptkategorien sowie Ausdifferenzierungen der deduktiven und induktiven Kategorien aus dem Material heraus entwickelt wurden, scheint dieses Vorgehen angemessen. Als nächsten Schritt beschreibt Schulze die Gliederung und Lokalisierung der Lebensgeschichte, wobei aus Angaben des biographischen Textes und eventuell weiteren Informationen eine Art *Lebenslauf in Stichpunkten* erstellt wird. Dies geschah anhand der Interviewtranskripte sowie der zugehörigen Memos. In einem dritten Schritt wird eine Liste mit thematischen Schwerpunkten und *Schlüsselstellen* erstellt. Unter thematischen Schwerpunkten versteht Schulze Themen, Personen, Probleme oder Interessen, die wiederholt angesprochen oder an einer Stelle ausführlicher besprochen werden. In der vorliegenden Arbeit wurden die für die QIA erstellten deduktiven und induktiven Kategorien der jeweiligen Interviews als Grundlage der ‚thematische Schwerpunkte‘ verstanden. Ausgewählt wurden die Kategorien, die in konkreter Verbindung mit den Forschungsfragen standen (Persönliche Belastung und Belastung der Pflege durch Kriegserlebnisse der Zeitzeug_in, Einfluss auf die Biografie) sowie diejenigen, die zusätzlich im jeweiligen Interview besonders häufig kodiert wurden. Als Schlüsselstellen bezeichnet Schulze verdichtete Stellen im Text, an denen Erzählstränge zusammenlaufen, der Erzählfluss stockt, Rechtfertigung oder Detaillierung notwendig scheint oder auch wiederkehrende Wendungen, die wie ein Motto der Erzählung erscheinen. Darüber hinaus können Schlüsselstellen auch kritische Ereignisse oder biographische Wendepunkte sein (vgl. S. 332, 333). Um diese

zu lokalisieren wurden die Interviewtranskripte sowie die zugehörigen Memos erneut durchgegangen und die Schlüsselstellen pro Interview zusammengestellt. Sowohl Themenschwerpunkte als auch Schlüsselstellen wurden für jeden einzelnen Fall zusammengestellt, um von den Interviewpartner_innen wiederholt präsentierte Themen- und Relevanzsetzungen als Ausgangspunkte der Interpretation zu nutzen. Die jeweilige Gewichtung der Themen sowie die korrespondierenden Schlüsselstellen stehen im Zentrum dieser Auswertung. So sollen individuelle Sinn- und Bedeutungszuschreibungen innerhalb der ausgewählten Fälle sowie Unterschiede oder eventuelle Übereinstimmungen zwischen den Fällen in den betreffenden Interviews ‚zum Vorschein gebracht‘ werden. Die Lebensläufe in Stichpunkten, eine detaillierte Zusammenstellung der thematischen Schwerpunkte sowie der Schlüsselstellen für das jeweilige Interview befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

Ergebnisse. Orientiert an den oben formulierten Forschungsfragen für die familiäre Versorgung von Zeitzeug_innen werden im Folgenden die Befragungsergebnisse präsentiert. Zur Erinnerung seien die Forschungsfragen noch einmal wiederholt:

1. Fühlen sich pflegende Angehörige in der Pflegesituation speziell durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen persönlich belastet?
2. Empfinden sie die Pflegesituation als durch die Erlebnisse der Zeitzeug_innen belastet?
3. Haben die Pflegenden den Eindruck, dass die Kriegserlebnisse Einfluss auf ihre Biografie hatten und die Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftiger beeinflusst haben?

Ergebnisse der Fragebogenauswertung. Da im Rahmen der Fragebogenerhebung keine Daten zum Einfluss der Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen auf die

Biografie der pflegenden Angehörigen erhoben wurden, bleibt diese Frage hier ausgespart. Eine strukturierte und detailliertere Übersicht der Ergebnisse gibt Tabelle 12.

Die persönliche Belastung pflegender Angehöriger durch die Pflegesituation allgemein. Alle pflegenden Angehörigen gaben an, sich in irgendeiner Form durch die Pflegesituation belastet zu fühlen. Etwa die Hälfte der Angehörigen empfand die Pflege und Unterstützung insgesamt eher als belastend denn als bereichernd. Interessanterweise wiesen die meisten Befragten in der BIZAD-PV/PURFAM-Skala zur Erhebung der individuellen Belastung (Skala C – Akzeptieren der Situation) einen eher geringen bis mäßigen Wert auf, drei Personen zeigten einen hohen und lediglich eine Person einen extremen Wert. Lediglich für die letztgenannten vier Personen scheint also das Risiko der persönlichen Belastung hoch bis extrem zu sein.

Die Auswertung der BIZAD-PV/PURFAM-Skala ‚Persönliche Einschränkungen‘ (Skala A) ergab, dass die Pflegepersonen sich insgesamt mäßig persönlich eingeschränkt fühlen. Knapp ein Drittel gibt aber an, sich persönlich stark eingeschränkt zu fühlen. Für diese Personen könnte tendenziell ein höheres Depressionsrisiko bestehen. Die Skala zur empfundenen Bereicherung durch die Pflegesituation ergab, dass neun Personen die Unterstützung der Pflegebedürftigen als eher bereichernd empfinden.

Tendenziell statistisch bedeutsame Zusammenhänge scheinen sich zwischen der empfundenen allgemeinen Belastung durch die Pflege und verschiedenen Eigenschaften der Stichprobe abzuzeichnen. So konnte ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen einer Demenzdiagnose bei den Pflegebedürftigen und dem Belastungsgrad der pflegenden Angehörigen festgestellt werden. Die Belastung der Pflegepersonen scheint also mit steigendem Demenzgrad bei den Zeitzeug_innen zu sinken. Weiterhin zeigten sich Hinweise auf signifikante Zusammenhänge mit

verschiedenen Formen von Kriegserlebnissen der Pflegebedürftigen. So wiesen Fronterfahrungen und der Verlust des Vaters im Krieg bei den Pflegebedürftigen einen bedeutsamen bis sehr bedeutsamen Zusammenhang mit einem hohen Gesamtscore für die pflegenden Angehörigen in der Skala ‚Persönliche Einschränkungen‘ auf. Kein statistischer Effekt scheint zwischen den eigenen Kriegserlebnissen der pflegenden Angehörigen und ihrem allgemeinen Belastungsgrad in Bezug auf die Pflegesituation zu bestehen.

Die persönliche Belastung pflegender Angehöriger und die Erschwernis der Pflege durch die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen. Von den Befragten fühlen sich 13 Personen persönlich durch die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen belastet, sieben davon ‚deutlich‘ oder ‚stark‘. Acht Personen geben an, sich gar nicht persönlich belastet zu fühlen. Elf der befragten Personen empfinden die Pflege als erschwert durch die Erlebnisse der Pflegebedürftigen, sechs davon deutlich oder stark. Neun Personen geben keine solche Belastung an. Wenig überraschend zeichnet sich dabei ein statistisch hoch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der empfundenen persönlichen Belastung durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen und der Erschwernis der Pflege durch diesen Punkt ab. Als besonders belastend werden Angst, Abwehrverhalten, Schweigen und Tabus (v.a. in Bezug auf die eigene NS-Vergangenheit) sowie Misstrauen oder eine negative Grundhaltung der Pflegebedürftigen genannt. Zudem scheinen sich besonders diejenigen pflegenden Angehörigen persönlich und in der Pflege belastet zu fühlen, die eine Zeitzeug_in mit Erfahrungen sexualisierter Kriegsgewalt versorgen. Auch die in der offenen Kategorie ‚Sonstiges‘ angegebenen Kriegserlebnisse (z. B. Verschleppung, Internierung, Zwangsarbeit, Verlust des ersten Kindes auf der Flucht oder Arbeit als Krankenschwester im Lazarett)

zeigen hier einen äußerst hohen statistischen Zusammenhang mit der persönlichen Belastung der Pflegepersonen sowie der Erschwernis der Pflege.

Wie bei der allgemeinen Belastung scheinen auch bei der Belastung durch die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen Fronterfahrungen und der Verlust des Vaters eine Rolle zu spielen. Darüber hinaus scheint diese Verlusterfahrung auch bedeutsam für die empfundene Pflegeerschwernis zu sein. Interessanterweise zeigte sich weder für die persönliche Belastung noch für die Erschwernis der Pflege ein Zusammenhang mit dem Verlust der Mutter der Zeitzeug_innen. Auch zwischen den Kriegserlebnissen der pflegenden Angehörigen und der persönlichen Belastung bzw. der Erschwernis der Pflege durch die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen traten – ebenso wie bei der Frage nach der allgemeinen Belastung – keine statistischen Zusammenhänge auf.

Besonders interessant ist der offenbar fehlende statistische Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst und der empfundenen persönlichen Belastung sowie der Erschwernis der Pflege. Es scheint also in dieser Stichprobe keine bedeutende Entlastung im Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen der Zeitzeug_innen durch externe Pflegeangebote zu entstehen. Allerdings haben lediglich vier der zehn Personen, die einen ambulanten Pflegedienst nutzten angegeben, eine persönliche Belastung oder Erschwernis der Pflege zu empfinden.

Tabelle 12

Quantitative Ergebnisse Kurzfragebogen PA

Deskriptive Ergebnisse	N	n (%)
Persönliche Belastung PA durch die Pflegesituation allgemein		
Unterstützung allgemein insgesamt eher belastend	19	11(58)
Unterstützung allgemein insgesamt eher bereichernd	19	9(47)

Deskriptive Ergebnisse	N	n (%)		
Belastungsgrad PA (Skala C BIZA-D-PV-PURFAM)	20			
• Gering		7(35)		
• Mäßig		9(45)		
• Hoch		3(15)		
• Extrem		1(5)		
Persönliche Einschränkung PA (Skala A BIZA-D-PV-PURFAM)	19			
• Gering		5(26)		
• Mäßig		7(37)		
• Hoch		7(37)		
• Extrem		0(0)		
Persönliche Belastung PA und Erschwernis der Pflege durch Kriegserlebnisse PB				
Wie stark persönlich belastet durch Kriegserlebnisse PB	21			
• Gar nicht		8(38)		
• Ein wenig		4(19)		
• Mäßig		2(9)		
• Deutlich		4(19)		
• Stark		3(14)		
Wie sehr Pflege erschwert durch Kriegserlebnisse PB	19			
• Gar nicht		9(47)		
• Ein wenig		3(16)		
• Mäßig		1(5)		
• Deutlich		4(21)		
• Stark		2(10)		
Ergebnisse der statistischen Zusammenhangesberechnungen	n	Somers D	Signifikanz (näherungsw.)	
Demenzdiagnose PB und Belastungsgrad PA	20	-.490	.026	
Kriegserlebnisse PB und Persönliche Einschränkung PA				
Fronterfahrungen	20	.429	.029	
Verlust des Vaters		.533	.005	
Kriegserlebnisse PA und Persönliche Einschränkung PA	21	-.320	.136	
Pers. Belastung durch Kriegserlebnisse PB und Erschwernis der Pflege durch Kriegserlebnisse PB	19	.744	<.001	
Kriegserlebnisse PB und persönliche Belastung durch Kriegserlebnisse PB				
• Sexualisierte Kriegsgewalt		.52	.002	
• Fronterfahrungen	21	.393	.026	
• Verlust des Vaters		.496	.006	
• ‚Sonstiges‘		.415	.006	

Ergebnisse der statistischen Zusammenhangesberechnungen	n	Somers D	Signifikanz (näherungsw.)
Kriegserlebnisse PB und Erschwernis der Pflege durch Kriegserlebnisse PB			
• Sexualisierte Kriegsgewalt		.605	.003
• Verlust des Vaters	19	.451	.028
• ‚Sonstiges‘		.555	<.001
Unterstützung durch ambulanten Pflegedienst und			
Pers. Belastung durch Kriegserlebnisse PB	10	-.026	.897
Erschwernis der Pflege durch Kriegserlebnisse PB		-.081	.722

Ergebnisse des Fragenheftes. Für viele pflegende Angehörige war eine Erkrankung oder der Tod der vorherigen Pflegeperson der Zeitzeug_in der Grund, die Versorgung zu übernehmen. Dabei leben die meisten Angehörigen in der Nähe der zu pflegenden Person, aber nicht in einem Haushalt mit ihr.

Bei den meisten Personen hatte der Zweite Weltkrieg bereits eine Rolle in der Interaktion vor dem Entstehen der Pflegesituation gespielt. Einige Angehörige berichteten, dass die Zeitzeug_innen z. B. ängstlich waren oder auf bestimmte Geräusche wie Sirenen oder Flugzeugmotoren stark reagierten und dies selbst mit Kriegserlebnissen erklärten. Ein Angehöriger erwähnt positive Einflüsse wie die Fähigkeit aufgrund von Mangelserlebnissen „auch an kleinen Sachen Freude [zu] haben“ (Code 153). Dies habe die Mutter in die Kindererziehung eingebracht. Aktuell war der Krieg nach Angabe der pflegenden Angehörigen lediglich in fünf Fällen relevant. Zwei Personen gaben an, die Pflegebedürftige spreche mehr über das früher Erlebte bzw. träume vermehrt davon. Die Fälle, in denen der Krieg vor der Pflege und aktuell eine Rolle gespielt hat, waren nicht deckungsgleich. Es ist also möglich, dass in einigen Konstellationen das Thema erst durch die Pflege relevant geworden, in anderen Fällen aber mit der Versorgungssituation verschwunden ist.

Auf die Frage, ob sich die Kriegserlebnisse auf die Pflegesituation auswirken und wenn ja, in welcher Form, antworteten vier Personen bejahend oder gaben uneindeutige Antworten. Eine Angehörige gab an, ihre Mutter leide unter Angstzuständen, die auch auf die Kriegserlebnisse zurückzuführen seien und nehme deshalb vermehrt Beruhigungsmittel ein, was wiederum den Versorgungsaufwand erhöhe. Auch Schreckhaftigkeit sowie ‚alles aufessen‘ oder extreme Selbstlosigkeit – und eine dadurch entstehende Ungeduld aufseiten der Pflegeperson – wurden als Einflussfaktoren genannt.

Sechs Personen beschrieben, dass die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_in sich auf ihre eigene Biografie ausgewirkt haben, meist in indirekter Form. Beispielsweise nannte eine pflegende Tochter die Gefühlskälte der Eltern, die sie auf die Kombination der nationalsozialistischen Erziehung und der Kriegserlebnisse zurückführt und unter der sie sehr gelitten habe, als bedeutsam für ihre eigene Biografie. Einige Pflegepersonen beschreiben den Einfluss der Kriegserlebnisse der Zeitzeug_in auch als positiv. So wurden Hilfsbereitschaft und wertschätzender sowie kritischer Umgang mit ‚Luxusgütern‘ als aus dem Krieg resultierende und tradierte Haltung genannt. Eine pflegende Tochter beschrieb den Überlebenswillen, das Durchhaltevermögen, die Stärke und Ungebrochenheit ihrer Mutter als wesentlichen Einfluss. Eine Person beschrieb, sie sei von den Eltern immer wieder „an karge Kriegsjahre“ (Code 66) erinnert worden, Sparsamkeit habe im Vordergrund gestanden. Eine andere Pflegeperson verneinte eine direkte Beeinflussung, betonte aber, dass sie, wie auch die Mutter, keine abgeschlossenen Türen möge³⁸ und bei Sirenenklang an die Erzählungen ihrer

³⁸Die Zeitzeug_in wurde während des Krieges von ihrer Mutter eingeschlossen, wenn diese die Wohnung verließ und konnte so häufig bei Bombenalarm nicht in den Luftschutzkeller fliehen, was ihr große Angst gemacht hat (vgl. Code 58).

Mutter denke. Zudem spielte das Thema Ängstlichkeit in dieser Pflegesituation eine besondere Rolle: die Angehörige beschrieb hier, ihre Mutter leide seit längerem unter Angstzuständen (Angst vor Stürzen und davor die Wohnung zu verlassen), die vermutlich auf deren Kriegserlebnisse zurückzuführen seien. Dies habe dazu geführt, dass sie häufig Beruhigungstabletten einnehme, was wiederum die Pflegesituation für den unterstützenden Pflegedienst und sie selbst erschwere.

Sieben Personen beschrieben die Pflegesituation auf verschiedene Weise als berührend oder bereichernd. So wurden Dankbarkeit (für die Geduld der Mutter, aber auch dafür, in einer Zeit ohne Krieg ausgewachsen zu sein) und ein inniges Vertrauensverhältnis bzw. die neuerliche Annäherung nach vielen Jahren genannt. Eine Angehörige beschreibt eine Ambivalenz in diesem berührenden Vertrauen: Ihre Mutter gebe sich in ihre Hände, das sei ein großer Vertrauensbeweis, aber auch „eine Bürde“ (Code 169). Gleichzeitig sei in der Nähe ihrer Mutter immer „stressfreie Zone“ (Code 169), alles sei stabil.

Interviewergebnisse.

Ergebnisse des Kartensets. Insgesamt wurden im ersten Zuordnungsdurchgang des Kartensets vor allem Karten als zutreffend ausgewählt, die auf spezifische Verhaltensweisen verwiesen. Auch mögliche Symptome der Übererregung und Ängste wurden oft als zutreffend ausgewählt. Seltener, aber immer noch von mehr als der Hälfte der Befragten als relevant angegeben wurden Intrusions-Symptome sowie Symptome der Trauma-Reaktivierung. Extrem waren die Angaben zur Ablehnung von Männern in der Pflege. Hier wurde meist ‚nie‘ oder ‚häufig‘ angegeben. Zwei der Pflegebedürftigen, deren Angehörige die Angabe ‚häufig‘ machten, hatten dabei sexualisierte Kriegsgewalt erlebt.

Die schnelle Überforderung der Pflegebedürftigen sowie deren ‚Bedrückt-Sein‘ waren die Punkte, die im Rahmen der DIA-S-Karten besonders häufig ausgewählt wurden. Werden die DIA-S-Karten im Sinne der ursprünglichen Skalenanalyse ausgewertet, könnte man bei drei befragten Pflegebedürftigen das Risiko einer hohen bis sehr hohen depressiven Symptomatik feststellen. Drei weitere Personen zeigen in diesem Sinne das Risiko zu einer mäßigen bis geringen Symptomatik.

Die Ergebnisse zur persönlichen Belastung und zur Erschwernis der Pflege (zweiter und dritter Zuordnungsdurchgang) werden im Folgenden sowohl in der Angabe der Häufigkeit als auch der Intensität präsentiert. Insgesamt war die Einschätzung, dass die Pflegebedürftigen es nicht lange ohne die pflegenden Angehörigen aushalten können diejenige die bei allen Befragten am häufigsten vorkam, am häufigsten und gleichzeitig als am stärksten persönlich belastend beschrieben wurde und am häufigsten als belastend für die Pflege benannt wurde.

Dabei empfanden die Personen, die dieses Item als häufig vorkommend, persönlich belastend und/oder erschwerend für die Pflege angegeben haben, auch eine hohe Belastung durch die Pflegesituation allgemein. Weiterhin am häufigsten als persönlich belastend wurden Items angegeben, die den inhaltlichen Clustern ‚Psychische Veränderungen‘ und ‚Spezifischen Verhaltensweisen‘ zugeordnet sind. Mit als stärkste Belastung wurde dabei das ‚Bedrückt-Sein‘ der Pflegebedürftigen benannt. Zudem wurde das ‚Bedrückt-Sein‘ der Pflegebedürftigen, gemeinsam mit ‚Reizbarkeit‘ auch am häufigsten als erschwerend für die Pflege angegeben. Als stärkste Pflegeerschwerernis wurde die Härte der Pflegebedürftigen gegen sich selbst, deren Misstrauen und das Gefühl der Bedrohung, das die pflegenden Angehörigen bei ihnen wahrnahmen, beschrieben. Die Ablehnung von Männern in der Pflege wurde innerhalb dieser Stichprobe weder als persönlich belastend noch als erschwerend für die

Pflege beurteilt. Im Rahmen der Interviews wurde im Gegenteil hierfür eher Verständnis geäußert. Tabelle 13 bietet einen strukturierten Überblick über die Ergebnisse des Kartensets.

Tabelle 13

Ergebnisse Kartenset

1. Zuordnungsdurchgang: Vorkommenshäufigkeit (N=7)	n(%)
Spezifische Verhaltensweisen	
Meine Angehörige achtet sehr darauf, dass keine Lebensmittel weggeworfen werden.	
Nie	1(14)
Häufig	6(86)
Meine Angehörige möchte am liebsten alles selbstständig erledigen.	
Selten	1(14)
Häufig	6(86)
Meine Angehörige ist hart gegen sich selbst.	
• Nie	1(14)
• Selten	1(14)
• Manchmal	2(29)
• Häufig	3(43)
PTBS	
Chronische Übererregung	
Meine Angehörige ist nervös.	
• Selten	1(14)
• Manchmal	1(14)
• Häufig	5(71)
Meine Angehörige schläft schlecht.	
• Nie	1(14)
• Selten	1(14)
• Manchmal	4(57)
• Häufig	1(14)
Meine Angehörige ist leicht reizbar.	
• Nie	1(14)
• Selten	1(14)
• Manchmal	4(57)
• Häufig	1(14)
Psychische Veränderungen	
Ängste	
Meine Angehörige macht sich ständig Sorgen	
• Selten	1(14)
• Manchmal	2(29)
• Häufig	4(57)

1. Zuordnungsdurchgang: Vorkommenshäufigkeit (N=7)	n(%)
Psychische Veränderungen	
Depressionen	
Meine Angehörige wirkt bedrückt.	1(14)
• Nie	1(14)
• Selten	1(14)
• Manchmal	4(57)
• Häufig	
Meine Angehörige ist durch Schwierigkeiten leicht überfordert.	2(29)
• Selten	1(14)
• Manchmal	4(57)
• Häufig	
Trauma-Reaktivierung/Re-Traumatisierung	
Meine Angehörige lehnt Männer in der Pflege ab.	
• Nie	3(43)
• Selten	1(14)
• Häufig	3(43)
2. Zuordnungsdurchgang: Belastet mich persönlich	
Am häufigsten belastend	
Spezifische Verhaltensweisen (N=6)	
Meine Angehörige leidet unter dem Gefühl abhängig zu sein.	
• Ja	4(57)
• Trifft nicht zu ³⁹	2(29)
• Fehlwert ⁴⁰	1(14)
Psychische Veränderungen (N=7)	
Depressionen	
Meine Angehörige wirkt bedrückt.	
Ja	5(71)
Trifft nicht zu	2(29)
Ängste	
Meine Angehörige macht sich ständig Sorgen	
• Ja	4(57)
• Nein	2(29)
• Trifft nicht zu	1(14)
Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten	
Meine Angehörige kann es nicht lange ohne mich aushalten	
Ja	5(71)
Nein	2(29)

³⁹Die Kategorie ‚trifft nicht zu‘ bezeichnet die Anzahl der Personen/Karten, die im ersten Zuordnungsdurchlauf ‚nie‘ oder ‚selten‘ zugeordnet wurden.

⁴⁰Der Fehlwert entstand, weil die Fotodokumentation in einem Fall unvollständig war und diese Angabe nicht zweifelsfrei korrekt zugeordnet werden konnte.

2. Zuordnungsdurchgang: Belastet mich persönlich	n(%)
Am stärksten belastend	
Psychische Veränderungen (N=7)	
Depressionen	
Meine Angehörige wirkt bedrückt.	
• Mäßig	2(29)
• Sehr	3(43)
• Trifft nicht zu	2(29)
Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten	
Meine Angehörige kann es nicht lange ohne mich aushalten	
• Gar nicht	1(14)
• Nur wenig	1(14)
• Mäßig	1(14)
• Sehr	4(57)
3. Zuordnungsdurchgang: Erschwert die Pflege (N=7)	n(%)
Am häufigsten erschwerend	
PTBS	
Chronische Übererregung	
Meine Angehörige ist leicht reizbar.	
Ja	5(71)
Trifft nicht zu	2(29)
Psychische Veränderungen	
Depressionen	
Meine Angehörige wirkt bedrückt.	
Ja	5(71)
Trifft nicht zu	2(29)
Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten	
Meine Angehörige kann es nicht lange ohne mich aushalten	
Ja	5(71)
Nein	2(29)
Am stärksten erschwerend	
n(%)	
Spezifische Verhaltensweisen	
Meine Angehörige ist hart gegen sich selbst.	
• Gar nicht	2(29)
• Sehr	3(43)
• Trifft nicht zu	2(29)
PTBS	
Chronische Übererregung	
Meine Angehörige ist misstrauisch	
• Nur wenig	1(15)
• Mäßig	1(15)
• Sehr	3(43)
• Trifft nicht zu	2(29)
Meine Angehörige fühlt sich leicht bedroht	
Sehr	3(43)
Trifft nicht zu	4(57)

Anmerkungen. Es werden nur die Angaben aufgeführt, die in der Befragung tatsächlich vorgekommen sind.

Ergebnisse des PZI. Ich habe bereits dargestellt, dass die Interviewdaten sowohl mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse als auch – bezogen auf exemplarischer Einzelfälle – mittels der Hermeneutische Auswertung nach Schulze (2003) analysiert wurden. Im Folgenden werde ich zunächst die Ergebnisse der QIA präsentieren. Um die Ergebnisse orientiert an den Forschungsfragen darzustellen, werden diese nicht strukturiert nach deduktiven und induktiven Kategorien, sondern themenzentriert präsentiert. Im Anschluss werde ich die Ergebnisse der exemplarischen Einzelfallanalyse vorstellen. Dabei wird für jeden Fall das allgemeine Versorgungssetting, die Interviewsituation, der biografischen Abriss sowie die Gewichtung der einzelnen Themensetzung berichtet. Darauf folgt die Interpretation dieser Themensetzungen, u.a. unter Zuhilfenahme der Schlüsselstellen. Abschließend wird die Querschnittanalyse der verschiedenen Interviews dargestellt, die auf der vorhergehenden Einzelinterpretation fußt.

Ergebnisse der fallübergreifenden Auswertung aus der QIA. Eine Übersicht über die quantifizierbaren Ergebnisse der QIA bietet Tabelle 14. Im Folgenden wird einzeln auf die Ergebnisse zur persönlichen Belastung, Erschwernis der Pflege und den Einfluss der Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen auf die Biografie der pflegenden Angehörigen eingegangen.

