universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Herbst im Kopf“

Wenn Großeltern an Demenz erkranken

Das Bilderbuch als unterstützendes Medium für Kinder in der Auseinandersetzung mit dieser Krankheit

Verfasserin

Erika Burgstaller-Brendt

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst habe,
- andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
- dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wiener Neustadt, im Mai 2011 Erika Burgstaller-Brendt

Vorwort und Danksagung

So eine Arbeit wird eigentlich nie fertig.
Man muss sie für fertig erklären,
wenn man nach Zeit und Umstand das Mögliche getan hat.

(Goethe)

Mein Dank gilt jenen, die mit ihrer fachlichen Unterstützung, mit ihren inspirierenden Beiträgen und wertvollen Anregungen auf ihre besondere Weise zur Entstehung und Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Die Krankheit Demenz bedeutet nicht nur für die betroffenen Menschen eine Veränderung ihrer Lebenssituation, sondern stellt auch für die Angehörigen eine hohe Anforderung dar. Rund 70 Prozent der Demenzkranken werden in einem häuslichen Pflegesetting versorgt, weshalb viele Enkelkinder mit der Erkrankung ihrer Großeltern in Berührung kommen. Dabei sind sie auf altersgemäße Informationen und offene Kommunikation über die Krankheit angewiesen.

Ziel: In dieser Arbeit wurde untersucht, welchen Beitrag Bilderbücher zum kindgerechten Verständnis dieser Krankheit leisten, um sie als Unterstützungs- und Hilfsangebot im Bewältigungsprozess einsetzen zu können.

Methode: Als Methode wurde die qualitative Dokumentenanalyse gewählt, die den Regeln und Anforderungen der qualitativen Inhaltsanalyse folgt. Um ein breites Spektrum in Bezug auf die Darstellungsweise der Krankheit Demenz abzudecken, wurden fünf problemorientierte Bilderbücher analysiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass die Thematik Demenz in den Bilderbüchern sehr unterschiedlich dargestellt wird. Es werden zum einen altersgemäße Informationen vermittelt, die zum Verständnis der Krankheit und ihrer Symptome beitragen. Auf der anderen Seite wird die Krankheit nicht direkt angesprochen, sondern einfühlsam durch das Agieren der Figuren angedeutet. Die Resultate eines Buches weisen darauf hin, dass thematische Berührungspunkte fehlen.

Schlussfolgerungen: Aufgrund ihrer Erzählstruktur und Bildsprache bieten diese Medien Erwachsenen eine Chance, sie gezielt für Kinder im Bewältigungsprozess einzusetzen und Anregungen zu einem offenen Dialog über die Krankheit Demenz zu geben.

Abstract

Background: The medical condition of dementia does not only cause a change of the personal environment but also makes high demands on the relatives. Approximately 70 percent of dementia patients are supported by domestic care, for which reason many grandchildren encounter the condition of their grandparents. In this process they are dependent on age-appropriate information and forthright communication.

Aim: The study researches how picture books contribute to the age-appropriate understanding of the condition in order to use them as a matter of support and help within the process of coping.

Method: The method used is the qualitative document analysis which follows the norms and standards of the qualitative content analysis. In order to cover a wide spectrum relating to the representation of the condition of dementia, five problem-orientated picture books were analyzed.

Results: Results show that the subject of dementia is presented very differently in the picture books. On the one hand age-appropriate information is communicated which contributes to the understanding of the condition and its symptoms. On the other hand the condition is not directly labeled but indicated in an empathetic way by means of the characters' acting. The outcome also points out that one book lacks thematic relations.