Persönliche Belastung durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen. Alle Befragten machten Angaben, die dem Bereich Persönliche Belastung zugeordnet werden konnten. Die Befragten fühlen sich am häufigsten durch das Verhalten der Pflegebedürftigen persönlich belastet. Dabei werden Abwehr, Misstrauen und mangelnde Selbstsorge als besonders belastend beschrieben. Die meisten Befragten geben dabei an, dass die Pflegebedürftige eine niedrige oder gar keine Selbstsorge zeige (vgl. Interview Frau E., Z. 2216-2220; Interview Frau G., Z. 1680-1686). Ein

hohes Maß an Selbstsorge wurde lediglich von einer pflegenden Angehörigen geschildert (vgl. Interview Frau L., Z. 1050-1057). Allerdings wurde dieses Verhalten vonseiten der Pflegeperson nicht positiv bewertet, sondern mit der Schilderung grenzüberschreitenden und manipulativen Verhaltens assoziiert:

[ich habe] sie zeitweise grenzüberschreitend erlebt sie wusste welche Knöpfe sie drücken muss um äh äh das zu kriegen was sie wollte ... ein Beispiel ist halt eben von wegen dieses Ausspielen auch einer gegen den anderen also dass sie uns Kinder instrumentalisierte in der Beziehung zum Vater ne der hatte auch ne Zeitlang wo er sehr dem Alkohol zusprach ... und dann stand er halt eben nicht Zuhause auf der Matte und ohhh und dann gings los ich bring mich um und ich hau ab und ... und da hatten wir dann schon nen Führerschein und äh ja gut ich fahr also los den Vater suchen ne ... ja find ich auch den Vater und komm mit dem Vater auch wieder und finde die Mutter im Haus nicht ... ja also mit der Szene vorher finde die Mutter im Haus nicht und komme ich komme in Panik ... ne jetzt ist die Mutter weg ((räuspert sich)) und dann äh musst du dir vorstellen so ne Tür ... die also offen in den Wohnraum und dann geht die Tür so langsam zu und dahinter steht sie und grinst ... also ich weiß dass ich da total ausgeflippt bin ... ja und das sind so Dinge mit der sie dann durchaus ... das bewusst eingesetzt hat auch. (Interview Frau L., Z. 2107, 1378-1430)

Auch dass die Pflegebedürftigen überängstlich sind oder eine sehr negative Einstellung haben, wird als Belastungsfaktor genannt. Zusätzlich spielen die Beziehungsstrukturen und hier insbesondere die Vorbeziehung zur Pflegebedürftigen eine Rolle im Belastungsempfinden der Pflegepersonen. Eine pflegende Tochter beschrieb, wie sich die Gefühlskälte ihrer Mutter auf die Mutter-Tochter-Beziehung

ausgewirkt hat: „das Schweigen die Kälte und die Härte meiner Mutter ähm das ist für mich ne harte Nuss gewesen wirklich ... lange Zeit weil ähm ein Rennen nach Anerkennung und Liebe“ (Interview Frau G., Z. 3228-3231). Die Besonderheiten der Mutter-Tochter-Beziehung (die bis auf eine interviewte Person bei allen Befragten relevant war⁴¹) und die Belastungen hierdurch nahmen einen so zentralen Platz in vielen Interviews ein, dass hieraus eine neue induktive Kategorie mit Subkategorien entwickelt wurde. Meist stellte sich die Beziehung zur Pflegebedürftigen ambivalent bis problematisch dar. Die Ambivalenz zeigt sich unter anderem in der Diskrepanz zwischen einem hohen Verantwortungsgefühl der Pflegebedürftigen gegenüber und einem hohen Bedürfnis, sich abzugrenzen. Die Schwierigkeit der Abgrenzung bzw. Vereinnahmung innerhalb der Beziehung und die Tatsache, dass dieses Muster möglicherweise schon sehr früh entwickelt wurde und bis in die Pflegesituation weiterbesteht, macht die Interviewsequenz von Frau L. deutlich:

also das heißt mein Thema ist schon sehr früh gewesen mich abzugrenzen und mich nicht vereinnahmen zu lassen also die Tendenz dazu bestand ganz klar ... ich kann sie auch schon mal in den Arm nehmen und trösten und sagen ach ja du hast es so schwer ... nur ich weiß bei meiner Mutter muss ich das dosiert machen ... weil sonst ist die Gefahr so (macht ein Sauggeräusch) ... ne das ((2)) muss in Grenzen sein ... also von daher ist das diese Begleitung meiner Mutter für mich auch äh immer ne große Gratwanderung da gut bei mir zu bleiben. (Interview Frau L., Z. 792-793, 2083-2096, 2287-2288)

Frau S. berichtet an einer Stelle ihres Interviews, sie habe „gar keine

⁴¹Bei der ‚nicht betroffenen‘ Person handelte es sich um den pflegenden Schwiegersohn, bei allen anderen um die eigene Mutter.

Selbstständigkeit gehabt ... es wurde nicht zugelassen dass ich selbstständig etwas ... entscheide und ... also mein Leben lang hab ich darunter gelitten.“ (Interview Frau S., Z. 2174-2195)

Für einige Pflegepersonen hat die Vorbeziehung wohl auch Einfluss auf die Pflegemotivation genommen. Beispielsweise scheint bei Frau S. der Wunsch nach Anerkennung und Liebe, die ihr ihr Leben lang verwehrt blieben, mit ausschlaggebend für die Übernahme der Pflege gewesen zu sein:

die hat ja zu mir immer gesagt ich bin ein Taugenix ... ich kann nix ... und deswegen musste ich lange kämpfen ... um ihr zu beweisen dass ich auch etwas [kann] ... ich habe mein Leben lang Eifersucht zu meinem Bruder gehabt ... weil die Mama hat immer ihn mehr geliebt als mich aber das war eben die Situation wo nur ich für sie etwas machen konnte ... und niemand und kein anderer Mensch nur ich. (Interview Frau S., Z. 1302-1322, 4846-4855)

Eine versorgende Tochter schildert aber auch, wie sich das ‚Heraustreten‘ aus der Struktur der Vorbeziehung positiv auf ihr persönliches Belastungsempfinden ausgewirkt hat:

insofern wars vorher wahnsinnig ... weil ich mich nur angegriffen gefühlt hab weil ich nur noch gedacht hab kannste nicht mal sehen was organisier ich ich mach hier alles alleine ... und ich hab immer noch darum gekämpft und sie hat auch um Anerkennung gekämpft ... und das war ein Clinch der war nicht lösbar es war klar nur ich konnte ihn lösen ... und als mir dieser Schritt gelungen ist ... ja so ist es nicht mehr belastend vorher war es extrem belastend. (Interview Frau G., Z. 3249-3271)

Auch wie der Umgang der Pflegebedürftigen mit ihrem Umfeld früher eingeschätzt wurde, war aufschlussreich. Die Pflegebedürftige wurde dabei am häufigsten

als hart im Umgang mit anderen beschrieben: „ich red von mir weil sie mir gegenüber auch immer sehr hart war und ist“ (Interview Frau R., Z. 2332-2333). Einige Pflegepersonen beschrieben, dass diese Härte gegen andere durchaus auch gegen sich selbst gewendet wurde und interpretieren dies z. T. als Selbstlosigkeit der Mutter: „und ja so ne Selbstaufgabe meine wie gesagt die hat ja mehrere Leute gepflegt ... als meine Oma wars ... da hat sie ein paar Wochen lang auf einem Gartenstuhl neben dem Bett geschlafen“ (Interview Frau R., Z. 3541-3547).

Zum Teil wurde die Pflegebedürftige früher auch als ausgesprochen egozentrisch erlebt, was nach Auskunft der hier zitierten pflegenden Tochter dazu beigetragen hat, dass das Thema Vereinnahmung und Abgrenzung auch heute noch aktuell ist:

die ganze Familie hat ja genickt und gekuscht ... sie war diejenige welche sie sagte wo es lang ging ... meine Mutter war der Mittelpunkt der Familie und wenn das alles nicht so ging wie sie sich das so gedacht habe dann kriegten wir das zu spüren in dem sie nicht redete zum Beispiel ... einen strafte durch nicht reden ... dann wurde mit Liebesentzug gearbeitet ... die Mutter hat ja nie zugelassen dass wir zu dem Vater in irgendeiner Weise also dass der ... so einen Einfluss oder Einfluss hatte er zwar aber das äh wir mit dem irgendwas alleine machen würden oder dass da was entsteht das ging ja nicht das muss ja alles über sie laufen. (Interview Frau L., Z. 1061, 1354-1364, 2016-2023)

Interessant ist, dass lediglich eine der Pflegepersonen die Mutter als liebevoll beschrieb, dies allerdings auf ganz spezifische Bereiche eingeschränkt hat:

liebevoll insofern dass die recht kreativ was ... Spielen anging weil es gab kein Geld also hat sie aus Kartons was weiß ich gebaut und solche Sachen da war die kreativ drin ... das war das fand ich liebevoll ... oder im Nachhinein auch liebevoll sie hat ihre Liebe ausgedrückt wenn sie was weiß ich die

Tomatenpflanzen gezogen hat ... Eingemachtes mitgegeben hat ... diese Sachen also immer auf dieser ... das Kind muss was zum Essen haben das Kind muss was zum Anziehen haben das darf nicht frieren aber dass du psychische Bedürfnisse hast als Kind das das würd die auch heute noch denken wie ich hab doch für euch alles gemacht. (Interview Frau R., Z. 2358-2380)

Für einige Pflegepersonen war das Schweigen bzw. Tabuisieren, insbesondere in Bezug auf die nationalsozialistische Vergangenheit der eigenen Eltern, ein Belastungsfaktor. Dabei gaben drei von sieben Befragten an, dass in ihrer Familie nicht über Persönliches bzw. nicht über die NS-Vergangenheit miteinander geredet wurde. Eine Rolle spielte auch die zusätzliche Belastung bzw. mangelnde Entlastung von außen. Die Befragten fühlten sich u.a. belastet, weil lange Arbeitswege die Versorgung erschweren, der Pflegedienst nicht adäquat handelt oder durch den allgemeinen Druck, neben dem sonstigen Alltag eine gute und angemessene Pflege zu leisten.

Erschwernis der Pflege durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen. Bezüglich der Pflegerschwernis konnten ebenfalls Äußerungen von allen pflegenden Angehörigen zugeordnet werden. Auch die Pflege wird am häufigsten durch bestimmte Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen erschwert. Als belastendes Verhalten wurde wiederum das Hart-Sein gegen sich selbst beschrieben, das sich beispielsweise äußert, indem Hilfe nicht angenommen wird oder Schmerzen nicht geäußert werden. Darüber hinaus wurde wiederum großes Misstrauen aufseiten der Pflegebedürftigen genannt, das eine externe Pflegeunterstützung und so die Entlastung der pflegenden Angehörigen verhindert. Auch das unbedingte Bestehen auf die eigene Autonomie („auf der einen Seite sieht sie dass sie nicht alles kann aber ... lässt sich auch nicht helfen“, Interview Frau L., Z. 518-522) und das ‚Nicht-alleine-sein-können‘ der Pflegebedürftigen wird als belastend empfunden – auch wenn die pflegenden

Angehörigen Verständnis für diese Verhaltensweisen äußerten. Die Belastung durch die Emotionalität der Pflegebedürftigen stand in Bezug auf die Pflege an zweiter Stelle. Hier beschreiben die Pflegepersonen depressive oder negative Stimmungen als besonders schwierig für die Versorgung, da dies eine zusätzliche Herausforderung bedeute und auch das Miteinander beeinflusse: „ich habe wenige Leute erlebt die immer so deprimiert so depressiv bedrückt wie meine Mutter sind da muss man immer was finden damit sie aufgefangen wird ... das ist ((1)) eine Nebenaufgabe ... sozusagen.“ (Interview Frau S., Z. 3770-3777)

Auch in der Belastung der Pflege spielen die äußeren Strukturen eine Rolle. Genannt wurden hier die räumliche Entfernung zur Pflegebedürftigen, die eigene Berufstätigkeit oder auch die Organisation des Alltages (z. B. den pflegerischen Tagesablauf an Arzttermine anpassen zu müssen). Zudem beschrieb die einzige interviewte Pflegeperson, die die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nahm, dies eher als zusätzliche Belastung denn als Entlastung. Sie merkte unter anderem an, dass Absprachen nicht eingehalten werden oder auf die vermerkten Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nur bedingt eingegangen wird (vgl. Interview Frau G., Z. 3466-3483).

Sexualisierte Gewalt spielte, anders als es die quantitativen Daten nahelegen, in Bezug auf die Belastung der Versorgung keine besondere Rolle in den Interviews. Fünf pflegebedürftige Frauen haben diese Form der Gewalt erlebt, zwei Töchter dieser Frauen konnten im Rahmen eines Interviews näher zum Thema befragt werden. Auf Nachfragen der Interviewerin wurden lediglich kurze Ereignisdarstellungen wie die von Frau R. präsentiert, in der deutlich wird, dass ein Sprechen über diese Erlebnisse scheinbar nicht stattgefunden hat: „meine Vermutung ist schon immer dass die

meine Oma vergewaltigt haben und meine Mutter das gesehen hat ... selber sagt die da weiter nichts zu.“ (Z. 2801-2807)

Das Thema der Pflegemotivation und dessen Verflechtung mit der empfundenen Pflegebelastung wurde oben bereits angerissen. Aufgrund der sehr heterogenen Angaben zu dieser Kategorie in der Stichprobe – z. T. auch innerhalb einer Erzählung – entstanden insgesamt acht Subkategorien zu dieser Kodierung (vgl. Kapitel 4.2). In den hier geschilderten Fällen entstand die Pflegesituation meist, weil die Pflegeperson die einzige Angehörige (in der Regel die Tochter) vor Ort war. Die Themen ‚emotionalen Verschuldung‘ und ein Verantwortungsgefühl für die Pflegebedürftige, das schon in Kindheit oder Jugend begründet wurde, wurden zwar lediglich von jeweils zwei Personen benannt, aber innerhalb dieser Interviews besonders häufig kodiert:

es ist n Teil meiner Biografie dass ich schon festgestellt hab schon ... in frühen Jahren dass ... die Eltern irgendwie frag mich nicht weshalb auch immer das Gefühl hatten ich mich dazu auszuerkoren (*sic!*) auszugucken ... in irgendeiner Form was versorgungsmäßiges zu übernehmen ... also das war ja n Prozess der jetzt nicht erst in der Pflegesituation entstanden ist ... sondern das ist etwas was ich ja schon über Jahre denn es gibt ja vorher auch schon Themen wo man Kinder heranziehen kann ... oder benutzen kann oder instrumentalisieren kann. (Interview Frau L., Z. 760-767, 1957-1967)

mein Vater hatte immer so was die Mutti also anscheinend die Zerbrechliche die Kleine ... um die muss man sich sorgen ... also immer schon dieses Bild von die muss man beschützen das hat er auch immer sehr hoch gehalten ... das hat sich auf mich sehr stark übertragen und dann hat er mir noch drei Tage vor seinem Tod also als ich ihn besucht habe da war er das letzte Mal bei

Bewusstsein natürlich noch mal gemeint sagen zu müssen Sorge gut für die Mutter. (Interview Frau R., Z. 1928-1946)

Es wurde aber auch deutlich, dass die Pflegemotivation sich z.T. aus einer großen Dankbarkeit den Pflegebedürftigen gegenüber speist: „es gibt schon auch n Gefühl von Dankbarkeit und für mich selbstverständlich dass ich für die Sorge ... das ist jetzt so weil bestimmte Dinge hat sie mir ja auch trotz allem mitgegeben ... im Leben.“ (Interview Frau R., Z. 2005-2015)

Eine Pflegeperson verweist auch darauf, dass sie persönliche Ressourcen durch die Pflegebedürftige gelernt habe, die sie auch zur Bewältigung der Pflegesituation nutzt:

was sie mir mitgegeben hat das find ich wunderwunderwunderschön ist die Liebe zur Natur ... ich hatte schon als kleines Mädchen durfte ich nen eigenen Garten haben und ja jedes Blümchen wurde geliebt jede Hummel gestreichelt ... also es gibt eine Seite in mir und ich weiß das irgendwas muss die davon auch haben es gibt auch ne Autonomie-seite an dieser Frau ((2)) die ist zäh ... ne also wie auch jetzt ne so es hat ja immer auch die Variante es ist ja ne Ressource auch und das hab ich schon auch mitgekriegt also das bin ich auch. (Interview Frau R., Z. 2089-2095, 3946-3952)

Allerdings wird an anderer Stelle im Interview deutlich, wie ambivalent das Verhältnis zu diesem ‚positiven Erbanteil‘ gleichzeitig ist: „aber ich sag mal so die Kartoffeln waren echt wichtiger als wir Kinder das war so ... das ist das Bittere da dran.“ (Interview Frau R., Z. 2159-2164) Zudem nutzen die pflegenden Angehörigen zur Bewältigung der Pflege so verschiedene Ressourcen wie Sport und Glaube, den Austausch mit anderen Pflegenden sowie Selbstreflektion bzw. therapeutische Begleitung.

Einfluss der Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen auf die Biografie der Pflegepersonen. Bezüglich des Einflusses auf die eigene Biografie gaben die meisten Pflegepersonen an, dass sie sich in ihrem Verhalten und in ihrer Emotionalität beeinflusst fühlen. Insbesondere Ängste und eine geringe Selbstsorge bzw. einen geringen Selbstwert beschreiben die pflegenden Angehörigen als die Merkmale, die die eigene Biografie und Identität gravierend beeinflusst haben:

ich bin ja einfach wie Marionette in Mamas ... Händen gewesen die Gefühle meiner Mutter haben sich ja auf mich übertragen ... ich wusste nicht warum wieso woher ... aber ich habe das selber gefühlt weil die Mama mich angesteckt hat ... mit ihrer Furcht ... mit ihren Ängsten. (Interview Frau S., Z. 6720-6740)

ich denke dieses Thema Bedürfnisse ist ja n sehr zentrales dass meine Mutter nicht in der Lage war aufgrund wiederum ihrer Biografie mir Bedürfnisse zu erfüllen ... aber auch mir beizubringen, dass auch ich Bedürfnisse haben kann und die äußern kann. (Interview Frau R., Z. 3802-3809)

meine Elemente des Selbsthasses der Selbstverachtung der Selbstentwertung ist sicherlich die Erziehung also dieses von meiner Mutter nicht so wahrgenommen zu werden ... und das nicht bekommen zu haben ... also diese Eigenentwertung von ihr ... da setzt ich was fort.“ (Interview Frau G., Z. 5147-5167)

Auch die Härte gegen sich selbst wird als ‚Erbe‘ beschrieben. So schildert eine pflegende Angehörige, wie sie unter der Pflegesituation gelitten, sich aber zum Durchhalten gezwungen hat: „also es hat mich psychisch wirklich fertig gemacht ... und

gleichzeitig ähm selber hart gegen sich selber ne immer weiter gemacht“ (Interview Frau G., Z. 3275-3280).

Ebenso wurden ganz alltäglich-konkrete Verhaltensweisen wie das Aufheben und Sparen oder Vorräte anlegen als übernommen genannt (vgl. Frau M., Z. 3049-3097; Frau G, Z. 1787-1801). Zudem waren in einem Fall unausgesprochene Schuldgefühle über die Generationen hinweg emotional äußerst wirksam:

in den 60ern lief ja auch der Auschwitzproz/ das hat sie [die Mutter, I.W.] alles geleugnet geleugnet geleugnet geleugnet ... ich bin eben in den Krieg zurückgegangen ... und wer geht schon freiwillig in den Krieg ... das ist nicht einfach verdrängbar ... es gibt niemanden auf der ganzen Welt der mehr Schuldgefühle hat ((lacht)) ... und ich weiß dass es ein mühsamer mühsamer mühsamer Prozess für mich war so diese Schuldgefühle abzulegen ... und die sind immer noch nicht ganz weg ist auch Ok die wird man auch nicht mehr los ganz aber ... man kann jetzt ((lacht leicht)) was Produktives damit an/ bewusster damit umgehen ... das ist schon gut und ich glaube das hat was mit der Leugnung zu tun. (Interview Frau G., Z. 2740-2741, 5171-5176, 5563-5565, 5614-5627)

Wie bereits oben erwähnt waren auch Schweigen und Tabus, insbesondere in Bezug auf die nationalsozialistische Vergangenheit der eigenen Eltern, ein Belastungsfaktor. Dies zeigte sich auch im Einfluss auf die Biografie, wenn beispielsweise Frau L. beschreibt, „dass ich dann zeitweise in der Auseinandersetzung mit Menschen total gehindert daran bin was darf ich denn jetzt fragen und was darf ich denn nicht fragen.“ (Interview Frau L., Z. 1794-1817)

Drei von sieben Pflegepersonen sehen einen gravierenden Einfluss der Erlebnisse der Pflegebedürftigen auf ihr eigenes Beziehungsleben, z. T. im Zusammenhang mit den übernommenen Kommunikationsstrukturen:

das heißt es also wurde über alles was auch nur ansatzweise ((1)) N/ N/ N ä h e ... Verlust tiefe Gefühle ... in jeder Hinsicht ähm ansprechen könnte wurde vermieden ... das haben wir alle gelernt ich hab dann auch nicht versucht zu erzählen ... ich glaube tiefgehend ähm Schwierigkeiten mit Nähe ... ich leb seit 12 Jahren alleine ... und auch da Beziehungen nicht sehr intensive Beziehungen auch kein Bedürfnis oder Bedarf ... und ((17)) [ich] mit Sicherheit selber auch ähm lange Zeit eine Schweigerin war ((4)) also auch geschwiegen also auch nicht über mich geredet habe sondern nur über andere und mit andern über alles aber theore/ abstrakt oder sonstwas aber nicht über mich ((sehr leise)). (Interview Frau G., Z. 3152-3165, 5125-5135, 5212-5215)

Auffällig ist der hohe Grad an Reflexion, den die meisten pflegenden Angehörigen im Umgang mit den Pflegebedürftigen und den verschiedenen ‚emotionalen Erbanteilen‘ im Interview berichten. Innerhalb der Interviewauswertung wurde dies als Subkategorie ‚Die Reflektierte‘ des induktiven Codes ‚Selbstdarstellung pflegende Angehörige‘ verstanden. Die Subkategorie wurde bei allen sieben interviewten Personen zugeordnet, insgesamt 84 Mal. Die meisten Befragten beschrieben, dass sie sich schon lange und oder häufig mit dem Verhältnis zur Pflegebedürftigen auseinandergesetzt haben, auch in Bezug auf die Kriegserlebnisse und deren Einfluss auf die eigene Biografie. Immer wieder äußerten die Befragten auch, dass sie die Interviewsituation als Reflexionshilfe für ihre eigene (Pflege)Situation verstehen bzw. empfunden haben (vgl. Interview Frau M., Z. 1033-1042; Interview Frau S., Z. 7377-7430, Interview Frau E., Z. 5627-5630). Oft wurde vor dem Hintergrund der Kriegserlebnisse

Verständnis für das Verhalten der Pflegebedürftigen geäußert, gleichzeitig aber die fehlende oder problematische Auseinandersetzung der Elterngeneration mit ihnen selbst als Kindern, aber auch der eigenen Beteiligung an den Verbrechen des Nationalsozialismus thematisiert. Für die Töchter geht es dabei auch darum zu verstehen, wie es zu den Verletzungen kam, die sie durch ihre Mütter empfunden haben:

also ich hab eine Zeitlang dann ja auch doch ich hab auch intensiv nachgefragt weil meine Beziehung zu meiner Mutter war ja nicht einfach oder ist nicht einfach und ich hab dazu ja einiges reflektiert und dazu hab ich mich mit der Biografie meiner Mutter ganz stark auseinander gesetzt um zu verstehen warum sie so ist wie sie ist ... und da konnt ich auch eher dann loslassen und auch verzeihen ... so ein Stückchen vergeben. (Interview Frau L., Z. 1539-1551)

das ist das was ich jetzt aber erst durch diesen Prozess nochmal ich sag mal emotional erkenne ... also ihre Bedürftigkeit und ihre Härte gegenüber sich selbst und ihre Selbstentwertung meine Mutter ist ja für mich sie ist ah sie war natürlich wir hatten ein Matriarchat hier bei uns ne ... ums mal klar zu sagen und von daher ist sie so übermächtig da kommt man ja als Tochter überhaupt nicht auf die auch nur ansatzweise auf die Idee dass dahinter ein ganz verletzlicher Kern steckt das ahnt man vielleicht an manchen Stellen. (Interview Frau G., Z. 4413-4427)

Vier der sieben Befragten arbeiten in helfenden Berufen oder sind politisch (beruflich oder ehrenamtlich) aktiv. Z. T. beschreiben die Pflegepersonen selbst, dass die Erfahrung der Eltern dies beeinflusst habe:

ansonsten hat die [die Mutter, I.W.] die Schwester meiner Oma gepflegt meine Oma gepflegt ... mein Opa ... die hat ganz viel gepflegt immer ... kein Wunder

dass ich in den Job mit Alten gekommen bin ((lacht leicht)) ist ja immer so interessant ne. (Interview Frau R., Z. 2669-2675)

ich glaube das hat was mit der Leugnung zu tun ... also mit der Ablehnung der Täterrolle ... zu tun also naja mit der Verarbei/ mit der Nichtverarbeitung ... zu tun oder des ständigen Wegdrängens ich mein es war ja auch immer die Kollektivschuld wegzudrängen ... und ähm ja irgendwohin musste die Schuld ja ... und es ist natürlich leicht für kleine Kinder sowieso Schuld zu übernehmen wenn die Eltern sich nicht kümmern ...

Interviewerin: also schon auch so die Idee dass an Sie delegiert wurde oder dass sie da das n Stück weit vielleicht auch übernommen haben weil sozusagen jemand sich kümmern musste

Frau G.: ja ... immer ne politische Aktivistin und immer mit Schuldgefühl immer ... du musst du musst du musst du musst du musst du musst ... also ne Getriebene an der Stelle ... so wie meine Mutter getrieben war immer hier irgendwas zu machen und Ordnung zu schaffen ... war ich immer getrieben in der Welt Ordnung zu schaffen (lacht). (Interview Frau G., Z. 5626-5649, 5677-5683, 5729-5746)

Fünf Personen thematisierten die Umkehrung der Rollen des Eltern-Kind-Systems im Rahmen der Pflegesituation, meist sehr direkt: „im Prinzip haben wir sie auf ne gewissen Weise adoptiert ... sie ist jetzt unser Kind“ (Interview Frau M., Z. 2602-2606); „aber jetzt ist ne andere Situation die Mama ist zu meinem Kind geworden ... die Mama ist wirklich mein Kind ... und ich fühle mich auch so wie Mutter“ (Interview Frau S., Z. 7310, 7361-7365). Interessanterweise wird dieser Rollentausch hier nicht direkt als emotional belastend beschrieben.

Tabelle 14

*Übersicht Häufigkeitsangaben Kodierungen QIA (N=7)***Persönliche Belastung PA durch Kriegserlebnisse PB**

Kodierung	n	Wie häufig kodiert
Verhaltensstrukturen	6	26
Persönliche Belastung		
• Pers.Belastung1: Kommunikationsstrukturen	3	7
• Pers.Belastung2: Beziehungsstrukturen	4	13
• Pers.Belastung4: Emotionalität (Überängstlichkeit, neg. Einstellung)	6	21
• Pers.Belastung7: Äußere Strukturen/Orga	5	8
Mutter-Tochter-Beziehung		
• Ambivalent	7	68
• Problematisch	6	53
• Positive Anteile	6	18
Umgang mit Umfeld früher		
• Die Harte	5	14
• Die Selbstlose	3	9
• Die Egozentrische	3	8

Erschwernis der Pflege durch Kriegserlebnisse PB

Kodierung	n	Wie häufig kodiert
Belastung Pflege		
• Belastung_Pflege3: Verhaltensstrukturen	6	24
• Belastung_Pflege4: Emotionalität	6	10
• Belastung_Pflege7: Äußere Strukturen/Orga	4	7
Pfleagemotivation		
• Pfleagemotivation_einziges Kind (vor Ort)	3	5
• Pfleagemotivation_Emotionales Verschuldetsein)	2	7
• Pfleagemotivation_(lebenslanges) Verantwortungsgefühl	2	6
• Pfleagemotivation_Dankbarkeit	3	3
Persönliche Ressourcen	5	15

Einfluss der Kriegserlebnisse PB auf Biografie PA

Kodierung	n	Wie häufig kodiert
Einfluss Biographie		
• Einfluss_Biographie_PA: Verhaltensweisen	5	32
• Einfluss_Biographie_PA: Emotionalität	5	17
• Einfluss_Biographie_PA: Kommunikationsstrukturen	2	8
• Einfluss_Biographie_PA: Beziehungsstrukturen	3	4
Selbstdarstellung PA		
Selbstdarstellung PA: Die Reflektierte	7	84
Selbstdarstellung PA: Die Verständnissvolle	6	26
Rollentausch Mutter/Kind	5	11

Ergebnisse der exemplarischen Einzelfallauswertung. Wie bereits erwähnt wurden die analysierten Fälle nach dem Prinzip des maximalen Kontrastes ausgewählt. Als Auswahlmerkmale dienten dabei orientiert an den Forschungsfragen die persönliche empfundene Belastung der Pflegeperson und der Pflege durch die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_in sowie deren Einfluss auf die Biografie der pflegenden Angehörigen. Mithilfe des Analyseprogramms *MAXQDA* wurden jeweils die Fälle zur weiteren Analyse ausgewählt, die in Bezug auf das Belastungsempfinden und den Einfluss auf die Biografie besonders hohe bzw. besonders niedrige zugeordnete Codewerte aufzeigten. Die Dokumentation des Auswahlprozesses befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Alle drei ausgewählten Pflegepersonen waren durch Multiplikator_innen der Altenhilfe bzw. den Projektflyer auf das Forschungsprojekt aufmerksam geworden. Zwei Personen hatten persönlichen Kontakt mit mir aufgenommen und daraufhin die schriftlichen Befragungsunterlagen erhalten. Eine Pflegeperson hatte die Befragungsunterlagen durch eine Multiplikator_in ausgehändigt bekommen. Zwei Personen haben sich im Rahmen des Fragebogens zu einem zusätzlichen Interview bereit erklärt und wurden zur Terminvereinbarung persönlich von mir kontaktiert. Eine der

Interviewten hatte um ein Vorgespräch gebeten, um sich ein Bild von der Studie und meinem Anliegen zu machen. Im Laufe des Gesprächs stimmte sie einem Interview zu und es wurde ein Gesprächstermin vereinbart.