Conclusion: Based on the narrative structure and the picture language, these books offer adults an opportunity to use them purposefully in the children's process of coping. They also encourage forthright conversation about the condition of dementia.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 9
1.1 Problemstellung 9
1.2 Zielsetzung 10
1.3 Forschungsfrage 11
1.4 Aufbau der Arbeit 12
2 Das soziale System Familie 14
2.1 Die Familie – eine Begriffsbestimmung 14
2.2 Formen der Familien und des familiären Zusammenlebens 16
2.3 Funktionen familiärer Lebensform 17
3 Generationen 19
3.1 Zum Begriff Generation 19
3.2 Familiäre Generationenbeziehungen 22
3.2.1 Die Großeltern 22
3.2.2 Die Enkelkinder 25
3.2.3 Großeltern mit Unterstützungsbedarf 26
4 Familie und Krankheit 27
4.1 Familiäres Krankheitserleben im Allgemeinen 27
4.2 Das Krankheitsbild der Demenz 28
4.2.1 Formen 29
4.2.2 Die Alzheimer-Krankheit 29
4.2.3 Verlauf 30
4.2.4 Epidemiologie Österreich 31
4.3 Lebenswelt Demenz 32
4.4 Demenz als Familienkrankheit 34
4.4.1 Häusliches Pflegesetting 35
4.4.2 Wie erleben Angehörige die Pflegesituation? 36
4.4.3 Wie erleben Kinder die Pflegesituation? 38
5 Familienbezogene Pflege 42
5.1 Family Nursing 43
5.2 Theoretische Grundlagen der familienbezogenen Pflege 43
5.2.1 Familiensozialwissenschaftliche Theorien 44
5.2.2 Familientherapeutische Theorien 45
5.2.3 Pflegetheorien 45
5.2.4 Ebenen des Family Nursing 45
5.3 Aufgaben 48
5.4 Das Calgary Familien-Assessment-Modell (CFAM) 49

5.5 Zielgruppen 51
6 Kindliche Entwicklungsaufgaben unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Phasen von Piaget 53
6.1 Entwicklungsstufen und Entwicklungsaufgaben 54
6.2 Phasen der kognitiven Entwicklung von Piaget 55
6.3 Der kognitiv-strukturalistische Forschungsansatz zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Konzepten von Kindern 59
7 Das Bilderbuch 62
7.1 Was ist ein Bilderbuch? 62
7.2 Merkmale des Bilderbuchs 63
7.3 Funktionen des Bilderbuchs in der Entwicklung des Kindes 64
7.4 Bedeutung der entwicklungspsychologischen Erkenntnisse für das Bilderbuch 65
7.5 Das Bilderbuch als Möglichkeit zur Problembewältigung 67
8 Methode 69
8.1 Forschungsansatz 69
8.2 Gütekriterien 70
8.3 Die qualitative Dokumentenanalyse 72
8.4 Inhaltsanalytische Auswertung 73
8.5 Beschreibung des Untersuchungsmaterials 74
8.6 Schritte der Analyse 76
8.6.1 Die Bestimmung der Analyseeinheit 77
8.6.2 Die theoriegeleitete Festlegung der Hauptkategorien 77
8.6.3 Die Bestimmung der Ausprägung und Zusammenstellung des Kategoriensystems 78
8.6.4 Die Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln 78
8.6.5 Der Materialdurchlauf 79
8.6.6 Überarbeitung von Kategoriensystemen und Kategoriendefinitionen 80
8.6.7 Paraphrasierung des extrahierten Materials 81
8.7 Das Kategoriensystem 81
9 Darstellung der Ergebnisse 84
9.1 Herbst im Kopf 84
9.2 Anna Maria Sofia und der kleine Wim 87
9.3 Opa ist Opa 89
9.4 Omas Apfelkuchen 92
9.5 Meine Oma hat Alzheimer 95
10 Interpretation der Ergebnisse 98

10.1 Relevante entwicklungspsychologische Aspekte ... 98
10.1.1 Symbolisieren und Fantasieren ... 98
10.1.2 Egozentrismus ... 99
10.1.3 Zentrierung ... 99
10.1.4 Magisches Denken ... 99
10.2 Herbst im Kopf ... 100
10.3 Anna Maria Sofia und der kleine Wim ... 101
10.4 Opa ist Opa ... 102
10.5 Omas Apfelkuchen ... 104
10.6 Meine Oma hat Alzheimer ... 105
10.7 Zusammenfassung ... 106
11 Resümee und Schlussfolgerungen ... 109
12 Literaturverzeichnis ... 112
12.1 Wissenschaftliche Literatur ... 112
12.2 Bilderbücher ... 121
13 Tabellenverzeichnis ... 123
14 Anhang ... 124
Anhang 1: Liste der themenspezifischen Bilderbücher ... 124
Anhang 2: Kategoriensystem zum Bilderbuch „Herbst im Kopf“ ... 125
Anhang 3: Lebenslauf ... 132

THEORETISCHER TEIL

1 Einleitung

„Stell dir das so vor“, sagte meine Mama, „bei Oma Anni ist jetzt Herbst im Kopf. Von ihrem Lebensbaum fallen die Blätter ab. Von Monat zu Monat mehr.“

(Müller, Dagmar H.)

1.1 Problemstellung

Aufgrund der gestiegenen gemeinsamen Lebenszeit erhöht sich für die Enkelgeneration die Wahrscheinlichkeit, alte und erkrankte Großeltern zu erleben. Erkranken Menschen an Demenz, bedeutet es für die Familienmitglieder eine besondere Herausforderung. Die Betreuung ist mit hohen Ansprüchen an die Familie verbunden, die sich, bedingt durch Veränderungen in der Familienstruktur, in zunehmendem Maße auch auf den Entwicklungsverlauf der Enkelkinder auswirken (vgl. Zank, 2003, S. 4). Sie erleben in der häuslichen Pflege die körperlichen, kognitiven und emotionalen Veränderungen ihrer Großeltern, die für sie eine wesentliche Belastung darstellen können.

Durch mangelnde altersgemäße Aufklärung und Betreuung kann es zu Irritationen, Fehldeutungen oder unerwünschten Verhaltensäußerungen kommen. Das Miterleben von Krankheitssymptomen und Nebenwirkungen kann beispielsweise Ängste, psychosomatische sowie funktionelle Beschwerden auslösen (vgl. Steck, 2002, S. 12-13). Elterliche Erklärungsversuche umfassen häufig nicht das komplexe Bild der Krankheit. Obwohl Steck (vgl. 2008, S. 7) darauf hinweist, dass altersspezifische Informationen über die Krankheit von

Bedeutung sind, um zu gewährleisten, dass Kinder zwischen phantasierten Ursachen und tatsächlicher Krankheit zu unterscheiden lernen, werden Kinder selten in den Bewältigungsprozess involviert.

In diesem Zusammenhang kann die familienorientierte Pflege als Ressource gesehen werden. Bei der familienorientierten Pflege geht es um erweiterte Perspektiven des Pflegeproblems, da Krankheit im systemischen Sinn immer eine Auseinandersetzung aller Familienmitglieder erfordert (vgl. Gehring et al., 2001, S. 30). Professionelle Pflegekräfte können im Rahmen der familienorientierten Pflege die Kinder in die Kommunikation über die Krankheit mit einbeziehen und sie mit befriedigenden, dem Entwicklungsstand entsprechenden Erklärungen versorgen.

Als ein wesentliches Hilfsmittel zur Bewältigung der Krankheitssituation kann für Eltern, Pflegende und Kleinkinder, die mit diesem Krankheitsbild in Berührung kommen, das Bilderbuch angesehen werden. Es gibt Kindern eine Chance zur Wissenserweiterung und kann unterstützend bei Lebenskrisen eingesetzt werden (vgl. Engelbert-Michel, 1998, S. 21). Nicht zuletzt bietet es Erwachsenen eine Möglichkeit zu einer behutsamen Hinführung zu schwer benennbaren Themen wie Probleme im Alter, Krankheit und den Veränderungen, die dadurch hervorgerufen werden.

1.2 Zielsetzung

Bestreben dieser Arbeit ist einerseits, Erkenntnisse aus der Situation der Enkelkinder und ihrer an Demenz erkrankten Großeltern aufzuzeigen und wie sich die Krankheitsbewältigung im Kontext der Familie darstellt. Den unterstützenden Rahmen bietet das Konzept der familienbezogenen Pflege, deren Ansatzpunkt auf der Kommunikationsebene und den damit verbundenen familiären Prozessen liegt.

Andererseits besteht das Ziel darin, in einem weiteren Schritt zu erforschen, welchen Beitrag Bilderbücher leisten, die Erkrankung Demenz auf entsprechende

Art und Weise den Kindern begreiflich zu machen. Es soll festgehalten werden, ob die Darstellungen in dieser Literatur den Bedürfnissen der Kinder gerecht werden und ob sie dem Alter entsprechend als Informationsmaterial geeignet sind. Ergänzend dazu stellen die kindlichen Entwicklungsaufgaben unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Phasen von Piaget den theoretischen Hintergrund dar.

Schlussendlich soll die Arbeit eine Antwort darauf sein, welche Möglichkeiten Bilderbücher für Eltern, Bezugspersonen und Professionen im Gesundheitsbereich diesbezüglich eröffnen, um sie als Unterstützungs- und Hilfsangebot im Bewältigungsprozess einsetzen zu können.