Frau G. – „es gibt niemanden auf der ganzen Welt der mehr Schuldgefühle hat“⁴². Frau G. wurde als Beispiel für eine hohe persönliche und Pflegebelastung durch bzw. einen starken Einfluss der Zeitzeug_innenerlebnisse auf die eigene Biografie ausgewählt. Sie unterstützt ihre 94-jährige Mutter seit August 2013 täglich, z. B. indem sie Mahlzeiten zubereitet und mit ihrer Mutter gemeinsam einnimmt, bei der Medikamentengabe, Kontakt mit Behörden, Arztbesuchen und sozialen Aktivitäten. Haushaltstätigkeiten wie Einkaufen erledigt sie schon seit mehreren Jahren. Grundpflege und Wundversorgung werden durch einen ambulanten Pflegedienst durchgeführt. Mutter und Tochter bewohnen unmittelbar übereinanderliegende Wohnungen im eigenen Mehrfamilienhaus. Frau G.s Vater verstarb vor etwa vier Jahren und wurde bis zu seinem Tod durch die Mutter gepflegt.

Das Interview fand in der Wohnung der Interviewpartner_in statt. Die Gesprächsatmosphäre war sehr offen, freundlich und zugewandt. Frau G. sprach von Beginn an sehr offen über die Beziehung zu ihrer Mutter und darüber, dass das Verhältnis nicht immer gut war. Insbesondere in ihrer Jugend habe es immer wieder teils heftige Auseinandersetzungen und „schreckliche Konflikte“ (Interview Frau G., Z. 2180) zwischen ihr selbst und ihrem Bruder ‚auf der einen‘ und ihren Eltern ‚auf der anderen Seite‘ gegeben. Viele dieser Auseinandersetzungen waren politisch motiviert, Frau G. beschreibt, dass sie „um was gekämpft haben und das waren dann eben die

⁴²Zitat aus dem Interview mit Frau G., Z. 5562-5563. Alle direkten Zitate der Interviews sind aus dem jeweiligen Transkript entnommen. Die vollständigen Transkripte aller Interviews befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

politischen Sachen" (Z. 3132-3133). Dabei seien ihr Bruder und sie selbst als ‚Vertreter_innen‘ der ‚1968er-Generation‘ aufgetreten, hingegen habe insbesondere ihre Mutter die nationalsozialistischen Verbrechen wie z. B. den „Holocaust ... das hat sie alles geleugnet geleugnet geleugnet – geleugnet“ (Z. 2739-2741).

Biografischer Abriss. Frau G. ist zum Zeitpunkt des Interviews 60 Jahre alt, studierte Historiker_in und in einer größeren rheinischen Stadt aufgewachsen. Sie hat lange – ebenso wie ihr Bruder – in einer deutschen Großstadt gelebt. Frau G. war immer politisch engagiert, bezeichnet sich selbst als „frauenbewegt“ (Z. 2834) und als „Linke“ (ebd. Z. 3340; 5689-5691). Sie arbeitet freiberuflich bei einer nichtstaatlichen Organisation, die sich international gegen Gewalt an Frauen engagiert. Sie war an der Gründung der Organisation beteiligt und hat sich selbst in Kriegsgebieten aufgehalten um Opfer und Täter_innen von sexualisierter Kriegsgewalt zu interviewen und hat zu diesem Thema auch publiziert. Frau G. lebt seit 12 Jahren allein.

Frau G.s Eltern sind Vertriebene und haben nach der Ankunft ‚im Westen‘ einen Handwerksbetrieb aufgebaut und betrieben. Ihre Mutter hat auf der Flucht das erste Kind verloren, es ist verhungert bzw. erfroren. Frau G. gibt an, erst spät realisiert zu haben, dass sie ein ‚Flüchtlingskind‘ ist. Sie beschreibt, dass sie diese Auffassung einer revanchistischen Haltung zugeschrieben habe, weswegen die Idee lange in Konflikt mit ihren politischen Überzeugungen stand. Im Interview beschrieb sie sich selbst als „wurzellos“ und „ohne Heimat“ (Z. 3366-3372), was sie auf ihre Herkunft als ‚Flüchtlingskind‘ zurückführt. Frau G. hat als Kind einen sexuellen Übergriff durch eine außerfamiliäre Person erlebt, den ihre Mutter offen und sehr vehement bei den Verantwortlichen angeprangert hat. Nach dem Tod des Vaters ist auch der sieben Jahre ältere Bruder gestorben. Für Frau G. war das – neben dem persönlichen Verlust – ein großer Einschnitt, weil „ich jetzt plötzlich alles alleine machen musste so ... vorher

hatten wir uns das geteilt da hab ich gedacht ich dreh durch“ (Z. 873-877). Das Verhältnis zu ihrer Mutter habe sich etwa ab Mitte 2013 zum Positiven verändert und auch die empfundene Pflegebelastung sei ab diesem Zeitpunkt weniger geworden. Im August 2013 kam dann der ‚große Bruch‘ durch den Krankenhausaufenthalt ihrer Mutter. Dieses Erlebnis ermöglichte es Frau G., aus den „alten Mustern ... auszusteigen“ (Z. 4124; 4803-4815). Seitdem hat Frau G. ihren Lebensrhythmus der Pflegesituation angepasst: „das heißt ich esse dann abends sprich spätnachmittags mit ihr ... um fünf ich koch dann oder meine Schwägerin eben und ähm ((1)) ess dann nicht wie ich es vorher gewohnt war abends um acht oder so“ (Z. 961-967).

Thematische Schwerpunkte. In Bezug auf die persönliche Belastung waren für Frau G. die Punkte Verhalten, Emotionalität, Kommunikation und Beziehungsstrukturen relevant. Die Punkte Verhalten und Emotionalität fanden sich auch bezüglich der Pflegerschwernis wieder. Ihre eigene Biografie beschrieb Frau G. – teils direkt, teils indirekt – als beeinflusst im Hinblick auf mehrere Themen, z. B. bezüglich Beziehungsstrukturen, Emotionalität, Heimat und Wurzellosigkeit, Kommunikation, Verhalten, und in Bezug auf das eigene Wertesystem. Darüber hinaus spielten die moralischen Werte der Mutter auch insgesamt in diesem Interview eine besondere Rolle, ebenso wie die Beziehung zwischen Mutter und Tochter und die Selbstdarstellung von Frau G. Außerdem war die (indirekte) politische Positionierung von Frau G.s Mutter von besonderer Bedeutung.

Analyse. Frau G.s Interview war stark durch reflexive Anteile geprägt und kreiste bezüglich der empfundenen Belastung sowie des biografischen Einflusses neben den oben genannten Punkten um die konflikthafte Vorbeziehung zwischen Mutter und Tochter, das Thema Schuld sowie die Veränderung dieser Dispositionen. So spielten in der Versorgung vor allem Abwehr und Misstrauen sowie die lange Zeit von Frau G.

empfundene Härte und Gefühlskälte der Mutter eine besondere Rolle (vgl. Z. 3248-3265). Frau G. beschreibt im Laufe des Interviews, dass Abwehr und Misstrauen bei der Mutter vor allem dann auftreten „wenn man ((2)) ihr die Sachen die sie noch machen kann ... wegnimmt“ (Z. 4014-4018). Das Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle scheinen hier eine Rolle spielen, was Frau G. auch klar benennt:

gut also meine Mutter ist ne Frau die auf jeden die Ihr Leben lang alles unter Kontrolle haben wollte sagen wir mal vorsichtig ausgedrückt ((lacht)) ... und kein niemandem vertrauen und es nicht abgeben können ... und also das das kenn ich von ihr also es war eher ein ((1)) ne Kontinuität. (Z. 707-708; 2377-2385)

Dieses Thema stellte sich auch als wiederkehrendes Motto in mehreren Schlüsselstellen heraus. Es ist denkbar, dass sich bei Frau G.s Mutter mit dem Vermeiden von Abhängigkeiten und dem Kontrollieren der Situation eine der aus Überlebensstrategien entwickelten Verhaltensweisen zeigt, die in Kapitel 2.3 als mögliche Spätfolgen von Kriegserlebnissen vorgestellt wurden. Interessanterweise wird dieses Verhalten zu einem früheren Zeitpunkt im Interview von Frau G. als Persönlichkeitsmerkmal ihrer Mutter beschrieben, wenn sie sie in diesem Zusammenhang als eine immer „handelnde Frau“ (Z. 1837) bezeichnet. Es liegt nahe, dass sich diese Strategie als funktional bewährt hat und aus diesem Grund von Frau G.s Mutter beibehalten wurde. Im Laufe der Zeit ist sie dann vielleicht so stark ein Teil von ihr geworden, dass Frau G. das Verhalten als Persönlichkeitsanteil ihrer Mutter ‚liest‘ – wie dies häufig bei dieser Art Bewältigungsstrategie geschieht (vgl. Radebold 2005, S. 64-66). Frau G. selbst beschreibt die Abhängigkeit der Mutter von ihr als Belastungsfaktor, da sie sich dadurch in ihrer eigenen Unabhängigkeit eingeschränkt fühlt (vgl. Z. 3425-3443). Es ist möglich, dass sie die Haltung ‚stark und unabhängig‘ zu sein im Sinne eines

psychodynamischen Tradierungsmechanismus übernommen hat. In der Pflege ihrer Mutter ist sie nun einerseits mit einer ebenso stark auf ihre Unabhängigkeit pochenden Person konfrontiert, andererseits aber auch mit der Erkenntnis, dass diese Bewältigungsstrategie Grenzen hat. Der Wunsch von Frau G.s Mutter, weiterhin unabhängig und bestimmend zu sein und Frau G.s Wunsch, in ihrer Mühe von der Mutter anerkannt zu werden, hat dabei immer wieder zu äußerst belastenden Auseinandersetzungen geführt (vgl. Z. 3248-3270).

Die von Frau G. beschriebene ‚Härte‘ ihrer Mutter könnte im Sinne von Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten als Spätfolge der Kriegserlebnisse verstanden werden. Möglich ist auch, dass die Mutter aufgrund traumatischer Erlebnisse im Sinne Papousek und Wollwerth de Chuquisengos (2003) in ihrer emotionalen Verfügbarkeit gehemmt oder blockiert und deswegen ‚kalt‘ im Umgang war. Wie bereits erwähnt hat Frau G.s Mutter während der Flucht ihr erstes Kind verloren. Dieses Erlebnis ist mit hoher Wahrscheinlichkeit als traumatisch zu werten. Es ist außerdem anzunehmen, dass Frau G.s Mutter, neben diesem Verlust, weitere belastende bis traumatisierende Erlebnisse auf ihrem Fluchtweg hatte. Möglicherweise haben diese Erlebnisse dazu geführt, dass Frau G.s Mutter im weiteren Lebensverlauf nur schwer Intimität und Nähe herstellen konnte. Vielleicht spielen vor dem Hintergrund dieser Erfahrung auch Verlustängste in Bezug auf die eigenen Kinder eine Rolle. Zudem ist es möglich, dass die in Kapitel 2.3 beschriebenen NS-Erziehungs- und Verhaltensnormen der ‚Härte‘ sowie ‚Willens- und Entschlusskraft‘, die Teil der mütterlichen Sozialisation waren, hier bedeutsam sind, zumal Frau G. ihre Mutter durchaus als frühere Befürworterin des NS-Regimes beschreibt (vgl. Z. 5546-5556).

Dass diese ‚Härte‘ der Mutter nicht ausschließlich als negativ ‚lesbar‘ ist, zeigt sich durch das ‚Motto‘ der ‚Löwin‘, das sich im Laufe des Interviews

herauskristallisierte. Frau G. beschrieb, dass ihre Mutter sich immer sehr vehement und lautstark für die Belange ihrer Familie eingesetzt bzw. diese beschützt hat, was auch in der folgenden Interviewsequenz deutlich wird, in der Frau G. die Reaktion ihrer Mutter auf einen sexuellen Übergriff auf sie selbst beschreibt:

dann hat meine Mutter mich abgeholt und sie hat sofort mitgekriegt da stimmt was nicht ne und wir waren schon fast bis vor der Haustür als ich in Tränen ausbrach und sie dann wissen wollte was ist los und dann hab ich ihr das erzählt ((2)) dann die Bremsen quietschten meine Mutter U-Turn ((laut)) ... und sofort zurück ((laut)) ((lacht leicht)) ... ja und dann hat die da [alles] zusammen geschrien und dann kam irgendwie der [Chef] keine Ahnung sie hat sehr laut geschrien ... so das war irgendwie (unv.) ja ((1)) das hat sie sie wollte auch also Prozess alles wollte sie da da da hab ich nicht mitgemacht und dann hat sie auch ... gelassen ... für mich war das alles extrem scham - und ... scheu-besetzt und so das heißt sie hat mich aber auch nicht in den Arm genommen ... überhaupt nicht es war diese Löwin ... die Löwenmutter die gekämpft hat und im Nachhinein recht aber immerhin. (Z. 2055-2107)

Frau G. beschreibt an anderer Stelle hierzu passend, dass absolute Verlässlichkeit innerhalb der Familie ein zentraler moralischer Wert der Mutter gewesen sei (vgl. Z. 1215). Die hier beschriebene Härte wurde als erstrebenswert bereits als Kind an Frau G. herangetragen: „man muss hart sein ... also die Botschaft die ich als kleines Mädchen mitgekriegt habe als ich mal als ((1)) Vierjährige glaub ich von den Nachbarjungs verprügelt wurde ((1)) dann schlag zurück ((laut))“ (Z. 1300-1306). Zugleich wird in den hier zitierten Sequenzen wiederum die Ambivalenz klar, die für Frau G. im mütterlichen Verhalten steckt: es wird mit großer Vehemenz – oder Härte – der Versuch unternommen sie zu schützen, die betreffende Person zur Verantwortung zu

ziehen oder sie zur Gegenwehr zu animieren. Trost oder emotionale Unterstützung durch Zuwendung und Nähe erhält sie nach eigener Auskunft allerdings nicht.

Zudem benennt Frau G. die Kommunikationsstruktur des (Ver)Schweigens, die in ihrer Familie praktiziert wurde, als besonders belastend. So scheint z. B. über den Tod des ersten Kindes nie gesprochen worden zu sein (vgl. Z. 2577). In diesem Zusammenhang beschreibt Frau G. auch das ‚Fehlen einer Geschichte‘ (im Sinne einer Familiengeschichte) und die daraus resultierende eigene ‚Wurzellosigkeit‘ als persönlichen Verlust (vgl. Z. 3327-3335). Es liegt nahe anzunehmen, dass hier das (Ver)Schweigen als familiensystemischer Mechanismus der Tradierung gewirkt und Frau G. die nicht verbalisierten Gefühle des mütterlichen Verlustes (der ‚Heimat‘, des ersten Kindes) übernommen hat. Zusätzlich benennt Frau G. den Wunsch nach Heimat als „Sehnsuchtspunkt“ (Z. 3367). Gleichzeitig betont sie aber, dass sie „extrem häuslich“ (Z. 5218) sei und „das Heimatgefühl ist eben das Zuhause irgendwie sehr stark“ (Z. 5224). Sie beschreibt zudem, dass sie ihren Geburts- und Lebensort möge und Einiges gut kenne „aber ich merke schon die dritte Straße um die Ecke weiß ich schon nicht wie die heißt“ (Z. 3377-3378). Sie erklärt dieses ‚Fremdeln‘ damit, dass ihr Geburtsort durch die Mutter bzw. deren Erlebnisse und Erzählungen immer negativ besetzt gewesen sei, da die Eltern eine „harte Zeit der Diskriminierung erlebt [haben] als Pimocken⁴³“ (Z. 2683-2684) und beispielsweise nach Auskunft der Mutter

⁴³Laut dem Online-Wörterbuch der ‚Akademie für uns kölsche Sproch‘ der SK-Stiftung Kultur bezeichnet der Begriff ‚Pimock‘ einen nach Köln zugezogenen Menschen (vgl. <https://www.koelsch-akademie.de/de/nc/online-woerterbuch/Pimock/von/1/action//list/>). Das Mitmachwörterbuch des LVR-Instituts für Landeskunde und Regionalgeschichte ergänzt, der Begriff ‚Pimock‘ werde „oft aber nicht grundsätzlich abwertend für Vertriebene aus dem Osten“ (<http://www.mitmachwoerterbuch.lvr.de/detailansicht.php?Artikel=Pimmock&Eintrag1=164>) verwendet.

aufgrund ihres protestantischen Glaubens bei der Lebensmittelverteilung durch die katholische Kirche benachteiligt wurden (Z. 2688-2690). Zusätzlich bringt Frau G. die ‚Mentalität‘ des Heimatortes als Erklärungsmuster ein: „für meine Mutter war das verbunden mit mein Vater geht um die Ecke in die Kneipe saufen sie musste das stoppen unbedingt“ (Z. 3394-3396). Die Mutter habe „die M.er gehasst“ (Z. 3400) und lange gebraucht, bis sie sich integriert habe. Auch Freundschaften habe sie keine geschlossen, „jedenfalls nicht mit Ur-M.ern“ (Z. 3409).

In den Äußerungen von Frau G. wird deutlich, wie sehr der Begriff ‚Heimat‘ durch den subjektiv-emotionalen Gehalt definiert wird. Mitzscherlich (2000) merkt in diesem Zusammenhang an, Heimat werde „immer durch Fremde ... mit konstituiert“ (S. 77). Zudem stünde ‚Heimat‘ und ‚Beheimatung‘⁴⁴ für ein großes „Bedürfnis nach Vertrautheit, Geborgenheit, Sicherheit, einem Platz, den man kennt und deshalb auch verantworten kann...“ (S. 23). Dieses Bedürfnis sei aber häufig nicht so einfach einzulösen, im Gegenteil bleibe der Begriff ausgesprochen widersprüchlich (vgl. S. 23). Dabei könne „auch das Verweigern von Beheimatung eine sehr aktive (und anstrengende) Strategie“ (S. 139) sein. Interessant ist dieser Punkt insbesondere im Zusammenhang mit Frau G.s häufiger Arbeit im Ausland, vor allem in Kriegsgebieten. Frau G. selbst beschreibt sich als „Reisende“ (Z. 3442). Möglicherweise handelt es sich hierbei um den Versuch, sich der Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Beheimatung‘ zu entziehen. Es ist anzunehmen, dass das fehlende ‚Heimatgefühl‘ der Mutter bzw. das konfliktbehaftete Verhältnis zum ‚neuen Heimatort im Westen‘ das ambivalente Verhältnis von Frau G. zu ihrem Geburtsort befördert hat. Gleichzeitig erklärt Frau G. selbst wie

⁴⁴Hier verstanden als ständiger, individueller und möglicherweise durchaus problematischer Prozess des aktiven Verbindens der eigenen ‚Heimat-Bedürfnisse‘ mit den äußeren Gegebenheiten wie einer bestimmten ‚Kultur‘, bestimmten Orten oder Personen (vgl. Mitzscherlich 2000, S. 138-139).

bereits erwähnt ihre Arbeit in Kriegsgebieten damit, die elterliche Schuld für die fehlende Aufarbeitung der eigenen NS-Vergangenheit ‚abtragen‘ zu wollen. Sie beschreibt, ihre Mutter sei „jubilende Hitleranhängerin“ (Z. 5546) gewesen, die in anderen Haushalten nach dem „Hitler an der Wand“ (Z. 5555-5556) gesucht hätte. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass das (Ver)Schweigen bei Frau G.s Mutter auch die Funktion innehatte, die eigene Beteiligung an oder Einstellung zum NS-Regime zu verschleiern. Die abgewehrten Schuldanteile der Eltern könnten im Sinne eines psychodynamischen Tradierungsprozesses auf Frau G. übertragen worden sein. Frau G. deutet dies selbst in der oben zitierten Interviewsequenz an, wenn sie beschreibt, dass ‚die Schuld ja irgendwohin‘ müsse und es leicht für Kinder sei, die Schuld zu übernehmen, wenn die Eltern sich nicht verantwortlich fühlen. Auf mein Nachfragen hin bestätigt sie, dass sie das Gefühl der Verantwortlichkeit in diesem Zusammenhang als ‚Delegation‘ übernommen habe (vgl. Z. 5677-5681). Frau G. könnte also eines der Kinder der zweiten kriegsbetroffenen Generation sein, die die verdrängte Schuld ihrer Eltern als die eigene annehmen und diese fortan versuchen ‚abzutragen‘ (vgl. Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert, & Muhtz 2011, S. 333). Diese Delegation bzw. die Identifikation Frau G.s mit diesen schuldhaften Anteilen war möglicherweise so stark, dass sie sich selbst in Lebensgefahr begeben hat, um sich den „wirklichen den eigentlichen ... Opfern“ (Z. 5269-5273) zuzuwenden und so Wiedergutmachung zu leisten. Sie benennt dies explizit in Abgrenzung zum Verhalten ihrer eigenen Mutter, die einer für Frau G. ungerechtfertigten „Selbst-Opferdarstellung“ (Z. 2929) verhaftet blieb: „also irgendwie hab ich immer das Gefühl ich hab da was von ihr übernommen ... also n Paket von ihr übernommen was verflucht nochmal sie hätte selber tragen sollen“ (Z. 5567-5573). Gleichzeitig ist es möglich, dass im Fall von Frau G. auch soziokulturelle Tradierungsmechanismen wirksam

sind. Frau G. beschreibt sich selbst als ‚1968er‘ (vgl. Interview Frau G., Z. 2184), die sich in dieser Phase besonders intensiv mit Politik auseinandergesetzt hat (vgl. Interview Frau G., Z. 2184-2190). Wie in Kapitel 2.2 beschrieben war der gesellschaftliche Diskurs in Deutschland bezüglich des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkriegs bis in die sechziger Jahre hinein vor allem durch Verleugnung und Abwehr geprägt. Frau G. hat ihre Kindheit und einen Teil ihrer Jugend also in einer Zeit verbracht, in der sie den elterlichen Umgang mit der Frage nach der eigenen Schuld im gesellschaftlichen Kontext gespiegelt sah. Es ist möglich, dass sich an dieser Stelle psychodynamische und soziokulturelle Mechanismen gegenseitig verstärkt und zu einer besonders starken Reaktion geführt haben.

Die frühere politische Einstellung bzw. die Täter_in-Opfer-Anteile ihrer Mutter scheinen also auf gravierende Weise (mit)konstituierend für Identitätsanteile, die politische Haltung und den Lebensweg von Frau G. gewesen zu sein. Die aus diesen Verflechtungen entstandenen Konflikte, die wie im Ergebnisteil beschrieben vor allem in politischem Streit zwischen Eltern und Kinder kondensierten, waren prägend für die Beziehung zwischen Mutter und Tochter.

Diese Vorbeziehung, die scheinbar in bedeutsamen Maß durch die Übertragung von Schuld, mangelnde Nähe und Anerkennung, (Ver)Schweigen aber auch dem Versuch zu beschützen geprägt war, wirkte sich äußerst belastend auf die Versorgungssituation aus (vgl. Z. 3259-3270). Frau G. beschreibt, dass sie lange Zeit auch innerhalb der Versorgung noch nach der Anerkennung der Mutter strebte und die extreme Belastung erst nachließ, als mit Hilfe von außen lernte, aus „diesem Dispositiv (*sic!*) raus[zu]springen“ (Z. 3239) und nicht mehr nach der Anerkennung der Mutter zu suchen. Erstmals angestoßen wurde dieser Prozess durch den Tod mehrerer wichtiger Menschen in Frau G.s Leben innerhalb eines Jahres. Befördert wurde er weiter durch

eine Notfalloperation, der ihre Mutter sich einige Zeit danach unterziehen musste und durch die sich Frau G.s Perspektive auf ihre Mutter änderte: „es war vielleicht wirklich das Krankenhaus und der Moment wo ich dann wo sie in den OP geschoben wurde und ich dachte wenn sie jetzt stirbt dann bin ich die Letzte“ (Z. 4193-4195). Zudem beschreibt sie als relevant, dass ihre Mutter in dieser Situation hilfsbedürftig war und ihre Unterstützung annehmen konnte (vgl. Z. 4210-4220), was dazu führte, dass sie „auch richtig gute und zärtliche Gefühle ihr gegenüber entwickeln konnte“ (Z. 4209).

Frau G. teilt selbst das Verhältnis zu ihrer Mutter und die persönliche sowie die Pflegebelastung anhand dieser Ereignisse in ‚vorher‘ und ‚nachher‘ ein, wobei Verhältnis und Umgang zuvor als hoch belastet und ‚danach‘ als deutlich entspannter und weniger belastet beschrieben werden (vgl. Z. 3835-3850). Insofern sind diese Ereignisse als biografische Wendepunkte anzusehen. Gleichzeitig beschreibt Frau G. aber auch, dass sie schon vor diesen Ereignissen durch einen langen persönlichen Auseinandersetzungsprozess mit ihrer Ursprungsfamilie und deren Einfluss auf ihre eigene Biografie gegangen ist, der auch „viele Jahre Therapie“ (Z. 3454) beinhaltete (vgl. Z. 3549, 3745, 3784). Diesen Prozess sowie auch die theoretische Auseinandersetzung beispielsweise mit dem Thema Tradierung nimmt sie als wichtig für ihre heutige Fähigkeit an, ihrer Mutter keine „Verletzungsmacht“ (Z. 2395) mehr zuzugestehen und „sie zu respektieren und ihr zuzuhören also all sozusagen was ich für mich immer wollte was sie mir nie geben konnte“ (Z. 3292-3294). An dieser Stelle wird auch die Selbstpositionierung von Frau G. im Rahmen des Interviews deutlich. Ein hoher Reflexionsgrad bezüglich der eigenen Rolle und des mütterlichen Verhaltens sowie ein hieraus resultierendes Verständnis für die Mutter spielen hier eine wesentliche Rolle. Diese Punkte beschreibt sie als grundlegend dafür, heute auch durchaus positiv auf ihre Mutter zu blicken und für diese empfinden zu können:

und ähm ja komischerweise würd ich fast sagen dass Manches was mich vorher genervt hat das rührt mich jetzt ...und freut mich auch nämlich dass sie sich jetzt Sorgen um den Weihnachtsteller macht ... dass der jetzt schon gefüllt werden muss dass ja genau so wie ichs eben beschrieben habe was ich vor n paar Monaten noch nicht so beschrieben hätte das ist n Zeichen auch wieder von n bisschen Lebenslust und ja Handeln ist ähm das ist ja auch was Fürsorgliches da drin ... weil der Weihnachtsteller ist ja für uns und sie möchte es auch gestalten oder ihr neulich hatte als meine Schwägerin die Schwester der Schwägerin meiner Schwägerin kam zu Besuch und dann rief mich meine Mutter an wir haben hier son Haustelefon früher hätte sie gesagt so also wir treffen uns dann um fünf zum Kaffee trinken kommt ihr dann runter ja und dann hmmm so und jetzt hat sie gesagt ... ich würde ja so gerne irgendwie Euch heute Nachmittag zum Kaffee einladen wie mach ich das denn ... ((lacht leicht)) das rührt mich ((lacht leicht)) und ich reagier dann auch anders drauf ich hatte zwar was anderes vor aber dann hab ich das kurz mit meiner Schwägerin abgesprochen und dann haben wir das gemacht eben und das war ein netter nettes richtig Kaff/ also sie war so glücklich und ähm das krieg ich auch mit wenn jetzt andere da sind und mit ihr Zeit verbringen nicht weil sies müssen sondern manchmal auch überraschend kommen dann ist die gan/ das rührt mich das find ich alles schön und ... das ist in Ordnung so und ... also da ist n Stück Versöhnung drin das ist schön für sie und für mich gut. (Z. 54835527)

Frau S. – „*ich habe es gelernt Gott für alles zu danken*“⁴⁵. Frau S. wurde als Beispiel extremer Belastung und starken Einflusses der Erlebnisse auf die eigene

⁴⁵Zitat Interview Frau S., Z. 5469.

Biografie ausgewählt. Sie lebt gemeinsam mit Ihrer Mutter in einer Ein-Zimmer-Wohnung in einem Viel-Parteien-Haus und pflegt diese. Frau S. Mutter war bereits als jüngere Frau in Osteuropa häufiger in psychiatrischer Behandlung. In Deutschland wurde, nachdem Frau S. die Versorgung übernommen hatte, bei ihrer Mutter eine wahnhafte Störung (F 22.0 nach ICD-10⁴⁶, vgl. DIMDI 2013, S. 187) aufgrund der Kriegserlebnisse diagnostiziert. Zudem ist eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert worden.

Das Interview wird in der Wohnung der Interviewpartner_in durchgeführt Aufgrund eines Missverständnisses⁴⁷ ist Frau S. Mutter während des Interviews anwesend, sitzt im Hintergrund in einem Sessel und scheint einige Zeit nach Interviewbeginn einzuschlafen. Frau S. ist auf das Gespräch vorbereitet, hat ihre Gedanken zur Versorgung ihrer Mutter notiert und das psychiatrische Gutachten herausgesucht. Zwar ist Frau S. erste Mutter- bzw. Alltagssprache eine osteuropäische, allerdings hat sie deutsch schon als Kind von ihrer Mutter gelernt. Entsprechend kann das Interview in deutscher Sprache geführt werden. Dennoch ist Frau S. hinsichtlich der Sprache unsicher, entschuldigt sich zu Beginn des Gesprächs für Fehler, die sie eventuell macht und ist sehr bedacht darauf, ‚alles richtig zu machen‘. Gleichzeitig ist sie klar in Sprache und Ausdruck. Frau S. beschreibt im Laufe des Interviews, dass die Beziehung zu ihrer Mutter ihr Leben lang hoch problematisch war. Auseinandersetzungen werden existenziell und extrem verletzend geschildert. Insgesamt entsteht während des Interviews der Eindruck von großem durchlittenem bzw. noch anhaltendem Leid in Bezug auf die Beziehung zur Mutter und damit zusammenhängend auf die

⁴⁶Eine Kopie des entsprechenden psychiatrischen Gutachtens inklusive Diagnose liegt mir vor.

⁴⁷Frau S. schien davon ausgegangen zu sein, dass sowohl sie selbst als auch ihre Mutter interviewt werden sollten.

Pflegesituation. Frau S. beschreibt sich selbst als „Gläubige“ (Interview Frau S., Z. 3829), Religion und der Glaube spielen im Rahmen des Interviews und insbesondere bezüglich der Pflege eine hervorstechende Rolle.

Biografischer Abriss. Frau S. ist zum Zeitpunkt des Interviews 61 Jahre alt und studierte Philolog_in. Sie hat in ihrem osteuropäischen Herkunftsland zunächst als Lehrerin und dann in verschiedenen Museen gearbeitet, ist geschieden und wieder-
verheiratet und hat einen leiblichen Sohn sowie zwei angeheiratete Söhne.

Frau S. Mutter war am Ende des Zweiten Krieges gemeinsam mit einem Teil ihrer Familie aus Osteuropa nach Deutschland geflohen. Als Osteuropa nach dem Krieg versprach, deutsche Minderheiten bei der neuerlichen Wiederansiedlung zu unterstützen, wollte sie mit ihrer Familie zurückkehren. Tatsächlich wurde die Familie an der osteuropäischen Grenze verhaftet und in ein Arbeitslager gebracht. Dieses wurde von einer paramilitärischen Einheit überwacht, die Bewohner_innen mussten sich jeden Monat bei den Sicherheitsleuten melden und dürften sich ohne Erlaubnis nicht von ihrem Wohnort entfernen. Hier sind Frau S. und ihr Bruder geboren und hier haben sie, gemeinsam mit ihrer Mutter und zeitweise ihrem Vater, die ersten Jahre ihres Lebens verbracht. Nach mehreren Zusammenbrüchen der Mutter und Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken verließ diese ihren Mann. Laut Frau S. war die Ehe „unglücklich mein Vater hat die Mama brutal behandelt“ (Z. 6326-6327). Beide Eltern sind in den neunziger Jahren nach Deutschland umgesiedelt und haben, Frau S. zufolge auf Bestreben ihres Bruders hin, versucht, erneut eine Beziehung zu führen. Diese scheiterte jedoch nach kurzer Zeit, beide Elternteile verblieben getrennt voneinander in Deutschland.

Frau S. hat im Herbst 2008 ihre eigene Familie in ihrem osteuropäischen Herkunftsland zurückgelassen, um ihre Eltern zu versorgen. Damals litt die Mutter an

einer akuten Psychose. Zuvor war der Bruder, der sich um die Eltern gekümmert hatte, im Januar 2008 aus Deutschland nach Osteuropa zurückgekehrt. Die ersten drei Jahre in Deutschland hat Frau S. auch ihren Vater unterstützt, der in einem Pflegeheim in einer benachbarten Stadt lebte. Ende 2011 ist ihr Sohn aus Osteuropa nach Deutschland gekommen, um Frau S. bei der Versorgung des Vaters zu helfen. Dieser ist wenige Monate später verstorben.

Thematische Schwerpunkte. Im Rahmen der persönlichen Belastung waren für Frau G. die Themenbereiche Verhalten, Emotionalität, Beziehungsstrukturen, Psychische Störung und schlechter Schlaf/Alpträume bedeutsam. Für die Pflegerschwerpunkte kehrten die Punkte Verhalten, Emotionalität, Psychische Störung und schlechter Schlaf/Alpträume als relevant wieder. Frau S. beschrieb die Bereiche Verhalten, Emotionalität und Beziehungsstrukturen als beeinflusst durch die Kriegserlebnisse ihrer Mutter. Auch die Mutter-Tochter-Beziehung sowie die Selbstdarstellung im Interview spielte eine besondere Rolle.

Analyse. Das Gespräch mit Frau S. war ebenfalls stark durch das Thema Schuld und die enge Bindung an ihre Mutter geprägt. Die Mutter von Frau S. war während des Interviews anwesend, was bei mir zu Beginn zu einer gewissen Irritation führte. Ich entschied mich trotzdem zur Durchführung des Interviews, da ich eine möglichst hohe Autonomie in der Gestaltung der Interviewsituation für meine Interviewpartner_in sichern wollte. Zudem stellt sich im Laufe des Interviews der Eindruck ein, dass die Anwesenheit von Frau S. Mutter möglicherweise einem bestimmten Zweck dient. Frau S. spricht scheinbar recht offen über die äußerst belastenden Aspekte der Vorbeziehung (große Abhängigkeit von der Mutter, ein Gefühl der Unterdrückung und Härte sowie das Verwehren von Liebe und Anerkennung durch diese) und der Pflege, womit eine oftmals eher negative Beschreibung der Mutter einhergeht.

Beispielsweise beschreibt sie, dass ihre Mutter sehr stark schwarzmale und immer das Schlimmste erwarte, häufig bedrückt, ausgesprochen misstrauisch und von vielen Ängsten getrieben sei. Dies sei für sie persönlich sehr belastend, erschwere aber auch die Pflege, da sie z. B. keine externe Person oder andere Angehörige in die Versorgung einbeziehen könne (vgl. Z. 1531-1545, 1905-1917, 2613-2621, 2735-2743, 3066-3079, 3673-3690). Auch die Situationen aus Kindheit und Jugend, die bereits im Ergebnisteil dargestellt wurden und die Frau S. ihren nonverbalen Reaktionen zufolge als ausgesprochen demütigend und belastend empfunden hatte, werden relativ frei vorgetragen.

Verschiedene Gründe für diese Gesprächskonstellation und Frau S.s freies Sprechen sind denkbar. Zunächst betont sie im Laufe des Gesprächs immer wieder, dass es aufgrund der besonderen Situation der Mutter unmöglich sei, weitere Personen in die Versorgung einzubeziehen. Die Mutter in der Gesprächszeit anderweitig zu versorgen stand also offensichtlich nicht zur Option. Gleichzeitig beschreibt Frau S. immer wieder auch die aktuell mangelnde Anerkennung durch ihre Mutter und die damit zusammenhängende Enttäuschung und Verletzung (vgl. Z. 3807-3823, 2669-2674, 410-426). Es ist möglich, dass sie die Interviewsituation unbewusst genutzt hat, um nicht nur ihre Geschichte grundsätzlich ‚hörbar‘ zu machen, sondern die Mutter in die Rolle der Hörerin und somit zur „*sozialen Anerkennung*, des Gesehen- und Gehört-Werdens“ (Lucius-Hoene & Deppermann 2002, S. 33, Hervorheb. im Original) zu zwingen.

Deutlich wird, dass Frau S. auch heute noch unter der früheren Ablehnung, der Härte und den Demütigungen ihrer Mutter leidet und diese ‚alten Gefühle‘ keineswegs abgelegt sind. Bauer (2008) zufolge kann ein andauernder unversöhnlicher Ärger auf die Eltern bei den Nachkommen auf einen unsicher-ambivalenten Bindungsstil

hinweisen (vgl. S. 191). Zudem legen weitere Forschungsergebnisse nahe, dass ein von Ablehnung und Bestrafung geprägtes Erziehungsverhalten mit einer geringeren Resilienz bei den Nachkommen korrespondiert (vgl. Petrowski, Brähler & Zenger 2014, S. 5). Möglicherweise kann die mangelnde Loslösung von der Mutter als Ausdruck einer geringeren Resilienz bei Frau S. gelesen werden. Dies könnte insbesondere gelten, da sie nach eigener Auskunft aufgrund der emotionalen Abhängigkeit von ihrer Mutter und deren Einfluss lange Zeit keine positiven sozialen Erfahrungen (ein sicheres soziales Netzwerk, enge Bindungen, das Gefühl der sozialen Verbundenheit) machen konnte, die in der Fachliteratur als mögliches Korrektiv für mangelnde Resilienz angeführt werden (vgl. Petrowski, Brähler & Zenger 2014, S. 5). Diese Abhängigkeit bzw. mangelnde Selbstständigkeit zieht sich als ein ‚Motto‘ durch die Erzählung und ist aus Frau S. Sicht der Grund dafür, dass sie lange selbst Probleme mit der Nähe zu anderen Menschen hatte:

Interviewerin: das heißt ... dass die Kriegserlebnisse Ihrer Mutter ja eigentlich auch nen ganz massiven Einfluss auf Ihre Biografie hatten oder/

Frau S.: auf auf meine Biografie auf meine Einstellungen ... jetzt weiß ich warum ich immer mich von den Leuten distanziert habe ... ich habe nie körperlichen Kontakt ausstehen können ... probieren Sie mich anzutasten ich werde so machen [weist auf ihre Schulter und zieht diese zurück] ... ich habe Angst ... ich war immer auch auf Negatives eingestellt eigentlich ich habe auch immer Schlimmes erwartet ... das waren die Grundeinstellungen meiner Mutter nicht meine eigenen. (Z. 6741-6771)

Dabei ist sich Frau S. heute durchaus bewusst, dass die Verhaltensweisen ihrer Mutter auf die Kriegserlebnisse zurückzuführen sind. Geholfen habe bei dieser

Erkenntnis auch die Diagnose der psychischen Störung ihrer Mutter und die offizielle Begründung der Kriegserlebnisse als Ursache (vgl. Z. 79-83, 2979-2980).

Räumlich gelöst hat sich Frau S. erst von ihrer Mutter als sie selbst bereits berufstätig war und die Wohnsituation ‚unerträglich‘ wurde. Sie verließ zunächst die gemeinsame Wohnung und wohnte in einer provisorischen Unterkunft an ihrer Arbeitsstätte (vgl. Z. 2795-2825). Das war der erste Schritt zu einem biografischen Wendepunkt, der ein Jahr später darin bestand, in einer anderen, weit entfernten Stadt ihren Traumberuf zu ergreifen – allerdings erst nachdem sie ihre Mutter dringlichst um deren Zustimmung gebeten und diese erhalten hatte:

((atmet tief ein)) ein Jahr hab ich so ausgehalten und dann hab ich gesagt Mama lass mich bitte los ich habe immer den Traum gehabt in einem Museum zu arbeiten ich gehe in (*sic!*) xy Museum nach P. ... ich hab ein Angebot von dort lass mich bitte lass mich los. (Z. 2829-2835)

Retrospektiv beschreibt sie, sie verstehe bis heute nicht, warum die Mutter eingewilligt habe – sie habe ihr aber damit das ‚Leben gerettet‘, „ich hätte es nicht länger ausgehalten bei ihr“ (Z. 2845). Nach diesem Ablösungsprozess lernt sie ihren Ehemann kennen und gründet mit ihm eine eigene Familie. Zugleich berichtet sie weinend davon, dass durch diese Ablösung ihre Mutter 32 Jahre lang alleine lebte:

die war ja immer alleine ... und mit ihren Gedanken und in ihren düsteren Welt [*sic!*] ... ich habe mich auf solche Weise gerettet ... aber die Mama ist in ihren Schlamm versunken [*sic!*] ... und das war ganz schlimm für die Mama ... dass sie so lange alleine war. (Z. 2890-2914)

Ihre eigene ‚Lebensrettung‘ bedingte also den ‚Untergang‘ der Mutter, was scheinbar immer noch mit Schuldgefühlen bei Frau S. verknüpft ist. Trotz des belasteten Verhältnisses war die Loyalität zu ihrer Mutter zu diesem Zeitpunkt also enorm.

Naheliegender scheint die Annahme, dass aufgrund der dauerhaften psychischen Instabilität der Mutter das Holding bzw. die Parentifizierung als familiensystemische Tradierungsmechanismen wirksam waren. Zumindest vorübergehend gelöst werden konnte diese Situation für die Tochter nur durch einen Befreiungsschlag, der im psychischen Sinne ‚tödliche Folgen‘ für die Mutter hatte.

Das drastische Bild des ‚sozialen Todes‘ spielt auch eine Rolle in der Beschreibung des Zustandes ihrer Mutter, als Frau S. zu deren Versorgung nach Deutschland kam: „ihr Zustand als ich kam kann ich nur mit dem Wort Tod sozialer Tod ... bezeichnen ... sie hat alle Kontakte abgebrochen zu allen ... zu ihrer Familie zu Verwandten zu Nachbarn zu den Leuten hier im Hause“ (Z. 1026-1034). Frau S. beschreibt, dass sie sich, auch aufgrund der Vorbeziehung, lange gegen die langfristige Übernahme der Pflege und Verantwortung für ihre Mutter gewehrt hatte:

ich habe es nicht beabsichtigt hierzubleiben ich wollte zurück nach M. ... ich habe mir gedacht dass es ne Golgatha (*sic!*) für mich sein wird wenn ich da bleibe ich habe ne große Furcht gehabt ... und dann habe ich die deutsche Bürgerschaft (*sic!*) angenommen und hier geblieben obwohl meine Familie in M. blieb ((weint)) ... das war eine sehr schwere Entscheidung für mich ((weinend)) ... aber ich habe gesagt meine Mama hat uns beide mich und meinen Bruder alleine groß gezogen sie hat sich für uns aufgeopfert jetzt kann ich die Mama nicht im Stich lassen ... die hat sowas schon ... erlebt es geht nicht ob ich das will oder nicht ((weinend)). (Z. 4703-4708; 4783-4802)

Sie lässt also ihre eigene Familie zurück und begibt sich in eine Situation, die ihr als qualvoller Tod und größter Schmerz, als ‚Golgatha‘⁴⁸ erscheint. Dabei wird sie

⁴⁸Golgatha ist ein Hügel bei Jerusalem und gilt als Kreuzigungsstätte Christi. Der Duden ergänzt

nach eigener Auskunft von ihrem Mann und ihren Kindern unterstützt, ihre Kernfamilie scheint großes Verständnis für ihre Situation zu haben. Das Bild des Todes taucht wieder auf, wenn Frau S. die misstrauische und negative Haltung der Mutter beschreibt, die ein Boden sei, auf dem sie „nur sterben und nicht wachsen“ (Z. 2747) könne. Die Drastik der Beschreibung spiegelt sich auch in der Häufung des Themas ‚Misstrauen‘ oder ‚Anschuldigungen‘ durch die Mutter, das als ‚Motto‘ in verschiedenen Schlüsselstellen bedeutsam ist. Beispielsweise schildert Frau S.: „sie sagt immer du wirst mich abschieben ... du wirst es nicht aushalten ... du äh wirst mich ins Heim abgeben und so weiter“ (Z. 430-438) und

Interviewerin: diese Tatsache dass sie da so misstrauisch ist und dass sie eben ja Versorgung Ihrer Mutter Ihnen ja auch misstraut ist das was was für Sie die Versorgung Ihrer Mutter erschwert ((fragend))

Frau S.: „ja gewiss doch ... gewiss doch und das tut weh wissen Sie ... das tut sehr weh ((lacht leicht)) ... da versucht man sein Bestes zu geben und kriegt/.“ (Z. 3807-3823)

Ihre Entscheidung, sich dennoch in ein Zusammenleben zu begeben, das für sie durch alte und neue Verletzungen, Angst und weiterhin durch mangelnde Anerkennung und Misstrauen durch die Mutter geprägt ist, begründet sie indirekt damit, dass sie es ihrer Mutter ‚schulde‘, da diese sie aufgezogen und harte Zeiten erlebt habe – und ihr in einer extremen Situation ein zweites Mal ‚das Leben geschenkt‘ und dafür den eigenen ‚Untergang‘ in Kauf genommen habe. Hier könnte der familiensystemische Ansatz der ‚unsichtbaren emotionalen Kontoführung‘ nach Boszormenyi-

als Beispiel: „in übertragener Bedeutung>: er erlebte hier sein Golgatha (gehoben; *er musste hier seinen tiefsten Schmerz erleiden*“ (Hervorheb. im Original) (<https://www.duden.de/rechtschreibung/Golgatha>).

Nagy und Spark (1981) eine Rolle spielen. Die beiden Forscher_innen gehen davon aus, dass in der Kindheit entstandene Loyalitätskonflikte das ganze Leben sowie die Beziehungsdynamik im Familiensystem über Generationen hinweg prägen. ‚Schulden‘ (Schuld oder Schuldgefühle) und ‚Verdienste‘ der Familienmitglieder werden dabei auf einem ‚emotionalen Konto‘ festgehalten (vgl. Boszormenyi-Nagy & Spark, S. 69). Bauer und Gröning (2007) führen weiter aus, dass die Eltern dabei zunächst durch die natürliche Abhängigkeit der Kinder einen ‚Habensvorsprung‘ besitzen, der die nachfolgenden Generationen an sie binde. Gleichzeitig führten unausgeglichene ‚emotionale Konten‘ zu „Abhängigkeiten und Dominanz“ und „destruktiver Dynamik“ (S. 29). Es ist möglich, dass im höheren und hohen Alter der Eltern aus dem ‚emotionalen Kontostand‘ heraus ein Gefühl hoher Verschuldung bei den Kindern entsteht.

Im Fall von Frau S., in dem die Mutter das Überleben und Fortkommen der Kinder in einem nach Frau S. Beschreibung eher feindlich gesinnten Umfeld sichergestellt hat, ist davon auszugehen, dass diese ‚Verschuldung‘ besonders drastisch wirksam ist und sich durch den oben geschilderten Ablösungsprozess potenziert hat. Bauer und Gröning beschreiben, dass dies sehr hohen Druck bei einem Kind auslösen kann, ‚Rückzahlung‘ leisten zu müssen, obwohl es z. B. anderweitig in Verantwortung eingebunden ist. Zudem kann es zu Überengagement kommen, da dieses Kind vor dem Hintergrund der empfundenen ‚Schuld‘ (vergeblich) versucht, etwas zurückzugeben (vgl. Bauer & Gröning 2007, S. 30). Es liegt nahe, Frau S. zum Zeitpunkt des Interviews fünf Jahre andauernde Aufgabe der eigenen Familie und die Übernahme einer sichtbar auf mehreren Ebenen belastenden Aufgabe vor diesem Hintergrund zu betrachten. Möglicherweise muss die ‚Leben und Tod‘-Dyade umgekehrt werden, um den ‚emotionalen Kontostand‘ zumindest ansatzweise wieder auszugleichen.

Hinzu kommt die Suche nach Liebe und Anerkennung der Mutter, die Frau S. ihr Leben lang verwehrt blieb und die sie nun offenbar auch über die Pflegesituation zu erlangen versucht:

die hat ja zu mir immer gesagt ich bin ein Taugenix ... ich bin n/ nur nixnutzige ich bring nix zum Ende (*sic!*) ... ich kann nix weil sie mich ja immer unterdrückt habe ... und deswegen musste ich lange kämpfen ... um ihr zu beweisen dass ich auch etwas ... kann ... und das ich auch richtig handle ... das hat sich über drei Jahre gezogen ((lacht leicht)) ... am liebsten hätte sie alles selbstständig gemacht erledigt aber jetzt ist sie hilflos ... nur weil sie hilflos ist ... lässt es sie das zu dass ich die Entscheidungen treffe und sie hat es gelernt dass es für sie ne große Bürde ist es ist leichter so wenn ich das übernehme. (Z. 1287-1344)

ich habe es gelernt meine Mutter so zu lieben wie sie ist es war sehr schwierig ((weint)) ... wie ein Ungeheuer zu lieben ((weinend)) ... aber ich habe immer gespürt dass sie mich auch liebt ich habe mein Leben lang Eifersucht zu meinem Bruder gehabt (*sic!*) ... weil die Mama hat immer ihn mehr geliebt als mich aber das war eben die Situation wo s/ wo wo nur ich für sie etwas machen konnte ... und niemand und kein anderer Mensch nur ich. (Z. 4835-4854)

Die lebenslange Abhängigkeit, die Frau S. im Interview immer wieder betont, konnte sie nach ihrer Auskunft erst nach ‚langem Kampf‘ (vgl. Z.946-950, 4073-4077) zumindest auf der Handlungsebene abstreifen, die Mutter ist aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen nun abhängig von ihr. Dies, so Frau S., sei die Grundlage dafür, dass sie überhaupt etwas für ihre Mutter tun könne, vielleicht aber auch dafür, dass die Möglichkeit entsteht, von ihr anerkannt zu werden. Die mottohafte

Selbstdarstellung im Rahmen des Interviews als aufopferungsvolle ‚Retterin‘ der Mutter bildet dabei möglicherweise Frau S. Sehnsüchte, gleichzeitig aber auch ihren Erklärungs- und Sinnhorizont ab. Schon mit der Verwendung des Begriffs ‚Golgatha‘ für die Pflege ihrer Mutter wird der christliche Glaube als Erklärungsmodell und Identifikationsmöglichkeit sichtbar. Dies zeigte sich in vielen weiteren Schlüsselstellen. Sie betont immer wieder, die Pflege ihrer Mutter sei eine ‚Aufgabe‘, die ihr von Gott übertragen worden sei bzw. eine ‚Lektion‘, die sie von ihm erhalte (vgl. Z. 3032-3062, 4882-4905, 5303-5315). Zudem könne man auf zwei Wegen alte Belastungen und Ängste loslassen: indem man die Ursache verstehe (was nicht der Weg ihrer Mutter gewesen sei) oder, wie sie stark weinend berichtet, indem man sich schuldig fühle für die vielen „Unterlassungssünden“⁴⁹ (Z. 3015), die man begangen habe, dann trete eine ‚Befreiung‘ durch Gott ein (vgl. Z. 3011-3023). Interessant ist an diesem Punkt, dass Frau S. im Rahmen des Interviews an keiner Stelle erwähnt, ihre Mutter habe sich jemals schuldig für ihr Verhalten gefühlt bzw. dies geäußert. Sie beschreibt außerdem zuvor, ihre Mutter sei zwar gläubig, aber nicht so „tief gläubig wie ihre Umgebung“ (Z. 711-715). Insbesondere vor dem Hintergrund des vorher geschilderten Konflikts der ‚Lebensrettung‘ durch die Mutter und die tiefe Gläubigkeit von Frau S. kann hier die Frage gestellt werden, ob sie tatsächlich die ‚Unterlassungssünden‘ der Mutter meint oder auf indirektem Weg von sich selbst spricht. Hier könnte erneut die oben

⁴⁹Der Duden definiert die ‚Unterlassungssünde‘ dahingehend, dass eine gebotene gute Tat nicht getan wird (vgl. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Unterlassungssuende>). In der Bibel findet sich die entsprechende Stelle in Jakobus 4, Vers 17: „Wenn daher jemand weiß, wie er das tun soll, was recht ist, und es doch nicht tut, so ist es ihm Sünde“ (Hamp, Stenzel und Kürzinger (Hrsg.) 1994, S. 318).

beschriebene ‚emotionale Verschuldung‘ eine Rolle spielen. Es ist möglich, dass Frau S. hier einen Bewältigungsprozess durchläuft, der im christlichen Sinnzusammenhang angesiedelt ist: um sich von den ‚Unterlassungssünden‘, die sie der Mutter gegenüber begangen hat (mangelnde Aufopferung zum gegebenen Zeitpunkt, stattdessen das ‚Retten‘ des eigenen Lebens) zu befreien, muss sie Buße tun, indem sie nun die Mutter pflegt, obwohl dies eine für sie existenziell bedrohliche und beängstigende Situation war und teilweise immer noch ist.

Vielleicht ist vor diesem Hintergrund auch zu erklären, dass die schmerzhafteste Option offensichtlich die einzige war bzw. die Möglichkeit, die Mutter in ihr Heimatland zu Frau S. zu holen und sie dort zu pflegen, nicht zur Debatte stand. In christlicher Tradition nimmt Frau S. hier ‚das Kreuz auf sich‘ und folgt in diesem Sinne Jesus Christus: „Wenn einer mit mir gehen will, so verleugne er sich selbst, nehme sein Kreuz auf sich und folge mir nach“ (Matthäus 16, Vers 24 zitiert nach Hamp, Stenzel & Kürzinger (Hrsg.) 1994, S. 26). Durch Schmerz und Selbstaufgabe scheint sie ‚Vergebung‘ durch Gott und die Mutter erlangen zu wollen was ihr – zumindest innerhalb ‚dieses Lebens‘ – vermutlich nicht gelingen wird. Vielleicht um diese unbewusste Erkenntnis abzufedern beschreibt Frau S. später im Interview, dass das vermutete ‚Golgatha‘ keines gewesen, sondern die Pflege der Mutter im Gegenteil eine „große Bereicherung“ (Z. 4944-4945) sei. Allerdings klaffen in dieser Interviewsequenz verbale und nonverbale Ebene stark auseinander: während sie von der Bereicherung spricht, weint sie heftig und spricht gepresst. An anderer Stelle erklärt sie weinend, die Pflegesituation sei „ein Geschenk Gottes“ (Z. 5423), das sie lange nicht habe annehmen wollen. Sie beschreibt die zunehmende Demut vor Gott und seinen Plänen als Entwicklungsprozess innerhalb der Pflegesituation denn „er hat gute Absichten mit uns“ (Z. 5471).

An dieser Stelle verknüpft sie zudem die christliche Begründung mit psychologischen Ansätzen und beschreibt „das Schlimme das sich von einer Generation ... der anderen übergibt das muss ja irgendwie ein End (*sic!*) nehmen“ (Z. 5437-5442). Es geht also auch darum, die negativen Erfahrungen der vorherigen Generation und die daraus resultierenden Folgen den „Kindern und Enkelkindern nicht [zu] übergeben“ (Z. 1864). Deswegen, so sagt sie weiter, habe ihr Leben „noch nie solch einen Sinn gehabt wie in diesen fünf Jahren“ (Z. 5446-5447). Es ist anzunehmen, dass auch diese Erklärung oder ‚Aufgabe‘ als Bewältigung, eventuell auch als ‚Ermächtigung‘ funktioniert, da sie so der belastenden Pflegesituation nicht mit allen destruktiven Anteilen ausgesetzt ist. Im Gegenteil übernimmt sie hier die Aufgabe, durch das eigene Leid und die Reflexion dieses Leides die bisher ihrer Ansicht nach unreflektiert zwischen den Generationen weitergegebene Belastung aufzulösen, um die Folgegenerationen zu schützen. Frau S. scheint also die schmerzhaft gemeinsame Vergangenheit mit und die belastende Pflege ihrer Mutter sowie die jahrelange Trennung von ihrer eigenen Familie mithilfe der christlichen Sühne- und Erlösungslogik zu bewältigen. Zudem übernimmt sie stellvertretend die Aufgabe, die Tradierung belastender Verhaltensweisen und emotionaler (Beziehungs)Strukturen zu durchbrechen.

Zugleich beschreibt sie ihren Glauben als Ressource, die ihr Kraft gibt: „und ich lese bis jetzt jeden Tag in der Bibel und das gibt mir Kraft ... und Mut und Trost und das ist ... meine Stütze ... ich hätte es anders nicht ausgehalten“ (Z. 5177-5189). Die Religion und der Glaube scheinen hier das zu erfüllen, was Fromm (1950) für alle Religionen und religiöse Erfahrungen titulierte: „dem Individuum einen Rahmen der Orientierung und ein Objekt der Hingabe“ (S. 27) zu bieten. Eine besondere Rolle ist diesem ‚Orientierungsrahmen‘ vermutlich außerdem zuzusprechen, da Frau S. sich nicht nur einer privat äußerst belastenden Situation gegenüber sieht, sondern

gleichzeitig durch ihre (zeitweilige) Migration nach Deutschland mit der Herausforderung konfrontiert ist, „einen Wandel der Existenzbedingungen des eigenen Daseins“ (Koptagel-Ilal 2002, S. 196) zu bewältigen. Koptagel-Ilal (2002) zufolge suchen Migrant_innen „immer nach einer Stütze, an die sie sich halten können“ (S. 199). Dies könne auch für Migrant_innen gelten, die mit der Sprache und den kulturellen Bedingungen ihrer neuen Umgebung vertraut sind, wie es auf Frau S. zumindest teilweise zutrifft (vgl. S. 200). Es ist möglich, dass der Glaube für Frau S. auch durch diese Stützfunktion die Bewältigung ihrer aktuellen Lebenssituation ermöglicht.

Eine weitere Kraftquelle findet Frau M. im Sport: „ich laufe jeden Tag weil ich muss Reserve haben ... ich habe solch eine Schutzstrategie entwickelt“ (Z. 2427-2440). Insofern scheint Frau S. Strategien entwickelt zu haben, die ihre Resilienz aktuell stärken, was sie auch selbst so benennt. Innerhalb einer Situation, in der offenbar sowohl der biografische Einfluss der mütterlichen Kriegserlebnisse wie auch die daraus resultierende persönliche und Pflegebelastung enorm sind, ist es Frau S. also gelungen, Erklärungsmuster und Schutzmechanismen zu entwickeln, die ihre aktuellen Lebensumstände erträglich machen und es ihr ermöglichen, einen tieferen Sinn darin zu finden.

Frau M. – „ich hab jetzt gar nicht so viel zu bieten von Kriegstraumatisierungen“⁵⁰. Frau M. wurde als Beispiel für eine eher geringe Belastung und mäßigen Einfluss der Zeitzeug_innenerlebnisse auf die Biografie ausgewählt. Sie lebt in einer eigenen Wohnung, ihre Mutter wohnt in einer Seniorenwohnsiedlung (ohne Betreuung), einige Kilometer von ihrem eigenen Wohnort entfernt. Frau M. beschreibt, dass ihre

⁵⁰Zitat aus dem Interview von Frau M., Z. 2631.

90-jährige Mutter „sehr aufmerksam von uns betreut“ (Interview Frau M., Z. 2438⁵¹) wird. Dies beinhaltet Telefonate morgens und abends, häufige gemeinsame Unternehmungen am Wochenende und seit kurzem die Begleitung bei Arztbesuchen.

Die Gesprächsatmosphäre ist sehr offen und entspannt, Frau M. wirkt interessiert am Thema und informiert über Methodik und Vorgehen von Befragungen. Sie hat sich auf das Gespräch vorbereitet, das Fragenheft angesehen und ein Buch zum 90. Geburtstag ihrer Mutter herausgesucht (Z. 2630-2632, 3325). Im Anschluss an das Interview bietet Frau M. an, selbst als Multiplikator_in zur Teilnehmendenakquise für die Studie tätig zu werden, da sie selbst ehrenamtlich im Altenhilfebereich tätig ist.

Biografischer Abriss. Frau M. ist zum Gesprächszeitpunkt 59 Jahre alt und lebt seit dem Studium an ihrem aktuellen Wohnort. Sie war verheiratet, ist geschieden und hat zum Zeitpunkt des Interviews seit elf Jahren einen neuen Partner. Frau M. ist laut eigener Auskunft als uneheliches Einzelkind mit einem kriegstraumatisierten Stiefvater aufgewachsen. Sie beschreibt diese Ehe als schwierig und gibt an, als „Partnerersatz“ (Z. 2188) für die Mutter fungiert zu haben.

Frau M.s Mutter war im Krieg als Krankenschwester in einem Reservelazarett tätig. Frau M. zufolge war das Verhältnis zu ihrer Mutter lange schwierig, allerdings habe es sich vor ungefähr 15 Jahren deutlich verbessert. Als verantwortlich für diese Veränderung benennt Frau M. eine Haltungsänderung ihrer Mutter, die sie als Reaktion auf eine existenzielle Situation „praktisch innerlich losgelassen“ (Z. 2295) habe.

Thematische Schwerpunkte. Als zentral für die persönliche Belastung zeichnen sich bei Frau M. die Themen Verhalten, Emotionalität und Beziehungsstrukturen ab.

Die Pflegebelastung scheint sich vor allem in den Bereichen Emotionalität und Kommunikation zu zeigen. Ein biografischer Einfluss scheint lediglich auf der Verhaltensebene stattgefunden zu haben. Darüber hinaus sind auch bei Frau M. die Mutter-Tochter-Beziehung sowie die Selbstdarstellung im Interview bedeutsam.

Analyse. Wie bereits erwähnt spielte im Interview von Frau M. die Befürchtung „dass es nicht dramatisch genug“⁵² (Z. 3325) sei eine besondere Rolle: „also von traumatischen Erfahrungen ... kann ich so jetzt nix sagen also sie erzählt wirklich sehr viel und ich denke dass sie mir also auch das Meiste erzählt hat“ (Z. 1865-1868). Im Rahmen des Auswertungsprozesses wurde dies als Selbstdarstellung der ‚mangelnden Betroffenheit‘ interpretiert. Von persönlicher oder Pflegebelastung wurde dementsprechend von Frau M. eher wenig und eher auf der Handlungsebene berichtet. Beispielsweise benannte sie die ‚Katastrophenangst‘ der Mutter – z. B. deren große Angst, dass Frau M. und ihr Partner bei einer Urlaubsreise mit dem Flugzeug abstürzen – lediglich insofern als Herausforderung, dass sie „entsprechend ja für Ersatz sorgen [muss] wenn wir nicht da sind“ (Z. 900-905). Auch die Überforderung bzw. panische Reaktion der Mutter in Alltagssituationen wie bei einer nicht funktionierenden Heizung benennt sie lediglich deswegen als belastend, weil sie aufgrund ihrer beruflichen Situation nicht unmittelbar vor Ort ist um die Mutter zu beruhigen (vgl. Z. 2476-2500). Mit der „generalisierte[n] Angst“ (Z. 436) und der Überforderung in Alltagssituationen beschreibt Frau M. allerdings zwei Verhaltensweisen bzw. emotionale Reaktionen, die auch typisch für eine verspätete Reaktion auf traumatische Erlebnisse sein können. Interessant ist dieser Punkt insbesondere, da Frau M. im Laufe

⁵²Gemeint sind hier sowohl die Erlebnisse der Pflegebedürftigen als auch deren Folgen sowie die Belastung der Pflegesituation.

des Interviews durchaus Erlebnisse ihrer Mutter schildert, die als Erfahrungen mit belastendem bis traumatischem Wert eingeschätzt werden können:

was sie auch erst oder sie hat früher auch schonmal erzählt dass sie von wenn sie dann mal unterwegs war dass sie von Tieffliegern beschossen wurden ... und in Straßengraben gesprungen sind aber das sie sich dann vor Angst in die Hose gemacht hat. (Z. 1880-1887)

wie sie unten im Keller saßen was sie aber erst vor kurzem erzählt hat und da war ich dann doch etwas schockiert dass ich dann äh nicht schnell genug geschaltet hab und nachgefragt hab ich weiß nicht genau wie es passiert ist ob es in nem Bombardement oder bei nem Beschuss war oder was jedenfalls sagt sie ja und die Kollegin mit der ich dann kurz vorher noch zusammen gearbeitet hatte die hatte plötzlich keinen Kopf mehr. (Z. 1694-1699)

Denkbar ist, dass die belastenden Anteile des Themas tatsächlich nur eine untergeordnete Rolle in der familiären Kommunikation gespielt haben und die zunehmende Hilfebedürftigkeit bei der Mutter dazu geführt hat, dass die belastenden Erlebnisse aktuell vermehrt Thema wurden. Vielleicht war die Auseinandersetzung für die Mutter vorher zu belastend und schmerzhaft und die Erlebnisse wurden verdrängt, zumal Frau M. berichtet, ihre Mutter habe ihr von besonders belastenden Erlebnissen erst in jüngster Zeit erzählt. Hier sind die Auskünfte von Frau M. widersprüchlich: einerseits berichtet Sie, dass Ihre Mutter ‚erst jetzt‘ über bestimmte Ereignisse spricht. Andererseits beschreibt sie auf meine Nachfrage, ob die Kriegserlebnisse aktuell vermehrt Thema seien, die Erzählungen ihrer Mutter seien ‚konstant‘ geblieben, sie könne hier keine Veränderung feststellen (vgl. Z. 2691-2716). Möglich ist, dass sich Frau M. hier lediglich auf die Menge der Erzählungen bezieht. Denkbar ist aber auch,

dass Frau M. die aktuell erstmals geschilderten Erlebnisse ihrer Mutter nicht in eine Reihe mit den ‚üblichen‘ Erzählungen zum Zweiten Weltkrieg bringt. Dies könnte als Distanzierungsversuch verstanden werden, um vorhandene Belastungen, Verletzungen oder traumatische Erlebnisse herunterzuspielen und in ihrer Dramatik weiterhin nicht ‚spürbar‘ werden zu lassen. Als Indiz hierfür könnte eine weitere Interviewsequenz verstanden werden:

also ich hab schon gedacht das ist eigentlich äh oder was heißt eigentlich äh
(2) ich hab jetzt gar nicht so viel zu bieten von von Kriegstraumatisierungen
und Auswirkungen auf den Alltag aber

Interviewerin: aber es ist ja so komplex

Frau M.: ja

Interviewerin: also das ist ja das spannende auch

Frau M.: ja

Interviewerin: ne das es irgendwie das ist ja wie so n Kontinuum

Frau M.: ja Mhm (bejahend) Mhm (bejahend)

Interviewerin: und von daher ist eigentlich - jede

Frau M.: Mhm (bejahend)

Interviewerin: Geschichte

Frau M.: Mhm (bejahend)

Interviewerin: die erzählt wird

Frau M.: Mhm (bejahend)

Interviewerin: spannend

(Z. 2630-2658).

Es liegt nahe, diese Interviewsequenz als besonders ‚hörerorientierte Erzählung‘ zu interpretieren, deren Aufgabe es ist, sich durch eine_n externe Zuörer_in zu

versichern – bzw. versichern zu lassen – dass der Krieg und eventuell daraus resultierende Belastungen eine eher unbedeutende Rolle im eigenen Leben spielen. Möglicherweise handelt es sich hier um einen Schutzmechanismus und Frau M. befürchtet, durch nähere Beschäftigung mit den belastenden Erlebnissen der Mutter und deren vielleicht hieraus resultierenden Ängsten erneut in eine Rolle gebracht zu werden, die sie als Jugendliche unfreiwillig erfüllen musste. Wie bereits erwähnt hat Frau M. nach eigener Auskunft aufgrund der unglücklichen Ehe ihrer Mutter für diese als Partner_innenersatz fungiert (vgl. Z. 2183-2200), was im Sinne der familiensystemischen Tradierungsmechanismen als Parentifizierung verstanden werden kann. Zugleich beschreibt sie, dass ihre Mutter lange Zeit äußerst übergriffig gewesen sei, beispielsweise geantwortet hat „wenn ich gefragt wurde“ (Z. 2244-2245) und sie habe „vereinahmen“ (Z. 2265) wollen. Dies könnte im Sinne einer Spätfolge traumatischer Kriegserlebnisse als der Versuch der Mutter gelesen werden, die Tochter symbiotisch an sich zu binden. Gelöst hat sich Frau M. aus dieser Mutter-Kind-Bindung, die sie selbst als „sicherlich zu eng“ (Z. 2196) beschreibt, im Rahmen ihrer Scheidung, die als biografischer Wendepunkt verstanden werden kann:

ja mit meiner Scheidung hab ich dann nen Bruch quasi auch äh zu ihr gemacht ... hab mich da völlig raus gezogen mein Leid auch nicht mehr mit ihr geteilt auch nicht ihre Erwartungen mehr erfüllt ... wenn ich jetzt alleine bin brauch ich Mama wieder ne ... sondern mich da also wirklich sehr stark abgegrenzt (Z. 2269-2283).

Zwar beschreibt sie, dass es ihrer Mutter gelang sie ‚innerlich loszulassen‘ (vgl. Z. 2289-2295). Allerdings war hier eine existenzielle Situation notwendig in der die Mutter vermutete, Frau M. habe sich mit HIV infiziert, werde daran sterben und ziehe sich deswegen zurück. Vielleicht geht es beim eher relativierenden Umgang mit den

Erlebnissen der Mutter also unbewusst darum, sich vor der erneuten Rollenübernahme als Partner_in bzw. vor der Vereinnahmung durch die Mutter zu schützen – oder vor dem Konflikt den Frau M. eventuell befürchtet, wenn sie sich der Rollenübernahme klar verweigert.

Auch der biografische Einfluss wird nur bedingt als bedeutsam eingeschätzt und dann lediglich in Bezug auf Handlungs- bzw. Verhaltensweisen wie Sparsamkeit. Auch dieses Verhalten wird zudem als wenig ‚dramatisch‘ bzw. sogar erstrebenswert gedeutet:

ich hab heute noch Schwierigkeiten wenn jemand den Wasserhahn einfach so laufen lässt ... ich muss den also meistens kann ich mich beherrschen aber äh eigentlich muss ich ihn zwanghaft dann schließen ... aber inzwischen find ich auch das ist nicht nötig ne ... man kann Wasser auch sparen. (Z. 2963-2977)

dieses äh keine äh Lebensmittel nicht verkommen lassen ... sie schmeißt inzwischen auch angeschimmelter weg ... aber kann sie immer noch nicht gut eine Grundhaltung der Sparsamkeit ... aber jetzt nicht Sparsamkeit im Sinne von Geiz und sich nix gönnen ... sondern ähm ja ähm muss ich also muss ich jetzt wirklich noch n neues T-Shirt haben ... oder äh tuts das alte noch ... muss ich wirklich äh zwei Wasch/ Waschmitteldinger in die Waschmaschine tun ... oder reicht vielleicht auch eins ... ne Stiftung Warentest sagt dann ja auch reicht eins ... ne solche Sachen also sparsamer Umgang mit Ressourcen ... find ich ja nicht schlecht ... also ich denke das hat mich nachhaltig geprägt. (Z. 2999-3039)

Lediglich das Verhalten ‚Das eigene Licht unter den Scheffel zu stellen‘ benennt Frau M. als ein ‚Erbe‘, das eine gewisse Belastungsdimension beinhaltet:

wobei sie zu der Kategorie gehört äh Licht-untern-Scheffel-stellen ... ne so die äh das Maul am meisten aufreißen ... die kommen am Weitesten ((leise gesprochen)) ... ne also hat mich auch einige Anstrengung gekostet mir selber diese Haltung abzuerziehen und mir eine andere Haltung also es hat mich viel Kraft gekostet mein Licht unter dem Scheffel herzuziehen ... wegzuziehen ... also das sind dann auch so Sachen die vererbt werden. (Z. 1475-1501)

Zuvor hatte Frau M. beschrieben, dass Werte wie Disziplin und ‚gute Arbeit zu leisten‘ ebenfalls Punkte sind, die sie als weitergegeben einschätzt (vgl. Z. 1459-1464). Beispielsweise habe ihre Mutter mit einer gewissen Härte gegen sich selbst mit einem grippalen Infekt oder einem Leistenbruch als Krankenschwester gearbeitet (vgl. Z. 664-668). Es könnte also auch sein, dass sich in den ‚undramatischen‘ Schilderungen und Einschätzungen Frau M.s das tradierte Ethos ihrer Mutter wiederfindet, diszipliniert zu funktionieren und die eigenen Leistungen und Bedürfnisse, vielleicht auch die eigenen Belastungen, herunterzuspielen oder zu ignorieren. Diese Haltung der Mutter wiederum könnte als Abwehrmechanismus einer traumatischen Erfahrung oder auch als Weiterführung von Sozialisierung und Erziehung im Nationalsozialismus entstanden sein. Zudem war die Mutter Frau M.s Aussage zufolge mit einem Mann verheiratet, der „massiv traumatisiert durch den Krieg“ (Z. 2218) war. Vielleicht haben sich das Ethos der Mutter und die massive Betroffenheit des Ehemannes dahingehend verstärkt, dass die Erlebnisse von Frau M.s Mutter gegen die des Mannes ‚verblassten‘ und auch von der Tochter als weniger dramatisch gelesen wurden. Passend hierzu kristallisierte sich im Laufe des Interviews das Motto der ‚pflegeleichter‘ Mutter heraus, wobei der Begriff einige Male konkret benannt und mehrfach

umschrieben wurde (vgl. Z. 469-480, 781, 795, 1359-1404). In diesem Zusammenhang spielt auch das Thema der ‚Veränderung im Alter‘ eine Rolle. Frau M. beschreibt an mehreren Stellen, ihre Mutter habe sich im Alter stark zum Positiven verändert, ihre „ungeheure Egozentrik“ (Z. 2348) abgebaut, „ihre guten Eigenschaften die kommen jetzt zum Strahlen“ (Z. 2370). Mehrmals bedient sie sich des Ausdrucks die Mutter sei jetzt im Alter so „wie der liebe Gott sie gemeint hat“ (Z. 2235-2236, 3169): herzlich, zugewandt, wertschätzend (vgl. Z. 2352-2361, 3236-3240). Offensichtlich verhält die Mutter sich ‚heute‘ im Gegensatz zu ‚früher‘ auf eine Weise, die von der Tochter positiv bewertet und als weniger belastend empfunden wird. Dabei wird dieses Verhalten von Frau M. als die ‚eigentliche‘, ‚richtige‘ Persönlichkeit der Mutter gelesen und beurteilt und als vorbildhaft benannt (vgl. Z. 3177). Zusätzlich beschreibt sich Frau M. indirekt als Urheberin für diese Veränderung bzw. die ‚Freilegung‘ der ‚eigentlichen‘ Persönlichkeit der Mutter:

seit dem sie 75 ist und wo ich ihr dann mal schriftlich gegeben hab wofür ich ihr alles dankbar bin ... also das seh ich so als Wendepunkt ... und seitdem ist sie weicher geworden zugewandter geworden ... die hat ihre ungeheure Egozentrik abgebaut ... ich find das unglaublich also dass sich jemand im Alter noch so ändern kann ... ich meine diese Herzlichkeit die sie heute hat also sie ist immer noch stark in ihren eigenen Geschichten gefangen aber die kann auch zuhören ... konnte sie früher auch aber jetzt kommt das alles nochmal sehr viel stärker zum Tragen ne ... also ihre guten Eigenschaften die kommen jetzt zum Strahlen (Z. 2335-2370).

Möglicherweise handelt es sich hier wiederum um den Versuch, den Einfluss der Mutter zu beschränken, indem die Machtverhältnisse umgekehrt werden: nun wird nicht mehr Frau M. durch ihre Mutter, sondern die Mutter durch Frau M. vereinnahmt

und in ihrer Persönlichkeitsentwicklung bestimmt. In jedem Fall haben die Veränderung der Mutter – oder Frau M.s veränderter Blick – und vielleicht auch die möglicherweise angewendeten Bewältigungsstrategien dazu geführt, dass das Verhalten der Mutter als weniger belastend wahrgenommen wird, was sicher einer geringeren Pflegebelastung zuträglich ist.

Vergleich der exemplarischen Fallauswertungen. In allen drei exemplarisch untersuchten Pflegesituationen spielte die Vorbeziehung zur Pflegebedürftigen eine enorme Rolle. Sie scheint das Leben der pflegenden Töchter z. T. massiv beeinflusst zu haben und sich in zwei der drei Fälle ebenso massiv auf die Versorgung auszuwirken. Dabei zeigten sich teils erwartbare, teils überraschende Übereinstimmungen und Unterschiede. So beschrieben die beiden belasteten bis hoch belasteten Pflegepersonen, Frau G. und Frau S., einen Einfluss der mütterlichen (Kriegs)Erfahrungen auf das eigene Beziehungsleben bzw. ihre Bindungsbiografie. Beide Töchter nutzten außerdem die Pflegesituation zur Reflexion: der Beziehung zur Mutter und deren Einfluss auf die eigene Biografie, das eigene Beziehungsleben sowie den ‚eigenen Platz in der Welt‘. Für Frau G. scheint zudem die Erkenntnis bedeutsam gewesen zu sein, dass nur sie selbst die Beziehung zur Mutter verändern kann – und sie die Form von Anerkennung, die sie sich von ihrer Mutter gewünscht hätte, nicht mehr von ihrer Mutter erhalten wird. Die Pflegesituation erscheint hier nicht nur als belastend, sondern auch als Chance für eine positive Entwicklung in der Beziehung und vielleicht auch als Möglichkeit der Ermächtigung. Frau S. hingegen scheint zumindest teilweise noch an dem Wunsch nach Anerkennung durch die Mutter festzuhalten. Hier scheinen sich die beiden Pflegesituationen und Beziehungsstrukturen zu unterscheiden: wo bei Frau S. scheinbar immer noch Belastungsfaktoren durch die Vorbeziehung vorhanden sind (Wunsch nach Anerkennung und Liebe, anhaltender Ärger und

Schmerz durch vergangene Verletzungen) konnte Frau G. sich aus diesen Strukturen lösen. Möglich ist, dass Frau G. durch therapeutische Unterstützung eher in der Lage war, die verschiedenen Verknüpfungen zwischen der mütterlichen und der eigenen Biografie sowie die Aktualität alter Verletzungen zu durchschauen und abzulegen. Auch bei Frau M., deren Pflegesituation als gering belastet ausgewählt wurde, scheint der veränderte Blick auf die Mutter bedeutsam zu sein. Hier konnte die Distanz zur Mutter überwunden werden, indem die Tochter ‚den ersten Schritt‘ machte und ihre Dankbarkeit der Mutter gegenüber ausdrückte. Dies hat aus Frau M.s Sicht das Verhältnis deutlich verbessert.

Alle drei Pflegepersonen hatten also mit einer schwierigen Vorbeziehung zur Pflegebedürftigen zu kämpfen. Eine vorübergehende oder dauerhafte Loslösung aus dieser Bindung bzw. Perspektive war in allen drei Fällen nur durch radikale bzw. existentielle biografische Wendepunkte möglich. Alle Töchter versuchten dabei die ‚Verletzungsmacht‘ der Mütter auf verschiedenen Wegen zu reduzieren, sei es durch die Reflexion des Mutter-Tochter-Verhältnisses (alle Pflegepersonen), eine Verhaltensänderung und den Abschied von Anerkennungswünschen (Frau G.), einen alternativen Halt z. B. durch den Glauben (Frau S.) oder einen veränderten Blick auf die Mutter (Frau M.). Auch wenn die ‚emotionalen Erbanteile‘ das Handeln der Pflegepersonen vielleicht auch heute noch z. T. unbewusst mitgestalten, kann hier in keinem Fall von der Pflege als einem „Gefängnis für neurotische, unemanzipierte und rückständige Frauen“ (Bauer & Kunstmann 2007, S. 266) gesprochen werden, wie dies Bauer und Kunstmann (2007) zufolge häufig bei der Analyse von Pflegesituationen geschieht. Im Gegenteil unternehmen alle drei Frauen auf unterschiedlichen Wegen den Versuch, ihre aktuelle Lebenssituation aktiv zu gestalten. Vor diesem Hintergrund können die verschiedenen oben beschriebenen Bewältigungsversuche,

Sinnzuschreibungen und Verhaltensweisen nicht nur als einschränkende und ausschließlich durch die Beziehung zur Pflegebedürftigen geprägte Strategien verstanden werden. Sie können auch als Versuche der Selbstermächtigung ‚gelesen‘ werden, die in unterschiedlichen Situationen mit verschiedenen, individuell zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Ressourcen durchgeführt werden. Zumindest im Fall der hier untersuchten Versorgungssituationen ist die Pflege, auch die von schwer kriegstraumatisierten Menschen wie Frau S. Mutter, also nicht ausschließlich als Ansammlung von Belastungen zu verstehen, sondern beinhaltet auch Potentiale für ein besseres Verständnis der Pflegebedürftigen und des eigenen Tuns und damit auch zu mehr Verständnis und Autonomie auf beiden Seiten.

4.3 Ergebnisdiskussion. Die präsentierten Ergebnisse haben gezeigt, dass Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs durchaus eine Rolle in der Pflege von Zeitzeug_innen der deutschen Mehrheitsgesellschaft spielen. Sowohl die hier befragten professionell Pflegenden als auch die pflegenden Angehörigen nehmen belastende bis traumatisierende Kriegserlebnisse als Einfluss auf die Pflege wahr und haben auf verschiedene Weise Erfahrungen mit dem Thema gemacht. So hat ein Großteil der befragten professionellen Pflegekräfte nach eigener Einschätzung bereits einen kriegstraumatisierten Menschen gepflegt und Kriegstraumatisierungen als konkreten Einflussfaktor für den pflegerischen Arbeitsalltag erlebt. Die meisten Pflegekräfte gaben dabei an, die Kriegstraumatisierung habe sich über auffälliges Verhalten oder entsprechende Erzählungen der Pflegebedürftigen geäußert. Viele Pflegenden scheinen daraufhin das Gespräch mit den Betroffenen und im Pflorgeteam gesucht und die besonderen Umstände in die Pflegeplanung einbezogen zu haben. Mehr als die Hälfte der Befragten schätzt außerdem Kriegstraumatisierungen als bedeutsam für den eigenen pflegerischen Arbeitsalltag ein.

In der Befragung pflegender Angehöriger beeinflussten die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen die Pflege insbesondere als Belastungsfaktor (für die Pflegeperson und die Pflege) oder als Einflussfaktor für die Biografie der Pflegeperson von Bedeutung. Auch hier spielte das Verhalten der Pflegebedürftigen eine besondere Rolle. Gleichzeitig waren auch die Emotionalität sowie die Kommunikationsstrukturen der Pflegebedürftigen relevant, sowohl als Belastungsfaktoren als auch als Einfluss auf den Lebensweg der pflegenden Angehörigen.

Bezüglich der persönlichen Belastung der pflegenden Angehörigen gaben alle Befragten an, sich durch die Pflegesituation allgemein belastet zu fühlen. Dieses Ergebnis stimmt mit den in Kapitel 3.3 berichteten Ergebnissen zur allgemein hohen Belastung pflegender Angehöriger überein. Auch die Varianz des in Kapitel 3.3 geschilderten Aufgabenfeldes pflegender Angehöriger spiegelt sich in den Angaben der hier befragten Personen wieder (vgl. Kapitel 4.2). Dabei stellte sich dabei das Thema der Organisation des Pflegealltags als hohes Belastungspotential im persönlichen und pflegerischen Bereich heraus. Bedeutsam waren hier die räumliche Entfernung, die Berufstätigkeit der Pflegeperson und die Organisation der Versorgung. Die in Kapitel 3.3 beschriebenen primären und sekundären Belastungsstressoren scheinen also auch in dieser Stichprobe pflegender Angehöriger bedeutsam zu sein. Gleichzeitig hat die Befragung gezeigt, dass die Pflegesituationen z. T. gravierend durch die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen belastet und beeinflusst werden. Die professionelle ambulante Pflege scheint hier insgesamt nicht als Entlastungsfaktor zu wirken. Möglicherweise wäre es für eine gelungene Entlastung notwendig, die Kriegserlebnisse und die möglicherweise hieraus resultierenden Besonderheiten in der Pflege zu beachten. Es sind verschiedene Gründe denkbar, warum dies eventuell nicht geschieht. Zum einen ist es möglich, dass die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_in nicht

zwischen Pflegeperson und professioneller Pflege thematisiert werden. Vielleicht ist das Thema zu privat oder emotional belastend und wird deswegen von den Angehörigen nicht besprochen bzw. werden die Pflegekräfte nicht über diesen biografischen Anteil aufgeklärt. Eventuell ist aber auch trotz Kenntnis der Situation kein ausreichendes Verständnis für die Bedeutung der zeitgeschichtlichen Ereignisse bei den Pflegekräften vorhanden. Dies würde sich mit den Äußerungen der befragten professionellen Pflegekräfte decken, die geringes Wissen und mangelnde Sensibilisierung zum Thema im Kollegium konstatieren und einen stärkeren Einbezug des Themas in Aus- und Weiterbildung sowie zum Thema geschultes Personal fordern.

Die Unterstützung durch spezialisierte Entlastungsangebote für Angehörige von Menschen mit Demenz hingegen scheint in dieser Stichprobe zu gelingen. In der Ergebnispräsentation wurde dargestellt, dass statistisch gesehen die Belastung der pflegenden Angehörigen mit steigendem Demenzgrad der Zeitzeug_innen zu sinken scheint. Dies wirkt zunächst wie ein Widerspruch zu den in Kapitel 3.3 berichteten Befunden, denen zufolge eine kognitive Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen und der damit einhergehende höhere Pflegeaufwand als Risikofaktor für ein hohes Belastungsempfinden bei pflegenden Angehörigen gelten. Allerdings wurde in diesem Kapitel auch deutlich, dass die subjektive Beurteilung der Situation und die Einschätzung, ob ausreichend Ressourcen zur Bewältigung der Pflege vorhanden sind, eine wesentliche Rolle bei der subjektiven Belastung spielen. Dies ist insofern interessant, als dass die Befragten, die eine Person mit Demenz versorgen, den vorliegenden Daten zufolge zwar nicht häufiger als die Vergleichsgruppe allgemeine Entlastungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen. Allerdings nutzen sieben von elf betroffenen Personen oben benannte spezialisierte Entlastungsangebote. Im Rahmen dieser Angebote führen ehrenamtliche Helfer_innen stundenweise Besuche in der Häuslichkeit

durch und ermöglichen es den Pflegenden so, die Pflegesituation zu verlassen und die Zeit anderweitig zu nutzen. Da der zeitliche Aufwand in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen einer der bestimmenden Faktoren für die subjektiv empfundene Pflegebelastung ist (vgl. Kurz & Wilz 2011, S. 336), stellt die durch die spezialisierten Angebote ‚geschenkte Zeit‘ möglicherweise eine wichtige zusätzliche Ressource dar, die die Pflegepersonen stärkt und so die persönliche Belastung reduziert. Zudem steigt mit einem höheren Demenzgrad auch die Wahrscheinlichkeit, in einen höheren Pflegegrad eingestuft zu werden. Da sich hiermit auch die von der Pflegekasse zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen erhöhen und damit die Möglichkeit, weitere informelle Entlastung ‚einzukaufen‘, könnte auch dies eine Erklärung für den auffälligen Zusammenhang sein. Einige Pflegeaufgaben werden auch mit der schwerer werdenden Erkrankung obsolet, wodurch die Belastung in einigen Bereichen abnehmen kann (vgl. Zank & Schacke o. A., S. 145). Eine weitere Erklärungsmöglichkeit liegt im ‚Entwicklungspotential‘ für pflegende Angehörige, die stark demenziell veränderte Menschen pflegen. So berichteten pflegende Angehörige von stark kognitiv beeinträchtigten Menschen in der LEANDER-Studie davon, dass sie sich in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestärkt fühlten (vgl. Zank & Schacke o. A., S. 142). Gleichzeitig muss angemerkt werden, dass in der vorliegenden Studie nicht bzw. nur zum Teil erfasste individuelle Merkmale der Lebenslagen von Pflegebedürftigen und Angehörigen wie die soziale Anerkennung, die Bewertung der eigenen Pflege und eventuelle familiäre (Rollen)Konflikte ebenfalls Einfluss auf das Belastungsempfinden der Pflegepersonen nehmen können (vgl. Oliva y Hausmann, Schacke & Zank 2012, S. 371).

Im Ergebnisteil wurde außerdem ein Unterschied zwischen dem relativ hohen Belastungsgrad, der durch die selbst entwickelte Skala erhoben wurde, und dem eher

geringen Wert in der BIZA-D-PV-PURFAM-Skala zur individuellen Belastung beschrieben. Möglicherweise entstand dieser Unterschied durch die Verschiedenheit der Skalen. Während die selbst entwickelte Skala zum allgemeinen Belastungsempfinden dieses pauschal und direkt mithilfe lediglich eines Items abfragte (Item: ‚Als wie belastend empfinden Sie die Pflege-/Unterstützungssituation?‘) erhob die entsprechende BIZA-D-PV-PURFAM-Skala die Belastung indirekt über insgesamt vier Items. Denkbar ist, dass die differenziertere Abfrage konkreter Gedanken der pflegenden Angehörigen und der daraus gebildete ‚Score‘ Belastung komplexer und weniger extrem abbildet. Andererseits könnten die einzelnen positiv formulierten Items der BIZA-D-PV-PURFAM-Skala auch zu einer positiven Verzerrung im Sinne der sozialen Erwünschtheit geführt haben. Im Einzelnen befragt, ob sie die Situation zu akzeptieren gelernt bzw. gelernt haben, mit dieser zu leben, war möglicherweise der Wunsch der Pflegepersonen groß, sich selbst und den Forschenden gegenüber ein positives Bild zu zeichnen.

Befragt nach den konkreten Faktoren persönlicher Belastung durch die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen wurden von den pflegenden Angehörigen verschiedene Punkte des Verhaltens, der Emotionalität und der Kommunikation genannt. Als besonders stark persönlich belastend wurden Abwehr, Angst, Misstrauen, eine negative Grundhaltung der Pflegebedürftigen, Schweigen und Tabus beschrieben. Viele der Angehörigen, die im Rahmen eines Interviews detaillierter Auskunft gaben, zogen dabei den Schluss, dass diese Verhaltensweisen eine Reaktion auf die Kriegserfahrungen der Zeitzeug_innen seien. Besonders häufig kamen in den hier untersuchten häuslichen Pflegesettings die Sparsamkeit bei Lebensmitteln, das Streben nach Autonomie und Symptome der Übererregung und der Ängstlichkeit vor. Dies scheint insofern logisch, als dass diese Verhaltensweisen relativ leicht von außen beobachtbar

sind und sich vermutlich unmittelbar in der Pflege und Versorgung auswirken. Phänomene wie Reizbarkeit und Nervosität oder ‚Sorge‘ benötigen einen deutlich größeren Interpretationsspielraum, was einige Angehörige auch im Rahmen des Kartensets betonten. Sparsamkeit und ‚Vorsorgen‘ (z. B. indem die eigenen Lebensmittelschränke immer voll sind) wurden gleichzeitig auch als übernommenes Verhalten bzw. als Einfluss auf die Biografie der Pflegepersonen genannt. Diese Aspekte wurden zwar z. T. als äußerst wirkmächtig dargestellt, allerdings eher als enervierend denn belastend beschrieben (vgl. Frau M., Z. 3049-3097; Frau G, Z. 5401-5403). Möglicherweise werden diese Verhaltensweisen und ihre Übernahme positiver besetzt, da sie relativ leicht als Überlebensstrategien erkennbar und in diesem Sinne ‚verwertbar‘ sind.

Die Punkte Übererregung und Ängstlichkeit können auf eine aktuell wirksame psychische Belastung oder sogar eine psychische Störung im Sinne der im theoretischen Hintergrund beschriebene Spätfolgen hinweisen. Da alle Zeitzeug_innen in verschiedenem Maße pflegebedürftig sind, ist es möglich, dass diese altersbedingte Situation bereits bestehende Belastungen verstärkt oder erstmals ‚aktiviert‘ hat. Bestärkt wird diese Annahme dadurch, dass mehrere Pflegepersonen im Rahmen der Interviews beschrieben, diese Verhaltensweisen oder Stimmungen seien erst oder verstärkt im Alter aufgetreten. Bezüglich der negativen Stimmung der Pflegebedürftigen wurde zudem deutlich, dass diese auch die Pflege erschweren kann. Möglich ist, dass die Pflegepersonen eine hohe Empathie zeigen und es ihnen schwerfällt, die Pflegebedürftigen ‚so‘ zu sehen. Gleichzeitig ist es auch möglich, dass der Gemütszustand der Pflegebedürftigen auf die pflegenden Angehörigen ‚abfärbt‘, so wie es Frau S. beschreibt: „ich habe ... gesagt Mama du du bedeckst mich mit einer mit schwarzen Wolken“ (Interview Frau S., Z.1570-1583). So wird möglicherweise die

Stimmung der pflegenden Angehörigen negativ beeinflusst und die Kraft und Energie, die notwendig sind, um die Versorgung zu bewältigen, eingeschränkt.

Die Einschätzung, die Pflegebedürftige könne es nicht lange ohne die Pflegeperson aushalten, wurde sowohl persönlich als auch für die Pflege am häufigsten und am stärksten als belastend genannt. Dies ist vor dem oben geschilderten Hintergrund der mangelnden Entlastung durch externe Pflegeangebote wenig verwunderlich. Gleichzeitig kann es schwierig sein, eine externe Entlastung, z. B. in Form eines Pflege- oder Entlastungsdienstes, überhaupt zu organisieren und in Anspruch zu nehmen, wenn eine physische Abwesenheit zeitlich nur sehr begrenzt möglich ist. Verstärkt werden kann diese Problematik, wenn die Pflegebedürftigen besonders ‚miss-trauisch‘ sind, was von den Pflegepersonen als eine der stärksten Pflegebelastungen angegeben wurde. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Pflegepersonen dieses Verhalten am stärksten als persönlich belastend empfinden, die ein eher ambivalentes Verhältnis zur Mutter haben bzw. schon früh durch Parentifizierungen in die Verantwortung genommen wurden. Möglicherweise wird das Verhalten der Pflegebedürftigen aufgrund der gemeinsamen biografischen Vorgeschichte als besonders belastend empfunden. Eventuell wird die eigene Verantwortlichkeit auch aus demselben Grund höher eingeschätzt, als dies faktisch der Fall ist.

Die Tatsache, sich mit hohem Zeit- und Energieaufwand um einen Menschen zu kümmern, zu dem eventuell eine ambivalente oder problematische Vorbeziehung besteht, kann zusätzlich belastend sein. In der hier befragten Stichprobe wurde das mütterliche Verhalten oftmals als hart, manipulativ, grenzüberschreitend oder verletzend empfunden. Die Diskrepanz zwischen dieser Erfahrung und der heutigen Anforderung, sich adäquat und empathisch um die eigene Mutter zu kümmern kann dabei heraus- oder auch überfordernd sein. Dabei ist es möglich, dass diese Anforderung

selbst formuliert oder von außen an die Pflegeperson herangetragen wurde. Nicht immer ist diese Grenze klar zu ziehen. So schildert Frau L., dass sie schon früh ‚ausgekoren‘ worden sei sich ‚zu kümmern‘ und diese Aufgabe schon als Jugendliche übernommen habe. Gleichzeitig ist sie das einzige Kind, das vor Ort lebt und so schien es zunächst ‚selbstverständlich‘ zu sein, dass sie sich primär um die Mutter kümmert. Es ist möglich, dass Frau L. im Sinne einer Parentifizierung den schon früh an sie herangetragenen Anspruch, Verantwortung für die Familie zu übernehmen, internalisiert hat und sich deswegen verantwortlich für das Wohlergehen der Mutter fühlt – und sich vielleicht auch aus diesem Grund räumlich nicht allzu weit entfernt hat. In jedem Fall schildert sie es als herausfordernd, im Umgang mit ihrer Mutter das ‚richtige Maß‘ an Nähe und Distanz herzustellen.

Manchmal scheinen die Pflegepersonen auch zu versuchen, die problematische Vorbeziehung durch eine besonders aufopferungsvolle Pflege ‚auszugleichen‘. Dieses Thema der ‚emotionalen Verschuldung‘ und der lebenslangen Sehnsucht nach Liebe und Anerkennung wurde in der hermeneutischen Einzelfallanalyse von Frau S. Versorgungssituation ausführlich dargestellt. Gleichzeitig kann die Pflegesituation offensichtlich auch die Gelegenheit bieten, die Vorbeziehung zur Pflegebedürftigen zu reflektieren und daraus resultierende Verhaltens- und Kommunikationsmuster zu verändern. Dies hat beispielhaft das Beispiel von Frau G. gezeigt. Hier entstand eine Entlastung im persönlichen und pflegerischen Bereich nachdem Frau G. zuvor bestehende emotionale Verwicklungen mit ihrer Mutter ‚gelöst‘ hatte. Möglicherweise spielt dieser Punkt auch eine Rolle in Bezug auf den ‚Rollentausch‘ innerhalb der Pflege zwischen Mutter und Kind. Interessanterweise wurde dieser von den betroffenen pflegenden Angehörigen nicht als belastend angegeben. Bei drei der fünf Personen, in deren Befragung das Thema bedeutsam war, kristallisierte sich dabei im Laufe des

Interviews heraus, dass sie in Kindheit und Jugend, z. T. bis ins Erwachsenenalter hinein eine inferiore Rolle ihrer Mutter gegenüber eingenommen hatten. Alle drei Mütter scheinen die Töchter auf unterschiedliche Weise manipuliert und diese in Abhängigkeitsverhältnissen gehalten zu haben. Im Fall von Frau G., die zu den drei betroffenen Töchtern gehörte, kann die Rollenumkehr möglicherweise durch das oben beschriebene veränderte Beziehungsgefüge bzw. die vorangegangene Auseinandersetzung leichter bewältigt werden. Insgesamt ist es außerdem denkbar, dass der durch die Hilfebedürftigkeit der Mutter entstandene Rollentausch eher als positiv und ermächtigend erlebt wird, da die Töchter sich nun in einer bestimmenden und überlegenen Situation der Mutter gegenüber befinden. Dies kann vielleicht insbesondere für Frau S. gelten, in deren Pflegesituation wie oben geschildert Punkte wie der Beweis des Selbstwerts oder das späte Erlangen der mütterlichen Liebe und Anerkennung durch die Übernahme der ‚Mutterrolle‘ bedeutsam zu sein scheinen.

Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen wie ‚Härte gegen sich selbst‘, Misstrauen und ‚sich leicht bedroht fühlen‘ stellten sich als besonders stark belastend für die Pflege heraus. In Bezug auf das erstgenannte Verhalten scheint dies nachvollziehbar, da es ausgesprochen schwierig ist, eine angemessene Pflege oder Versorgung sicherzustellen, wenn die Pflegebedürftigen aufgrund mangelnder Rücksichtnahme auf sich selbst z. B. Schmerzen nicht äußern oder bei Erkrankungen keinen Arzt aufsuchen. Eindrucksvoll deutlich wird diese Herausforderung im Interview von Frau R.: „wenn meine Mutter krank war hat die also die hat das nie Ärzte meine Mutter ist vor 27 Jahren hatte die Krebs Brustkrebs also schon richtig pflaumengroß sichtbar und alles ne die ist nie mal zum Arzt gegangen meine Mutter geht von alleine nicht“ (Interview Frau R., Z. 2209-221). Aufgrund der Zugehörigkeit der meisten Zeitzeug_innen zur zweiten kriegsbetroffenen Generation liegt es nahe, die Härte gegen

sich selbst als Folge der in Kapitel 2.3 geschilderten NS-Erziehung zu interpretieren. Denkbar ist auch, dass es sich um die im gleichen Kapitel beschriebene ‚Abspaltung‘ von körperlichen Bedürfnissen handelt, die in der Kriegszeit als Abwehr- bzw. Bewältigungsmechanismus fungierte und im weiteren Lebensverlauf beibehalten wurde. In diesem und ähnlich gelagerten Fällen kann dann die ‚mangelnde Mitarbeit‘ der Pflegebedürftigen hinsichtlich ihrer (körperlichen) Versorgung als Pflegebelastung empfunden werden. Zudem hat sich in verschiedenen Interviews gezeigt, dass die ‚Härte‘ nicht nur gegen sich selbst, sondern auch gegen die eigenen Kinder angewendet wurde. Insofern ist es möglich, dass in der Pflegesituation Beziehungsmuster verstärkt hervortreten, die schon in der Vergangenheit als belastend von der Pflegeperson empfunden wurde. Die Punkte ‚Misstrauen‘ und ein Gefühl der Bedrohung aufseiten der Pflegebedürftigen könnten, wie in Kapitel 2.3.3 geschildert, als mögliches Symptom einer PTBS die Pflege belasten. Dabei ist es zum einen möglich, dass ein höherer zeitlicher Pflegeaufwand entsteht und als Belastungsfaktor wirkt, da die Pflegebedürftigen vermehrt beruhigt und ‚überzeugt‘ werden müssen. Zum anderen kann es aufgrund der misstrauischen Haltung auch zu Vorwürfen gegenüber den Pflegepersonen kommen, was für diese sehr verletzend sein und die Pflege erschweren kann (vgl. Frau S., Z. 424-448, 3893-3909). Allerdings ist in Bezug auf den Belastungsfaktor ‚Misstrauen‘ zu beachten, dass dieser Punkt vor allem von Angehörigen dementiell veränderter Personen angegeben wurde. Es könnte also auch ein Krankheitssymptom sein und muss nicht zwingend in Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen der Betroffenen stehen. In jedem Fall gelten Misstrauen und Verdächtigungen als besonders starker persönlicher Belastungsfaktor, insbesondere in der Pflege dementiell veränderter Menschen (Gutzmann & Zank 2005, S. 154).

Ein auffälliger statistischer Befund in der Befragung pflegender Angehöriger war der mögliche Zusammenhang zwischen spezifischen Kriegserlebnissen der Zeitzeug_innen (Fronterfahrungen und Verlust des Vaters) und einem hohen Score in der BIZAD-PV/PURFAM-Skala ‚Persönliche Einschränkungen‘ sowie einer besonders hohen persönlichen und Pflegebelastung bei den Pflegepersonen. Dabei sind drei von vier Pflegebedürftigen von beiden Kriegserlebnissen betroffen. Weitere Zusammenhangsberechnungen scheinen darauf hinzuweisen, dass Zeitzeug_innen, die Fronterfahrungen gemacht haben oder den Vater verloren haben, insgesamt besonders viele belastende Kriegserlebnisse erfahren haben.⁵³ So haben die drei betroffenen Frauen zusätzlich auch sexualisierte Gewalt und Flucht oder Vertreibung erlebt. Möglich ist, dass sich aufgrund der kumulierten, traumatisch wirkenden Kriegserlebnisse körperliche und/oder psychische Langzeitfolgen entwickelt haben, die ein besonders hohes Maß an Aufmerksamkeit und Versorgung erfordern und die Pflegepersonen so besonders stark einschränken.

Dabei kann jedes der Erlebnisse auf spezifische Weise Einfluss nehmen oder das Erlebte sich gegenseitig verstärken. So beschreibt Fooken (2014), dass der kriegsbedingte Väterverlust für viele Frauen auch ein Thema im Alter sei. Die lebenslange Sehnsucht nach dem verlorenen Vater sei häufig nicht nur schmerzhaft,

⁵³Um zu errechnen, wie viele Kriegserlebnisse die Pflegebedürftige im Schnitt hatten, fand eine statistische Summenbildung aus den verschiedenen Kriegserlebnisse statt. Dieses Item wurde auch für die Zusammenhangsberechnung genutzt. Zusammenhang zwischen Fronterfahrungen bei Pflegebedürftiger und der Summe der Kriegserlebnisse: Signifikanz bei Somers D = .016. Zusammenhang zwischen Verlust des Vaters (Pflegebedürftige) und der Summe der Kriegserlebnisse: Signifikanz bei Somers D = .004.

sondern auch verbunden mit Gefühlen der Ambivalenz und Uneindeutigkeit, da der Vater zwar abwesend, in Fotos, weiterhin gelebten Ritualen oder der Hoffnung auf seine Heimkehr aber weiterhin indirekt anwesend war (S. 22-23). Zudem können Ausgrenzungserfahrungen wie z. B. aufgrund des Status als Flüchtlingskind (was auch auf die hier beschriebenen Zeitzeug_innen zutrifft) und damit zusammenhängende Gefühle der Ohnmacht oder der Hilflosigkeit die Sehnsucht nach dem Vater als „idealisiertes Inbegriff einer Halt, Geborgenheit, Anerkennung und Vollständigkeit gewährenden Instanz“ (S. 23) aufrecht erhalten haben. Gleichzeitig wirke sich der fehlende Vater z. B. aufgrund oftmals fehlender funktionierender elterlicher Partner_innenschaftsmodelle als Belastung für die eigene Partner_innenschaftsgestaltung aus (vgl. S. 21). Es ist möglich, dass diese Belastungen auch Einfluss auf die Beziehung zu den eigenen Kindern nehmen und Eltern und Kinder diese vorbelastete Beziehung als ‚Hypothek‘ mit in eine Pflegesituation nehmen. Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle, dass alternative Partner_innenschaftsgestaltungen in der Nachkriegszeit wie das gemeinsame Erziehen der Kinder durch Geschwister, weitere Angehörige oder gleichgeschlechtliche Paare nicht als möglicher Ausgleichsfaktor für den erlebten Verlust bedacht werden.

Interessanterweise zeigte sich weder für die persönliche Belastung noch für die Pflegeerschwerern ein Zusammenhang mit dem Verlust der Mutter der Zeitzeug_innen. Allerdings unterscheiden sich die ‚Verlustkonstellationen‘ der drei vom Verlust der Mutter betroffenen Personen voneinander. So war eine Zeitzeug_in bereits vor dem Beginn des Krieges Halbwaise, eine Betroffene verlor ihre Mutter durch Bombardierungen, eine Person verlor beide Eltern während des Krieges. Möglicherweise hatte die Person, die ihre Mutter bereits vor dem Krieg verloren hatte, dieses Erlebnis beim Einsetzen des Krieges bereits soweit verarbeitet, dass es weniger Einfluss auf das

Wohlbefinden der Betroffenen hatte. Auch die zweitgenannte Person ist vermutlich zumindest vorübergehend faktisch als Vollwaise zu betrachten, da die meisten Männer als Soldaten an der Kriegsfront kämpften. Zwar ist das Modell des Mannes als ‚Familienernährer‘ und ‚Tor zur Welt‘ kein spezifisch nationalsozialistisches. Dennoch ist es möglich, dass sich, je nach Alter und Grad der erfahrenen Indoktrination die ideologische Bedeutung des Mannes im NS-Staat als ‚Beschützer‘ und ‚Ernährer‘ der Familie in besonderer Weise dazu beigetragen, dass der Tod der Mutter als geringerer Verlust betrachtet wurde und sich scheinbar weniger stark auf die Zeitzeug_innen auswirkte. Gleichzeitig ist es wahrscheinlich, dass auch die individuellen Erfahrungen mit Mutter und Vater hier eine Rolle spielen. Möglicherweise wurde die Mutter auch vorher nicht als liebevoller Schutzfaktor erlebt, dessen Verlust sich gravierend auswirkte.

Wie erwähnt hatten die betroffenen Zeitzeug_innen auch sexualisierte Kriegsgewalt erlebt. Wie bereits in Kapitel 2 dargelegt gehören sexuelle Gewalt und Kriegserleben zu den besonders schweren Traumatisierungen für die das Risiko an Langzeitfolgen zu leiden besonders hoch ist. Die Untersuchungsergebnisse von Kuwert et al. (2010) legen nahe, dass zumindest ein Teil der Frauen, die sexualisierte Gewalt im Krieg erfahren haben, auch viele Jahrzehnte später noch unter Spätfolgen wie einer partiellen oder voll ausgeprägten PTBS leiden. Dabei waren es nicht nur die Erlebnisse an sich, die belastend waren. Eine Verarbeitung des Erlebten wurde den Frauen häufig ausgesprochen schwergemacht, da das Thema sowohl gesamtgesellschaftlich als auch im privaten Kontext oftmals tabuisiert wurde oder die Frauen gar mit Schuldumkehr zu rechnen hatten (vgl. Eichhorn & Kuwert 2011, S. 9, 30). Eichhorn und Kuwert (2011) schreiben, dass „den meisten der kriegsvergewaltigten Frauen ein Trauerritus [fehle], der aber für die Verarbeitung des Erlebten wichtig

gewesen wäre“ (S. 32). Es ist also möglich, dass die in dieser Untersuchung betroffenen Frauen unter ausgeprägten Folgeerscheinungen leiden, die den Belastungsgrad für die Pflegepersonen erhöhen. Nahe legt dies auch der besonders starke statistische Zusammenhang zwischen dem Erleben sexualisierter Kriegsgewalt und der Erschwernis der Pflege. Gleichzeitig ist es auch möglich, dass sich die Pflegepersonen durch das Wissen um die schrecklichen Erfahrungen der Zeitzeug_in und das empathische Mitempfinden belastet fühlen, zumal es sich bei allen betroffenen Zeitzeug_innen um die eigene Mutter handelte. Auffällig ist allerdings, dass die Erfahrungen sexualisierter Gewalt in den Interviews mit denjenigen beiden Töchtern, deren Mütter betroffen waren, keine Rolle zu spielen scheinen. Die im Ergebnisteil präsentierte Aussage von Frau R. legt nahe, dass über dieses Thema innerhalb der Familie nicht gesprochen wurde und auch im Interview mit Frau S. wurde das Erlebnis eher ‚nebenbei‘ erwähnt. Möglicherweise war das Thema für die betroffenen Frauen zu schmerzhaft, um es anzusprechen, vielleicht wurde es erfolgreich verdrängt. Dies würde sich mit den Ergebnissen von Eichhorn und Kuwert (2011) decken. Hier war Verdrängung die am häufigsten angewandte Bewältigungsstrategie der befragten Frauen (vgl. S. 77). Zudem ist es möglich, dass die betroffenen Frauen aus Scham oder Angst vor Vorwürfen nicht über das Erlebte sprachen. Vielleicht fiel es den pflegenden Töchtern auch schwer, ein offenes Ohr für eine so extrem belastende Erfahrung zu haben – zumal das Thema, wie oben dargestellt, lange Zeit mit einem ‚Sprechverbot‘ belegt war. Auch der Einfluss der Kategorie ‚Sonstiges‘ auf die persönliche sowie auf die Pflegebelastung lässt sich möglicherweise vor diesem Hintergrund erklären, zumal hier Punkte wie Verschleppung, Internierung oder Verlust des Kindes auf der Flucht genannt wurden. Einige Angehörige beschreiben, dass sie insbesondere Erzählungen zu diesen Erlebnissen als belastend empfinden.

Insgesamt haben diese Zeitzeug_innen also nicht nur mehrere, besonders belastende Kriegserfahrungen gemacht, sondern es ist zu vermuten, dass ihnen auch die Verarbeitung dieser Erfahrungen erschwert wurde. Insofern ist die besonders starke Belastung, die in diesen spezifischen Pflegesituationen vorhanden zu sein scheint, wenig überraschend.

Interessanterweise zeigte sich kein statistischer Effekt zwischen den Kriegserlebnissen der pflegenden Angehörigen, der empfundenen Belastung durch die Pflege allgemein oder durch die Kriegserlebnisse der Zeitzeug_innen. Da im Rahmen der Befragung pflegender Angehöriger lediglich erhoben wurde, ob die Pflegepersonen den Zweiten Weltkrieg erlebt haben, ist allerdings auch unbekannt, welche Art von Erlebnis sie hatten. Möglicherweise waren die eigenen Erlebnisse nicht so belastend bzw. wurden so aufgefangen, dass sie aktuell keine bedeutsame Rolle spielen. Denkbar ist aber auch, dass die Pflegesituation im Sinne eines Verdrängungs- bzw. Ablenkungsmechanismus funktioniert (vgl. Eichhorn & Kuwert 2011, S. 38), die Kriegserlebnisse der pflegenden Angehörigen hierdurch zurückgedrängt werden und so aktuell scheinbar unbedeutend sind.

In Bezug auf den biographischen Einfluss, den die Erlebnisse der Zeitzeug_innen bzw. deren Folgen auf die pflegenden Angehörigen hatten, stellten sich Ängste, eine geringe Selbstsorge und große Härte gegen sich selbst als gravierend heraus. Im Sinne der in Kapitel 2.2. präsentierten Inhalte und Mechanismen der Tradierung könnten das Selbst, die Affektivität und auch das interpersonelle Funktionieren durch psychodynamische Mechanismen beeinflusst worden sein (vgl. Auskünfte von Frau S., Frau R. und Frau G. Kapitel 4.2). Es ist möglich, dass sich die ‚gespiegelten‘ Affekte und Verhaltensweisen gegenseitig verstärken und so zur weiteren Belastung der Pflege beitragen.

Die Bedeutung von Tabus – insbesondere in Bezug auf die Verwicklung der eigenen Eltern in den Nationalsozialismus – für die persönliche Belastung und die Biografie einiger Pflegepersonen wurde in der Ergebnispräsentation dargestellt. So beschreibt Frau L., sie sei in der ‚Auseinandersetzung mit Menschen‘ zeitweise ‚gehindert‘ da sie unsicher sei, was sie fragen und sagen dürfe und was nicht. Der familien-systemische Tradierungsmechanismus des Verschweigens könnte hier auf inhaltlicher Ebene das interpersonelle Funktionieren von Frau L. beeinflusst haben. Zudem können auch Inhalte wie ‚Affektivität‘ und ‚Selbst‘ im Sinne Kellermans (2001) durch diesen Kommunikationsmechanismus beeinflusst sein. Besonders drastisch sichtbar wird dies in den Schilderungen von Frau G., die jahrelang in Kriegsgebieten gearbeitet hat. Laut ihrer Aussage war hierfür die Leugnung der NS-Verbrechen insbesondere durch ihre Mutter bedeutsam. Frau G. zieht selbst den Schluss, dass ihre Arbeit in Kriegsgebieten als ‚Rückkehr‘ in den Krieg und als Versuch zu werten ist, die Schuld abzutragen, die ihre Eltern durch die mangelnde Auseinandersetzung auf sich geladen haben.

Bei einigen pflegenden Angehörigen scheint außerdem ein Einfluss in Bezug auf die ihre Beziehungs-Biografie stattgefunden zu haben. Beispielsweise beschreibt Frau S., sie habe sich aufgrund der Kriegserlebnisse der Mutter – bzw. aufgrund des daraus resultierenden Verhaltens und Umgangs – immer von ‚Leuten distanziert‘, Körperkontakt nicht ertragen können, habe immer Angst gehabt und das Schlimmste erwartet. Sie formuliert selbst, dass dies die Einstellungen ihrer Mutter gewesen seien, nicht ihre eigenen, was sie aber erst spät verstanden habe. Hier scheinen auf inhaltlicher Ebene das interpersonelle Funktionieren sowie die Affektivität und das Selbst beeinflusst zu sein. Es ist möglich, dass hier psychodynamische Tradierungsmechanismen wirksam waren, durch die Frau S. Affekte sowie Grundeinstellungen

der Mutter übernommen hat. Frau G. hingegen schilderte in diesem Zusammenhang, dass Themen wie ‚Verlust‘ oder ‚tiefere Gefühle‘, die eine gewisse Nähe herstellen, in ihrer Familie nicht besprochen wurden. Sie sieht ihre eigenen ‚tiefgehenden Schwierigkeiten mit Nähe‘ hierin begründet und beschreibt, dass sie selbst lange ‚eine Schweigerin‘ in Bezug auf ihre eigenen Gefühle gewesen sei. Dieser Kommunikationsstil kann möglicherweise als Abwehrmechanismus bzw. als familiensystemischer Tradierungsmechanismus interpretiert werden. Dabei scheint er die ‚Inhalte‘ Affektivität und interpersonelles Funktionieren beeinflusst zu haben.

Als hilfreich in der Bewältigung der Versorgung stellten sich – wenig überraschend – persönliche Ressourcen der Pflegepersonen heraus. Hier sind insbesondere Selbstreflexion und der Austausch mit anderen Betroffenen zu nennen. Alle detaillierter befragten Pflegepersonen scheinen die kognitive und reflektierte Auseinandersetzung mit den Erlebnissen der Zeitzeug_innen bzw. mit der Vorbeziehung zu diesen zu nutzen, um eigene Verhaltensweisen, den eigenen Lebensweg und die eigene Beziehungsgestaltung im weiteren Leben zu verstehen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der ‚Hamburger Feuersturm‘-Studie, denen zufolge die meisten der befragten Kinder von Zeitzeug_innen sich aktiv mit den elterlichen Erlebnissen auseinandersetzten (vgl. Lamparter und Holstein 2014, S. 198). Eine weitere Übereinstimmung mit der genannten Studie findet sich in der Nutzung der Interviewsituation als Reflexionsmöglichkeit. Die Äußerung der dritten kriegsbetroffenen Generation in der genannten Studie, die Interviews hätten dabei geholfen, „etwas über sich zu verstehen“ (Lamparter & Holstein 2014, S. 196) kann auf die hier untersuchte Stichprobe übertragen werden. Vor diesem Hintergrund fand auch die Kodierung der selbstreflexiven Anteile im Code ‚Selbstdarstellung pflegende Angehörige‘ statt. Im Sinne einer „hörerorientierten Erzählung“ (Lucius-Hoene & Deppermann 2002, S. 43) kann es

hier auch darum gehen, dass sich die Erzählenden durch diese Darstellung ihrer selbst und ihrer Sinnstrukturen vergewissern. Zudem ist es möglich, dass die Pflegepersonen sich insbesondere vor dem Hintergrund der meist zuvor im Interview geschilderten Belastungen durch ihre Selbstdarstellung aufwerten und in diesem Zusammenhang als kompetent und reflektiert darstellen wollen (vgl. Lucius-Hoene & Deppermann 2002, S. 43).

In der Untersuchung der verschiedenen Pflegesettings wurde also deutlich, dass Kriegserlebnisse als Einflussfaktoren für die Pflege von Zeitzeug_innen betrachtet werden können. Im Rahmen der Befragung der professionell Pflegenden wurde die ‚besondere Sichtbarkeit‘ betroffener Personen für diese Stichprobe bestätigt und der Einfluss auf die Pflegemaßnahmen als wichtiger Faktor genannt. Die Untersuchung der familialen Pflege hat gezeigt, wie die Kriegserlebnisse zu spezifischen Belastungen und Schwierigkeiten führen können. Darüber hinaus scheint die Vorbeziehung zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen als übergeordneter und determinierender Faktor für die Pflege Betroffener zu wirken. Gleichzeitig wurde hier klar, dass die Pflegesituation auch als Gelegenheit genutzt werden kann, die Beziehung zur Pflegebedürftigen und den ‚eigenen Platz in der Welt‘ zu reflektieren. Dies kann, auf jeweils individuelle Weise, zu einem größeren Verständnis für die Pflegebedürftigen und einer stärkeren Unabhängigkeit von beiden Seiten führen.

Wichtig ist es an dieser Stelle auf die Limitationen der Studie hinzuweisen. So wurden bezüglich der Befragung professioneller Pflegekräfte aufgrund der begrenzten zeitlichen und personalen Ressourcen lediglich Pflegenden in NRW befragt. Um eine Einschätzung der hier untersuchten Punkte in der allgemeinen Pflegelandschaft in Deutschland zu erhalten, wäre die Untersuchung einer größeren Stichprobe notwendig. Zudem handelt es sich um die Einschätzung von Pflegekräften, die sich zur

Auskunft bereit erklärt haben. Es ist anzunehmen, dass insbesondere Pflegekräfte teilgenommen haben, die bereits mit dem Thema Kontakt hatten bzw. diesem eine gewisse Bedeutung zuschreiben. Insofern ist vermutlich von einer gewissen positiven Verzerrung der Ergebnisse auszugehen. Außerdem muss die Verwendung des Begriffs ‚Kriegstraumatisierung‘ kritisch diskutiert werden. Eine diagnostische Abklärung des Vorliegens einer Kriegstraumatisierung bei den Pflegebedürftigen konnte nicht stattfinden, da die professionellen Pflegekräfte rückblickend einschätzen sollten, inwiefern Sie in ihrer Arbeit mit kriegstraumatisierten Menschen konfrontiert waren. Sie waren nach einem Hinweis im Anschreiben zum Fragebogen aufgefordert, selbst einzuschätzen, ob Sie bisher kriegstraumatisierte Menschen gepflegt haben oder nicht. Hier wird deutlich, dass die Einschätzung der Pflegekräfte höchst subjektiv und retrospektiv war. Es ist also durchaus wahrscheinlich, dass auch Menschen in die Angaben einbezogen wurden, die keine klinisch verifizierbare Kriegstraumatisierung aufweisen.

Auch für die Befragung pflegender Angehöriger sind einige methodische Einschränkungen zu nennen. So wurde auch hier eine sehr begrenzte Stichprobe befragt. Dies ist vor allem der forschungspraktischen Herausforderung der schwierigen Akquise geschuldet (vgl. Kapitel 4.2). Zu den Einschränkungen der statistischen Auswertung dieser Stichprobe möchte ich ebenfalls auf Kapitel 4.2 verweisen. In Bezug auf die Erhebung qualitativer Daten möchte ich mehrere Punkte diskutieren. Erstens wurden bei der Erhebung mithilfe des Kartensets im zweiten Zuordnungsdurchgang die Karten ausgesondert, die der Kategorie ‚tritt selten‘ oder ‚tritt nie auf‘ zugeordnet waren. Dies ist kritisch zu betrachten, da die Kategorie ‚selten‘ als Filterkategorie funktionierte und die entsprechenden Karten bei der späteren Belastungszuordnung nicht mehr auftauchten. Selbstverständlich kann aber eine Verhaltensweise durchaus

selten auftreten und dennoch hoch belastend sein. Dies sollte bei der zukünftigen Anwendung entsprechender Sets beachtet werden. Zweitens wäre es ideal, wenn die Datenauswertung im Sinne einer Perspektivtriangulation in einer Gruppe aus mehreren Personen stattfinden würde. Dies war aufgrund der eingeschränkten Ressourcen der vorliegenden Studie leider nicht möglich, wäre aber für eventuelle Folgestudien empfehlenswert. Drittens ist es fraglich, ob sich die Kriegserlebnisse der Pflegebedürftigen als ebenso gravierend für die empfundene Belastung und den eigenen Lebensweg herauskristallisiert hätten, wenn z. B. allgemeiner nach (Pflege)Belastung gefragt oder ein anderer thematischer Bereich im Mittelpunkt der Untersuchung gestanden hätte. Viertens ist auch in dieser Stichprobe von einer positiven Verzerrung der Daten auszugehen, da sich vermutlich ebenfalls nur Personen zu einer solchen Befragung bereit erklären, die ein persönliches Interesse am und vielleicht auch einen gewissen Einfluss des Themas festgestellt haben. Personen, die das Thema für sich nicht als relevant einschätzen oder kein Interesse daran haben – und deren Daten die Bedeutung des Einflusses vielleicht relativiert hätten – konnten hier wohl nicht abgebildet werden. Gestützt wird diese Annahme dadurch, dass alle interviewten Personen sich bereits eingehend mit dem Thema ‚Zweiter Weltkrieg‘ und dessen Einfluss auf die Pflegebedürftige und die eigene Biografie beschäftigt hatten.

Zudem muss für beide Stichproben die Zeitlichkeit der Daten kritisch diskutiert werden. Retrospektive Angaben wie die hier erhobenen unterliegen immer der Gefahr, durch den Erinnerungseffekt verzerrt zu werden (vgl. Eichhorn & Kuwert 2011, S. 87). Da es sich allerdings bei der gesamten Studie um eine explorative Untersuchung handelt, die erste Daten zum Thema überhaupt erhebt, scheinen die Einschränkungen vor dem Hintergrund dieses Ansatzes akzeptabel.

5 Ausblick und Implikationen für die Praxis

Bei den hier vorgestellten und diskutierten Ergebnissen zur professionellen und familialen Pflege handelt es sich um die ersten empirischen Daten zum Zusammenhang zwischen belastenden bis traumatisierenden Kriegserlebnissen und der Pflege betroffener Personen. Diese müssen als Hypothesen betrachtet werden, die im Rahmen dieser Studie generiert wurden. Diese Hypothesen anhand größerer Stichproben zu überprüfen wäre ein nächster wichtiger Forschungsschritt. Allerdings muss in diesem Zusammenhang die schwierige Teilnehmenden-Akquise von pflegenden Angehörigen thematisiert werden. In Kapitel 4.2 habe ich verschiedene mögliche Gründe hierfür genannt. Vor diesem Hintergrund könnte es problematisch sein, eine größere Stichprobe zu akquirieren. Möglicherweise wäre es hilfreich, überregionale Medien außerhalb des Senior_innenbereiches zu nutzen. Auch überregional Multiplikator_innen der Altenhilfe und -pflege oder geriatrische sowie gerontopsychiatrische Einrichtungen in die Akquise einzubeziehen könnte sinnvoll sein. Dies war leider innerhalb dieser Studie aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht möglich. Zudem sollten bei zukünftigen Projekten Praxispartner_innen von Anfang an noch stärker, möglicherweise schon in der Konzeptionsphase der Studie mit einbezogen werden. So kann eventuell der Zugang zu Proband_innen erleichtert und der zeitliche Studienaufwand verringert werden.

Außerdem wäre eine Erweiterung nicht nur der Stichprobengröße, sondern auch der -eigenschaften interessant, z. B. durch die Befragung pflegender Angehöriger, die männliche Zeitzeugen pflegen. So wäre es möglich, eine größere Varianz von im Rahmen des Zweiten Weltkriegs gemachten Erfahrungen und deren Einflüssen abzubilden. Dies könnte mehr Aufschluss über die Herausforderungen und Umstände geben, unter denen die Pflege von betroffenen Personen stattfindet. Zudem wäre es

sicher aufschlussreich, betroffenen Zeitzeug_innen selbst zu befragen und so einen umfassenderen Blick auf die Versorgung und deren Bedingungen zu erhalten. Eine Befragung zum Thema, die in eine ‚allgemeinere‘ Untersuchung zum Thema Pflege eingebettet ist, könnte außerdem vielleicht auch Pflegepersonen erreichen, die sich nicht explizit für das Thema ‚Erlebnisse des Zweiten Weltkriegs‘ interessieren oder dieses sogar eher meiden. So könnte evtl. einer positiven Verzerrung der Daten entgegen gearbeitet werden.

Für die pflegerische Praxis ist festzustellen, dass sowohl für professionell Pflegenden als auch für pflegende Angehörige empathisches, einfühlsames Reagieren und fundiertes fachliches Wissen in der Versorgung traumatisierter Menschen unabdingbar sind. Dabei müssen die Besonderheiten der individuellen biografisch-zeitgeschichtlichen Verknüpfung beachtet werden. So ist beispielsweise die Abwehr der Grundpflege nachvollziehbarer, wenn man um die Erlebnisse sexualisierter Gewalt einer Pflegebedürftigen weiß. Sensibilisierung und Wissensvermittlung sollten dabei strukturiert als Teil von Aus- und Weiterbildungen stattfinden. Zudem haben sich im Rahmen der Interviews mit den pflegenden Angehörigen familiäre Beziehungsstrukturen bzw. die Vorbeziehung zur Pflegebedürftigen als übergeordneten Einflussfaktor für die Pflege erwiesen. Vor diesem Hintergrund sollte darüber nachgedacht werden, das Thema ‚Familienstrukturen‘ und ‚Trauma‘ sowie deren mögliche Folgen grundsätzlich in Angehörigenfortbildung zur Pflege einzubeziehen. Die meisten der hier befragten Angehörigen haben einen weiten Weg in der Auseinandersetzung mit der Biografie der Pflegebedürftigen – und deren Einfluss auf die eigene Lebensgeschichte – zurückgelegt. Sie können in der Bewältigung der Pflegesituation auf dieses Wissen und Verstehen zurückgreifen. Fraglich ist, wie Versorgungssituationen aussehen, wenn keine zeitgeschichtlich eingebettete Reflexion des Verhaltens, der Emotionalität

und der Beziehungsfähigkeit Pflegebedürftiger stattfindet. Die in Kapitel 2.2 berichteten Daten zu Spätfolgen von Kriegserlebnissen im Alter machen deutlich, dass vermutlich ein relativ hoher Anteil der ersten und zweiten kriegsbetroffenen Generation unter den damaligen belastenden bis traumatischen Erlebnissen leidet. Es ist wahrscheinlich, dass dieses ‚emotionale Erbe‘ in vielen Pflegesituationen weiterwirkt, aber nicht thematisiert ist. Die Belastungen dürften auch hier vielfältig sein, allerdings, möglicherweise in der Schweigetradition der eigenen (Kriegs-)Eltern, unbenannt und damit vielleicht schwieriger zu bewältigen. Entsprechend sollte es bei der Sensibilisierung pflegender Angehöriger nicht ausschließlich um die Vermittlung faktischen Wissens zum Thema gehen. Im Sinne der Belastungs- und Gesundheitsprävention sollte auch die Auseinandersetzung mit den persönlichen familiären Strukturen (z. B. in Form von Genogrammarbeit⁵⁴) ermöglicht werden, um bestehende Beziehungsstrukturen zu verstehen, diese zu reflektieren und als Einflussfaktor für das eigene Handeln – und das der Pflegebedürftigen – wahrzunehmen.

In Bezug auf die professionelle Pflege haben die Pflegekräfte selbst beschrieben, was eine subjektzentrierte und traumasensible Pflege im professionellen Kontext erschwert. Die fehlende oder nicht ausreichende Beachtung des Themas

⁵⁴ Ein Beitrag aus der Zeitschrift ‚Kontext‘, einem Medium für Systemische Therapie und Familientherapie, beschreibt die Genogrammarbeit als „Möglichkeit, komplexe Sachverhalte und Interaktionen in Familien (und Netzwerken) in relativ kurzer Zeit differenziert und übersichtlich darzustellen. Mit dieser Methode werden in einer grafischen Form Informationen über mindestens drei Generationen erhoben. Auf der vertikalen Ebene werden die Strukturen über die einzelnen Generationen abgebildet; dies ermöglicht, wiederkehrende familiäre Muster, Traditionen und familiäre Strukturen zu untersuchen. Auf der horizontalen Ebene werden die Beziehungen der Familienmitglieder dargestellt“ (Beushausen 2004, S. 154).

‚Kriegstraumatisierung‘ bzw. Traumatisierung allgemein in den Curricula der fachspezifischen Aus- und Weiterbildung spielt dabei eine wichtige Rolle. Dabei können ein in diesem Zusammenhang zu vermittelnder sensibler Umgang mit den Betroffenen und ihren Bedürfnissen und Bedingungen sowie die Einbeziehung der Biografie in die Pflege eine solide Grundlage bilden, um eine angemessene Versorgung zu sichern. Was zunächst als zeitlicher und personeller Mehraufwand erscheint, wird langfristig gesehen mit hoher Wahrscheinlichkeit Pflegewiderstände verringern und so eine schnellere, angenehmere und gelungener Pflege für Pflegebedürftige und Pflegekräfte sichern.

Die Verantwortung für eine adäquate Versorgung liegt aber nicht nur bei den Pflegepersonen, sondern auch bei Öffentlichkeit und Politik (vgl. Leonhard 2003, S. 39). So lange finanzielle Einsparungen und wirtschaftlicher Druck weiterhin zu einem engen Personalschlüssel in Pflegeeinrichtungen und -diensten führen, ist eine angemessene – und oft zunächst zeitaufwendigere – Versorgung der Betroffenen nahezu unmöglich. Zudem wird so die Psychohygiene von Pflegekräften und pflegenden Angehörigen, die insbesondere bei der Versorgung betroffener Personen nicht nur körperlich anstrengende, sondern auch emotional herausfordernde Situationen bewältigen müssen, zu wenig beachtet. Es muss aber nicht nur um eine Verbesserung der finanziellen Situation gehen. Ebenso wichtig ist eine Veränderung in der gesamtgesellschaftlichen Haltung zu Pflege und Versorgung. Wenn die Auffassung des ‚Pflegen kann jeder‘ bestehen bleibt, werden wir aufgrund der ‚selbst gemachten‘ Unattraktivität des Berufes weiterhin mit Fachkräfte- und Nachwuchsmangel in diesem Bereich zu kämpfen haben. Dass dies nicht zu einer angemessenen Versorgung der hier beschriebenen Betroffenenengruppe beiträgt, liegt auf der Hand.

Zu beachten ist an dieser Stelle auch, dass Kriegserlebnisse und deren Einfluss mit dem Sterben der Generation, die in Deutschland durch den Zweiten Weltkrieg betroffen war, keinesfalls an Bedeutung verlieren werden. Zum einen wurde im Laufe dieser Arbeit deutlich gemacht, welche Bedeutung das Thema auch für die nachfolgenden Generationen haben kann. Zum anderen beschreiben Böhmer und Griese (2016), dass die „aus Kriegs- und Krisengebieten geflohenen Frauen laut der repräsentativen Studie des BMFSFJ⁵⁵ noch stärker als die deutschen Frauen von körperlicher und sexualisierter Gewalterfahrung betroffen“ (S. 21) sind. Diese Frauen – und auch von kriegsbedingter Gewalt betroffene Männer, Trans*, Inter* und Queer*-Personen aus aktuellen Krisengebieten – die nach Deutschland geflohen sind, werden z. T. ebenfalls in Deutschland alt werden. Aktuell sind die deutsche Altenhilfe und – pflege mit der ersten Generation der Senior_innen konfrontiert, die aus den Kriegsbereichen des ehemaligen Jugoslawien fliehen konnten. Das Thema wird in der deutschen – familiären und professionellen – Pflegelandschaft also noch lange aktuell bleiben.

⁵⁵Es handelt sich dabei um die Studie ‚Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland‘, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, erstellt 2004 von Monika Schröttle und Ursula Müller.

Literaturverzeichnis

- Albert, B. (Regisseur_in). (2012). *Die Lebenden* [Film]. A/D/PL: o.A.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, DC & London: American Psychiatric Publishing.
- Angelopoulos, T. (Regisseur_in). (1998). *Die Ewigkeit und ein Tag* [Film/Begleitheft zur DVD]. Gr: o.A.
- Anonyma (2003). *Eine Frau in Berlin*. Frankfurt am Main: Eichborn.
- Arendt, H. (1964). *Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen* (13. Aufl. 2004). München: Piper Verlag.
- Assman, A. (2007). *Der lange Schatten der Vergangenheit. Erinnerungskultur und Geschichtspolitik* (Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung, Originalausgabe 2006). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Baranowsky, A. B., Young, M., Johnson-Douglas, S., Williams-Keeler, L. & McCarrey, M. (1998). PTSD Transmission: A Review of Secondary Traumatization in Holocaust Survivor Families. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 39(4), 247-256.
- Barocas, H. A. & Barocas, C. (1973). Manifestations of Concentration Camp Effects on the Second Generation. *The American Journal of Psychiatry* 130(7), 820-821.
- Bar-On, D., Eland, J., Kleber, R. J., Krell, R., Moore, Y. & Sagi, A. et al. (1998). Developmental Sequelae of Trauma across Generations Experience: An Attachment Perspective for Understanding the Multigenerational Perspectives. *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2), 315–338.

- Bauer, A. (2008). Bindungen zwischen den Generationen der späten Familie: Bindungstheoretische Überlegungen. In A. Bauer & K. Gröning (Hrsg.), *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel* (S. 175-240). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Bauer, A. & Gröning, K. (2007). Das andere Alter. Verstehende Zugänge zum Alter als Basis für Intergenerationenbeziehungen. In A. Bauer, A. & K. Gröning (Hrsg.), *Die späte Familie. Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter* (S. 17-40). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bauer, A. & Kunstmann, A.-C. (2007). Paardynamik, Familiendynamik und Intergenerationenbeziehungen: Zwei Fallgeschichten. In A. Bauer, A. & K. Gröning (Hrsg.), *Die späte Familie. Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter* (S. 237-270). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beck, B. (2004). *Wehrmacht und sexuelle Gewalt. Sexualverbrechen vor deutschen Militärgerichten 1939–1945*. Paderborn: Schöningh.
- Behrent, M. (2011). Großeltern als Unterstützer junger Familien und Miterzieher der Enkel. *BAGSO Nachrichten*, 1, 16-17.
- Beische, D., Hautzinger, M., Becker, C. & Pfeiffer, P. (2012). Der Problemlöse-Ansatz in der Beratung pflegender Angehöriger von Schlaganfall-Betroffenen – Eine inhaltliche Analyse bearbeiteter Themen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62, 375–382
- Bengel, J. & Becker, B. (2009). Psychologische Frühintervention. In Maercker, A. (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage) (S. 163-185). Heidelberg: Springer.

- Benz, W. (2005). Jugend- und Studentenopposition. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 250-257). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Beushausen, J. (2004). Die visuelle Analyse des Genogramms. *KONTEXT*, 35(2), 153-164.
- Beutel, M., Decker, O. & Brähler, E. (2007). Welche Auswirkungen haben Flucht und Vertreibung auf Lebensqualität und Befindlichkeit? Repräsentative Erhebung mit den vor 1946 Geborenen in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 203–215.
- Bock, G. (1997). Nationalsozialistische Geschlechterpolitik und die Geschichte der Frauen. In F. Thébaud (Hrsg.), *Geschichte der Frauen: 20. Jahrhundert*. Frankfurt/New York: Campus.
- Bode, S. (2005). *Die vergessene Generation. Kriegskinder brechen ihr Schweigen*. München Zürich: Piper Verlag.
- Bohleber, W. (2009). Wege und Inhalte transgenerationaler Weitergabe. Psychoanalytische Perspektiven. In H. Radebold, G. Heuft & I. Fooker (Hrsg.), *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (2. Auflage) (S. 107-118). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Böhmer, M. & Griese, K. (2016). Einleitung – Traumasensible Unterstützung für alte Frauen. In Paula e.V., Böhmer, M., & Griese, K. (2016). *Ich fühle mich zum ersten Mal lebendig... Traumasensible Unterstützung für alte Frauen* (S. 19-32). Frankfurt am Main: Mabuse.

- Bölsche, J. (2005). „So muss die Hölle aussehen. In S. Burgdorff & C. Habbe (Hrsg.), *Als Feuer vom Himmel fiel. Der Bombenkrieg in Deutschland* (S. 18-38). München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Bonnilo, M., Heidenblut, S., Philipp-Metzen, E., Saxl, S., Schacke, C., Steinhusen, C., et al. (2013). *Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention – Ein Manual für die ambulante Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (1981). Unsichtbare Bindungen. *Die Dynamik familiärer Systeme* (Amerikanische Originalausgabe 1973). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brandes, D. (2006). Vertreibung und Zwangsaussiedlung der deutschen Bevölkerung aus der Tschechoslowakei. In Stiftung Haus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), *Flucht Vertreibung Integration. Begleitbuch zur Ausstellung im Haus der Geschichte* (S. 62-73). Bielefeld: Kerber.
- Brelie-Lewin, D. von der (1987). Zur Rolle der Flüchtlinge und Vertriebenen in der deutschen Nachkriegsgeschichte – Ein Forschungsbericht. In R. Schulze, D. von der Brelie-Lewien & H. Grebing (Hrsg.), *Flüchtlinge und Vertriebene in der westdeutschen Nachkriegsgeschichte. Bilanzierung der Forschung und Perspektiven für die künftige Forschungsarbeit* (S. 24-45). Hildesheim: Verlag August Lax.
- Brisch, K. H. (2003). Grundlagen der Bindungstheorie und aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung. In U. Finger-Trescher & H. Krebs (Hrsg.), *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen* (S. 51-69). Gießen: Psychosozial Verlag.

Brockhaus, G. (2010). Kontroversen um die „Kriegskindheit“. *Forum Psychoanalyse*, 26, 313–324.

Buchholz, M. B. (2007). Familiäre Muster und Altenpflege. In A. Bauer & K. Gröning (Hrsg.), *Die späte Familie. Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter* (S. 181-198). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Buchinger, S. M. (2010). Traumatisierte Bewohner stabilisieren. Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs in der stationären Altenpflege. *Pflegezeitschrift*, 63, 218-220.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2014 Teil I Nr. 61. Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflege-stärkungsgesetz – PSG I). Bonn.

[http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzei-ger_BGBl&jumpTo=bgbl114s2222.pdf#__bgbl__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27\]__1450863557015](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzei-ger_BGBl&jumpTo=bgbl114s2222.pdf#__bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27]__1450863557015).

Bundesministerium für Gesundheit. (o.A.). Zusätzliche Betreuungskräfte. <https://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/zusaetzliche-betreu-ungskraefte.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2015). Pflegesachleistungen und Zuschüsse für Pflegehilfsmittel. Praxisseiten Pflege 9. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/2.5_Ambulante_Angebote.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2015a). Verbesserungen für die Pflege zu Hause im Überblick. Praxisseiten Pflege 9. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/2.1_Ambulante_Angebote.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2015b). Teilstationäre Angebote - Tages- und Nachtpflege. Praxisseiten Pflege 9.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/4.1_Teilstationaere_Angebote.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2015c). Höhere Leistungen in der vollstationären Pflege. Praxisseiten Pflege 9. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/5.1_Stationaere_Angebote.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2017). Die Pflegestärkungsgesetze – das Wichtigste im Überblick. http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/fileadmin/user_upload/Unterseite_Informationsmaterial/Downloads/BMG_Pflegestaerkungsgesetze_April2017.pdf

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. O. A. Sozialgesetzbuch (SGB), Elftes Buch (X), Soziale Pflegeversicherung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/

Bundeszentrale für politische Bildung. (2005). Krieg, Flucht und Vertreibung. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Bundeszentrale für politische Bildung. (2005a). Der Untergang der Weimarer Republik. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 6). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Bundeszentrale für politische Bildung (2017). Vor 20 Jahren: Eine Ausstellung über Verbrechen der Wehrmacht polarisiert Deutschland. <http://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/244026/wehrmachtsausstellung>

- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Chamberlain, S. (2003). *Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher* (4. korrigierte Auflage). Gießen: Psychosozialverlag.
- Chivers-Wilson, K. A. (2006). Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill Journal of Medicine*, 9(2), 111-118.
- DESTATIS. (o.A.). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2015. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html>
- Deutsche Geschichten (2005). Shoa und Antisemitismus. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 230-239). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Deutscher Bundesrat (2016). Plenarprotokoll 952. http://www.bundesrat.de/SharedDocs/downloads/DE/plenarprotokolle/2016/Plenarprotokoll-952.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Deutscher Bundestag (1997). Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte-Konzepte/Bund/Erster_Pflegebericht.pdf;jsessionid=94AD6DC548F4529D1061C61DA90F1D45.1_cid380?__blob=publicationFile&v=1
- Deutscher Bundestag (2016). Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Beschlossen am 14. 12. 2016.

https://www.bmg.bund.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2013). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) (Version 2014, German Modification). <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorgaenger/version2014/>

Deutsches Historisches Museum. (o.A.). Der Lebensborn e.V. <https://www.dhm.de/lemo/kapitel/ns-regime/innenpolitik/lebensborn.html>

Diekmann, A. (2005). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.

Die Texte: Transkription, Vorbereitung und Import. (o. A.). Vgl. http://www.uni-marburg.de/fb21/ep/forschung/downloads/qda99_k2

Duden. (o. A.). Golgatha. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Golgatha>

Duden. (o. A.). Unterlassungsünde. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Unterlassungsuende>

Echternkamp, J. (2015). Die deutsche Kriegsgesellschaft. Eine mobilisierte "Volksgemeinschaft"? In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Dossier – Der Zweite Weltkrieg* (S. 77-187), Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Echternkamp, J. (2015a). Der Zweite Weltkrieg – eine historische Zäsur. Einführung. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). *Dossier - Der Zweite Weltkrieg* (S. 4-8). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Eichhorn, S. & Kuwert, P. (2011). *Das Geheimnis unserer Großmütter. Eine empirische Studie über sexualisierte Kriegsgewalt um 1945*. Gießen: Psychosozialverlag.

- Engelhardt, M. von (2006). Biographien deutscher Flüchtlinge und Vertriebener des Zweiten Weltkriegs. In Stiftung Haus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), *Flucht Vertreibung Integration. Begleitbuch zur Ausstellung im Haus der Geschichte* (S. 15-21). Bielefeld: Kerber.
- Fichte, J. G. (1808). *Reden an die Deutsche Nation* (Neuaufgabe, ca. 1873). Leipzig: Phillip Reclam jun.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB Ernst Reinhardt.
- Flick, U., Kardoff, E. von & Steinke, I. (2005). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Auflage) (S. 13-29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fooker, I. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (3., völlig neu überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 65-86). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Fooker, I. (2014). Das Echo des toten Kriegsvaters im Lebensverlauf der Töchter – eine thematische Gemengelage. In I. Fooker & G. Heuft (Hrsg.), *Das späte Echo von Kriegskindheiten. Die Folgen des Zweiten Weltkriegs in Lebensverläufen und Zeitgeschichte* (S. 17-27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J. & Maercker, A. (2009). Posttraumatic Growth, Social Acknowledgment as Survivors, and Sense of Coherence in Former German Child Soldiers of World War II. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1030-1039.
- Freud, S. (1913). *Totem und Tabu. Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker* (neue, unveränderte Auflage 2005 nach der

unveränderten Lizenzausgabe von 1991). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Friebertshäuser, B. & Langer, A. (2010): Interviewformen und Interviewpraxis. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3., durchgesehene Auflage) (S. 437-456). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Fromm, E. (2004). *Psychoanalyse und Religion* (Originalausgabe 1950). München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Gebhardt, M. (2015). *Als die Soldaten kamen. Die Vergewaltigung deutscher Frauen am Ende des Zweiten Weltkrieges* (Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Glaesmer, H. (2014). Traumatische Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung. Bedeutung für die psychische und körperliche Gesundheit auf Bevölkerungsebene. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(3), 194-201.

Glaesmer, H. & Brähler, E. (2011). Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Epidemiologische Befunde und deren klinische Bedeutung. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 346-353.

Glaesmer, H., Brähler, E., Gündel, H. & Riedel-Heller, S.G. (2011). The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with physical morbidity in old age: a german population-based study. *Psychosomatic Medicine*, 73, 401-406.

Glaesmer, H., Brähler, E., Riedel-Heller, S.G., Freyberger, H. J. & Kuwert, P. (2011). The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with health care utilization in the elderly — a German population based study. *General Hospital Psychiatry*, 33, 177–184.

- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Braehler, E., Forstmeier, S. & Maercker, A. (2010). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *International Psychogeriatrics*, 22, 661-670.
- Glaesmer, H., Matern, B., Rief, W., Kuwert, P., Braehler, E. (2015). Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörungen Auswirkung von Art und Anzahl traumatischer Erfahrung. *Der Nervenarzt*, 86, 800–806.
- Glaesmer, H., Reichmann-Radulescu, A., Brähler, E., Kuwert, P., Muhtz, C. (2011). Transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen. Wissensstand und theoretischer Rahmen und deren Bedeutung für die Erforschung transgenerationaler Folgen des Zweiten Weltkrieges in Deutschland. *Trauma & Gewalt*, 5, 330-343.
- Glantschnig, H. (1987). *Liebe als Dressur. Kindererziehung in der Aufklärung*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Gutzmann, H. & Zank, S. (2005). *Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haarer, J. (1936). *Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind*. München: T.F. Lehmanns Verlag.
- Hahn, U. (2003): *Unscharfe Bilder*. München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Hamp, V., Stenzel, M. & Kürzinger, J. (Hrsg.) (1994). *Die heilige Schrift des Alten und Neuen Testaments*. Augsburg: Pattloch.
- Hardtmann, G. (1992). Begegnung mit dem Tod – Die Kinder der Täter. In G. Rosenthal & W. Fischer-Rosenthal (Hrsg.), Opfer und Täter nach dem „Dritten Reich“. Biographische Verläufe über drei Generationen. *Psychosozial*, 15(3), 42-53.

- Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., Glaesmer, H. (2011). Lifetime traumatic experience and posttraumatic stress disorder in the German population. Results of a representative population survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 934-939.
- Hammerstein, K. & Hofmann, B. (2015). "Wir [...] müssen die Vergangenheit annehmen" - Richard von Weizsäckers Rede zum Kriegsende 1985. In Deutschland Archiv. <http://www.bpb.de/geschichte/zeitgeschichte/deutschlandarchiv/217619/richard-von-weizsaeckers-rede-zum-kriegsende-1985>
- Hausmann, C. (2006). *Einführung in die Psychotraumatologie*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Heidenblut, S. & Zank, S. (2010). Entwicklung eines neuen Depressionsscreenings für den Einsatz in der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(3), 170-176.
- Heidenblut, S. & Zank, S. (2014). Screening for Depression with the Depression in Old Age Scale (DIA-S) and the Geriatric Depression Scale (GDS15) Diagnostic Accuracy in a Geriatric Inpatient Setting. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 27(1), 41-49.
- Heidenblut, S. & Zank, S. (o.A.). Die Depression im Alter – Skala (DIA - S). <http://hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/DIASkalaneu.pdf>
- Heidenblut, S., Schacke, C. & Zank, S. (2013). Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege. Die Entwicklung des PURFAM-Assessments. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 431-440. DOI 10.1007/s00391-012-0402-7.
- Herman, J. (2006). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (2. Auflage). Paderborn: Junfermann Verlag.

- Hittl, M., Bielmeier, P., Krumm, B., Franz, M., Schepank, H. & Lieberz, K. (2009). Zwischen Erinnerung und Gegenwart: Die seelische Gesundheit ehemaliger Kriegskinder Ergebnisse der Mannheimer Kohortenstudie nach 25 Jahren Follow-up. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 282-296.
- Hirsch, H. (2003). Flucht und Vertreibung. Kollektive Erinnerung im Wandel. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 40-41, 14-26.
- Hirschfeld, M. J. (1977). Care of the Aging Holocaust Survivor. *The American Journal of Nursing*, 77, 1187-1189.
- Hitler, A. (1943). *Mein Kampf. Zwei Bände in einem Band* (Ungekürzte Ausgabe) (851–855. Auflage). München: Zentralverlag der NSDAP.
- Hockerts, H. G. (2001). Zugänge zur Zeitgeschichte: Primärerfahrung, Erinnerungskultur, Geschichtswissenschaft. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 28, 15-30.
- Hopf, C. (2005). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Auflage) (S. 349-360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Humrich, M. (2009). *Bildungserfolg und Migration. Biografien junger Frauen in der Einwanderungsgesellschaft* (Studien zur Schul- und Bildungsforschung, Band 33, 2., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hürter, J. (2006). Nationalsozialistisches Besatzungsregime und rassischer Vernichtungskrieg im Osten. In Stiftung Haus der Geschichte (Hrsg.), *Flucht Vertreibung Integration* (S. 37-47). Begleitbuch zur Ausstellung im Haus der Geschichte. Bielefeld: Kerber.
- Hüther, G. (2003). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. In K. H. Brisch & T., Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und*

- Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 94-104). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jens, T. (2009). *Demenz. Abschied von meinem Vater*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Jochheim, G. (2012). 27. Januar – Gedenktag für die Opfer des Nationalsozialismus. *Info aktuell – Informationen zur politischen Bildung*, 5.
- Kellerman, N.P.F. (2001). Transmission of Holocaust trauma – an integrated view. *Psychiatry*, 64, 256-267.
- Kellerman, N.P.F. (2013). Epigenetic Transmission of Holocaust Trauma: Can nightmares be inherited? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(1), 33-39.
- Klevemann, L. (2011): *Kriegsgefangen. Meine deutsche Spurensuche*. München: Siedler.
- Koch, K. (2012). Pflegewiderstand bei Personen mit Demenz. *Pflegewissenschaft*, 14, 478-488.
- Kompisch, K. (2008). *Täterinnen. Frauen im Nationalsozialismus*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau.
- Köpp, G. (2012). *Warum war ich bloß ein Mädchen? Das Trauma einer Flucht 1945*. München: Herbig.
- Koptagel-Ilal, G. (2002). Migration und Trauma. Zur Psychodynamik der Konflikte und Traumata. In I. Özkan, A. Streek-Fischer & U. Sachsse (Hrsg.), *Trauma und Gesellschaft. Vergangenheit in der Gegenwart* (S. 196-207). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Kruse, W. (2013). Europäischer und globaler Charakter des Krieges. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Dossier – Der erste Weltkrieg* (S. 4-15), Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2., durchgesehene Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kurylo, M. F., Elliott, T. R., Shewchuk, R. M. (2001). Focus on the Family Caregiver: A problem-solving training intervention. *Journal of Counseling and Development, 79*, 275-281.
- Kurz, A. & Wilz, G. (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Nervenarzt 82(3)*, 336–342.
- Kuwert P., Brähler E., Glaesmer H., Freyberger H. J. & Decker O. (2009). Impact of forced displacement in World War II on present-state Mental Health in the elderly – a population-based study. *International Psychogeriatrics, 21*, 748-753.
- Kuwert, P. & Freyberger, H. J. (2007): Sexuelle Kriegsgewalt – Ein tabuisiertes Verbrechen und seine Folgen. *Trauma & Gewalt, 2*, 10-16.
- Kuwert, P., Klauer, T., Eichhorn, S., Grundke, E., Dudeck, M. & Schomerus et al. (2010): Trauma and current posttraumatic stress symptoms in elderly german women who experienced wartime Rapes in 1945. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198(6)*, 450-451.
- Kuwert P. & Knaevelsrud, C. (2009). Gerontopsychotraumatologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (3., völlig neu überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 427-439). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J., Ermann, M. (2007). Sixty years later: post-traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 955-961.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J., Ermann, M. (2007a). Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52(3), 212-217.
- Lamparter, U., Holstein, C. (2014). Empirische Befunde zur ‚zweiten Generation‘ am Beispiel des ‚Hamburger Feuersturms‘ (1943). In I. Fooker & G. Heuft (Hrsg.), *Das späte Echo von Kriegskindheiten. Die Folgen des Zweiten Weltkriegs in Lebensverläufen und Zeitgeschichte* (S. 192-209). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lamparter, U. & Holstein, C. (2016). Langfristige psychische Folgen des ‚Hamburger Feuersturms‘ (1943) durch die Generationen. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 12-20.
- Leonhard, B. (2003). Pflege von älteren Holocaust-Überlebenden. Erfahrungen israelischer Pflegepersonen vor dem Hintergrund ihrer eigenen Lebensgeschichte. *Pflege*, 16, 31-39.
- Lilienthal, G. (1993). *Der ‚Lebensborn e.V.‘. Ein Instrument nationalsozialistischer Rassenpolitik*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Lilly, J. Robert (2007). *Taken by force. Rape and American GIs in Europe during World War II*. Palgrave Macmillan.
- Lopez-Lopez, J., Lopez-Jaramillo, P., Camacho, P.A., Gomez-Arbelaes, D. & Cohen, D.D. (2015). The Link between Fetal Programming, Inflammation, Muscular Strength, and Blood Pressure. *Mediators of Inflammation*. DOI: 10.1155/2015/710613.

- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2002). *Rekonstruktion narrativer Identität*. Op-
laden: Leske und Budrich.
- LVR-Instituts für Landeskunde und Regionalgeschichte. (o.A.). Mitmachwörterbuch.
[http://www.mitmachwoerterbuch.lvr.de/detailansicht.php?Artikel=Pim-
mock&Eintrag1=164](http://www.mitmachwoerterbuch.lvr.de/detailansicht.php?Artikel=Pimmock&Eintrag1=164)
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung* (3., völlig neu überarbei-
tete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Post-
traumatische Belastungsstörung in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeut-
schen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79(5), 577-586.
- Malycha, A. (2011). Auf dem Weg in die Diktatur (1945-1949). *Informationen zur po-
litischen Bildung*, 3, 4-18.
- Mannheim, K. (1929). Das Problem der Generationen. *Kölner Vierteljahreshefte für
Soziologie*, 7(3), 309-330.
- Marotzki, W. (2006). Forschungsmethoden und –methodologie der Erziehungswis-
senschaftlichen Biographieforschung. In H. Krüger, H. & W. Marotzki (Hrsg.),
Handbuch der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung (2. Überar-
beitete und aktualisierte Auflage) (S. 111-135). Wiesbaden: Verlag für Sozial-
wissenschaften.
- Max-Planck-Gesellschaft (2012). Kindliches Trauma hinterlässt bei manchen Opfern
Spuren im Erbgut. <https://www.mpg.de/6642993/kindliches-trauma-erbgut?>
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Ba-
sel: Beltz Verlag. 5. Auflage.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., aktu-
alisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaption, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals New York Academy of Science*, 1, 3-44.
- Medica mondiale e. V. & Griese, K. (Hrsg.) (2006). *Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern* (2., aktualisierte und erweiterte Ausgabe). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (o.A.). Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_Kurzversion.pdf
- Michalka, W. (1993) (Hrsg.). *Deutsche Geschichte 1933 - 1945: Dokumente zur Innen- und Außenpolitik* (Überarbeitete Neuausgabe). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Michalka, W. (2002). Das Dritte Reich. In M. Vogt (Hrsg.), *Deutsche Geschichte. Von den Anfängen bis zur Gegenwart* (Lizenzausgabe) (S.694-774). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Mischkowski, G. (2006). Sexualisierte Gewalt im Krieg – eine Chronik. In Medica mondiale e. V. & K. Griese (Hrsg.), *Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern* (2., aktualisierte und erweiterte Ausgabe) (S. 15-55). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Mitzscherlich, B. (2000). „Heimat ist etwas, was ich mache“. *Eine psychologische Untersuchung zum individuellen Prozess von Beheimatung* (2. Auflage). Herbolzheim: CENTAURUS-Verlag.

- Noll-Hussong, M., Glaesmer, H., Herberger, S., Bernardy, K., Schönfeldt-Lecuona, C., Lukas, A., Guendel, H. et al. (2012). The grapes of war. Somatoform pain disorder and history of early war traumatization in older people. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(5), 404–10.
- Nuscheler, F. (1987): Das Jahrhundert der Flüchtlinge. In R. Schulze, D. Brelie-Lewien von der & H. Grebing (Hrsg.), *Flüchtlinge und Vertriebene in der westdeutschen Nachkriegsgeschichte. Bilanzierung der Forschung und Perspektiven für die künftige Forschungsarbeit* (S. 6-23). Hildesheim: Verlag August Lax.
- Oliva y Hausmann A., Schacke C. & Zank S. (2012). Pflegende Angehörige von demenziell Erkrankten: Welche Faktoren beeinflussen den Transfer von der häuslichen in die stationäre Pflege? *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie* 62(9-10), 367-74.
- Papousek, M. & Wollwerth de Chuquisengo, R. (2003). Auswirkungen mütterlicher Traumatisierung auf Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 136-159). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Paula e.V., Böhmer, M., & Griese, K. (2016). *Ich fühle mich zum ersten Mal lebendig... Traumasensible Unterstützung für alte Frauen*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Petrowski, K., Brähler, E. & Zenger, M. (2014). The relationship of parental rearing behavior and resilience as well as psychological symptoms in a representative sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(95). <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-12-95>
- Porst, R. (2011). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch* (3. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung* (2., korrigierte Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Qureshi, S. U., Kimbrell, T., Pyne, J. M., Magruder, K. M., Hudson, T. J., Petersen, N. J. et al. (2010). Greater prevalence and incidence of dementia in older veterans with Posttraumatic Stress disorder. *Journal of the American Geriatrics Society, 58(9)*, 1627-1633.

Radebold, H. (2003). Kriegsbeschädigte Kindheiten: die Geburtsjahrgänge 1930-32 und 1945-48. Kenntnis- und Forschungsstand. In H. Radebold (Hrsg.), *Kindheit im II. Weltkrieg und ihre Folgen* [Themenheft]. *Psychosozial, 2(92)*, 9-15.

Radebold, H. (2005). *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege* (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Radebold, H. (2008). Kriegsbedingte Kindheiten und Jugendzeit – Teil 1. In H. Radebold, W. Bohleber & J. Zinnecker, J. (Hrsg.), *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen* (S. 45-55). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Radebold, H. (2009). Während des Alterns anzutreffende Folgen: aktueller Kenntnisstand. In H. Radebold, G. Heuft & I. Fooker (Hrsg.), *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (2. Auflage) (S. 139-148). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Radebold, H. (2009a). Kriegskindheiten in Deutschland – damals und heute. In H. Radebold, G. Heuft & I. Fooker (Hrsg.), *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (2. Auflage) (S. 15-25). Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Radebold, H., Bohleber, W. & Zinnecker, J. (2008). Kriegskindheiten – transgenerationale Auswirkungen. In H. Radebold, W. Bohleber & J. Zinnecker, J. (Hrsg.), *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen* (S. 7-11). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Radebold, H., Heuft, G. & Fooker, I. (Hrsg.) (2009). *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (2. Auflage). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Reulecke, J. & Stambolis, B. (2008). Kindheiten und Jugendzeit im Zweiten Weltkrieg. Erfahrungen und Normen der Elterngeneration und ihre Weitergabe. In H. Radebold, W. Bohleber & J. Zinnecker, J. (Hrsg.), *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen* (S. 13-31). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Rosenbaum, H. (2014). *'Und dennoch war's 'ne schöne Zeit – Kinderalltag im Nationalsozialismus'*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Rosenthal, G. (Hrsg.) (1990). „Als der Krieg kam, hatte ich mit Hitler nichts mehr zu tun“. *Zur Gegenwärtigkeit des „Dritten Reichs“ in Biographien*. Opladen: Leske+Budrich.
- Rosenthal, G. (1997). Zur interaktionellen Konstitution von Generationen. Generationenabfolgen in Familien von 1890 bis 1970 in Deutschland. In J. Mansel, G. Rosenthal & A. Tölke (Hrsg.), *Generationen – Beziehungen, Austausch und Tradierung* (S. 57-73). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Sabrow, M. (2009). Den Zweiten Weltkrieg erinnern. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 36-37, 14-21.

- Sander, H. & Jahr, B. (Hrsg.) (2005), *BeFreier und Befreite. Krieg, Vergewaltigung, Kinder*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. Neuausgabe.
- Schmidbauer W. (2001). *Lexikon Psychologie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Schmidbauer W. (2008). *Er hat nie darüber geredet. Das Trauma des Krieges und die Folgen für die Familie*. Stuttgart: Verlag Kreuz.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H.-G. & Heuft, G. (2009). Belastende und fördernde Faktoren im Lebensverlauf der Kriegskinder – Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit im Alter. In H. Radebold, G. Heuft, G. & I. Fooker (Hrsg.), *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (2. Auflage) (S. 93-104). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schulze, T. (2003). Interpretation von autobiographischen Texten. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (4., durchgesehene Auflage) (S. 323-340). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schwartz, M. (2006): „Umsiedler“ – Flüchtlinge und Vertriebene in der SBZ und DDR. In Stiftung Haus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), *Flucht Vertreibung Integration. Begleitbuch zur Ausstellung im Haus der Geschichte* (S. 91-101). Bielefeld: Kerber.
- Shields, L. & Bryan, B. (2002). The effect of war on children: the children of Europe after World War II. *International Nursing Review*, 49(2), 87–98.
- SK Stiftung Kultur & Akademie für uns kölsche Sproch. (o. A.). Online-Wörterbuch. vgl. <https://www.koelsch-akademie.de/de/nc/online-woerterbuch/Pimock/von/1/action//list/>

- Sloan, T. (2014). Personality. In: T. Teo (Hrsg.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (S. 1364-1368). DOI 10.1007/978-1-4614-5583-7.
- Speckmann, T. (2006). Renaissance des Themas in den Medien. In Stiftung Haus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), *Flucht Vertreibung Integration. Begleitbuch zur Ausstellung im Haus der Geschichte* (S. 175-179). Bielefeld: Kerber.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2010). Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern (Heft 2). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/KrankenhausbehandlungPflegebeduerf-tige5871102109004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016). Statistisches Jahrbuch 2016. Deutschland und Internationales. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2016.pdf?__blob=publicationFile
- Sturm, R. (2011). Zerstörung der Demokratie 1930 – 1932. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 104-124). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Sywottek, A. (1987). ‚Umsiedlung‘ und ‚Räumung‘, ‚Flucht‘ und ‚Ausweisung‘ – Bemerkungen zur deutschen Flüchtlingsgeschichte. In R. Schulze, D. Brelie-Lewien von der & H. Grebing (Hrsg.), *Flüchtlinge und Vertriebene in der westdeutschen Nachkriegsgeschichte. Bilanzierung der Forschung und Perspektiven für die künftige Forschungsarbeit* (S. 69-80). Hildesheim: Verlag August Lax.
- Taylor, S. (2014). Identity. In T. Teo (Hrsg.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (S. 933-936). DOI 10.1007/978-1-4614-5583-7.

- Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13(3/4), 112-124.
- Thamer, H.-U. (2005). Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 139-164). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Thamer, H.-U. (2005a): Beseitigung des Rechtsstaates. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 184-187). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Thamer, H.-U. (2005b). Der Weg in den Krieg. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 317-342). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Thamer, H.-U. (2005c). Die nationalsozialistische Bewegung in der Weimarer Republik. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 70-89). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Thamer, H.-U. (2005d). Die nationalsozialistische Massenbewegung in der Staats- und Wirtschaftskrise. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011), *Dossier – Nationalsozialismus und Zweiter Weltkrieg* (S. 90-103). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Thimm, K. (2011). *Vatertage. Ende deutsche Geschichte*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Vogel, T. (2015). Kriegsfolgen. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Dossier – Der Zweite Weltkrieg* (S. 63-75). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

- Völter, Bettina (2008). Generationenforschung und ‚transgenerationale Weitergabe‘ aus biografiethoretischer Sicht. In H. Radebold, W. Bohleber & J. Zinnecker, J. (Hrsg.), *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Interdisziplinäre Studien zur Nachhaltigkeit historischer Erfahrungen über vier Generationen* (S. 95-106). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Wahrig-Burfeind, Renate (2002). *Wahrig Fremdwörterlexikon* (4. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Weitzel-Polzer, E. (2002). Demenz, Trauma und transkulturelle Pflege – Der komplexe Pflegebedarf in der jüdischen Altenpflege in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 190–198.
- Welzer, H., Moller, S. & Tschuggnall, K. (2005). *Opa war kein Nazi. Nationalsozialismus und Holocaust im Familiengedächtnis* (5. Auflage 2005). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Witzel, A. (2000). The problem-centered interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1 (1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>
- Westfälischer Schulumuseum Verlag & Wulf, R. (Hrsg.) (2011) [CD-ROM]. *Schule und Erziehung in der NS-Zeit: Eine Sammlung von schriftlichen Originalquellen – mit inhaltlichen Hinweisen und Leitfragen*. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
- Woolf, V. (1927). *To the Lighthouse*. <https://ebooks.adelaide.edu.au/w/woolf/virginia/w91t/part3.html>
- Yaffe, K., Vittinghoff, E., Lindquist, K., Barnes, D., Covinsky, K. E., Neylan, T. et al. (2010). Posttraumatic Stress Disorder and risk of dementia among US Veterans. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 608-613.

- Yehuda, R., Bierer, L.M., Schmeidler, J., Aferiat, D.H., Breslau, I., Dolan, S. (2000). Low Cortisol and Risk for PTSD in Adult Offspring of Holocaust Survivors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1252–1259.
- Yehuda, R., Daskalakis, N.P., Bierer, L.M., Bader, H.N., Klengel, T., Holsboer F. et al. (2016): Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biological Psychiatry*, 80, 372–380.
- Yehuda, R., Mulherin Engel, S., Brand, S.R., Seckl, J., Marcus, S.M. & Berkowitz, G.S. (2005). Transgenerational effects of Posttraumatic Stress Disorder in babies of mothers Exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 90(7), 4115–4118.
- Zank, S., Peters, M. & Wilz, G. (2010): *Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Zank, S. & Schacke, C. (2009). Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). Manual für die Praxisversion (BIZA-D-PV). *ZPE-Schriftenreihe*, 23.
- Zank, S. & Schacke, C. (o.A.). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. <https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf>
- Zielke-Nadkarni, A. (2009). NS-Verfolgte mit Migrationshintergrund als Patienten in der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 22(4), 169–174.
- Zoellner, T. & Maercker, A. (2004). The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41-48.