1.3 Forschungsfrage

Bezugnehmend auf die zuvor formulierten Erläuterungen setzt sich diese Diplomarbeit mit folgender Frage auseinander:

> ***„Wie wird die Krankheit Demenz im Bilderbuch dargestellt und auf welche Art und Weise erfolgt die Thematisierung?“***

Weitere Fragestellungen dazu sind:

- *Liefern die Bilderbücher einen Beitrag zum kindergerechten Verständnis der Krankheit Demenz?*
- *Steuern sie gezielt zur Bewältigung der Krankheitssituation bei?*
- *Welche Hilfestellungen leisten sie für Eltern, Bezugspersonen und Tätige im Gesundheitsbereich, damit diese besser mit den Kindern über die Krankheit kommunizieren?*

Diese Fragen sollen auf der Basis der gewonnenen Ergebnisse beantwortet werden.

1.4 Aufbau der Arbeit

Ansatzpunkt des theoretischen Teils ist das soziale System Familie. Zu Beginn dieser Arbeit wird näher auf den Begriff der Familie, ihre Funktionen und Lebensformen eingegangen.
Mit den Ausführungen über die Generationen im folgenden Kapitel soll ein Überblick über familiäre Generationenbeziehungen gegeben werden, wobei die Rollen der Großeltern und der Enkelkinder im Vordergrund stehen.
Der nächste Abschnitt beinhaltet eine Darstellung des familiären Krankheitserlebens. Dabei nimmt das Krankheitsbild der Demenz eine besondere Stellung ein. Da die Angehörigen den Großteil der Versorgungsarbeit dementiell erkrankter Menschen leisten, wird näher auf das Erleben der Pflegesituation eingegangen.
Daran schließt ein Einblick in die Grundlagen der familienbezogenen Pflege an, die im Hinblick auf die Unterstützung pflegender Angehöriger zunehmend an Bedeutung gewinnt. Abschließend wird das Konzept des Calgary Familien-Assessement-Modells erörtert.
Kindliche Entwicklungsaufgaben stehen im anschließenden Teil dieser Arbeit im Mittelpunkt. Dabei finden die Phasen der kognitiven Entwicklung von Piaget besondere Berücksichtigung. Der kognitiv-strukturalistische Forschungsansatz, der in weiterer Folge dargestellt wird, berücksichtigt bestimmte kindliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.
Den Abschluss des theoretischen Teils bildet das Bilderbuch. Es wird beschrieben, was unter dem Begriff verstanden wird und welche Merkmale und Funktionen diesem Medium zugeschrieben werden.

Im empirischen Teil der Diplomarbeit werden an erster Stelle die Überlegungen zu einem qualitativen Forschungsansatz begründet und die Güterkriterien erläutert. Anschließend an die Dokumentenanalyse, nach deren Methode die Auswertung der Daten erfolgt, richtet sich der Blick auf die Beschreibung der Bilderbücher, die als Untersuchungsgegenstand eingesetzt wurden. Eine ausführliche Darlegung der Analyseschritte, die sich am Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse orientieren, folgt im nächsten Teil der

Arbeit. Das zentrale Merkmal der Analyse ist das Kategoriensystem. Es wird am Ende des Kapitels in geordneter Form vorgestellt.

Eine übersichtliche Darstellung der Untersuchungsergebnisse in einem weiteren Abschnitt beinhaltet die systematische Beschreibung der Bilderbücher anhand der entwickelten Haupt- und Unterkategorien. Darauf aufbauend widmet sich das letzte Kapitel der Diskussion der Ergebnisse in Anlehnung an die Theorie Piagets sowie an das Konzept „Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern“. Ein Resümee im Hinblick auf die pädagogische Relevanz der Bilderbücher bildet den Schluss dieser Diplomarbeit.

2 Das soziale System Familie

Familien haben seit dem 18. Jahrhundert einen Wandel durchlebt. Aufgrund längerer Lebensdauer hat die Anzahl der gemeinsamen Lebensjahre zugenommen und neue Formen des familiären Zusammenlebens sind entstanden. Diese Prozesse bewirken veränderte intergenerationelle Beziehungen sowie neue funktionelle Aufgaben in den Familien. Dieser Abschnitt soll eine erste Vorstellung darüber geben, wie der Begriff Familie definiert werden kann und welche gesellschaftlich anerkannten Formen des Zusammenlebens bestehen. Den Abschluss dieses Kapitels bildet ein kurzer Überblick über Funktionen von Familien.

2.1 Die Familie – eine Begriffsbestimmung

Der Begriff Familie wird häufig und vielfältig eingesetzt. Im Alltag wird er Lebensgemeinschaften mit und ohne Kindern zugeschrieben. In den einzelnen Wissenschaftsdisziplinen gibt es unterschiedliche Definitionen, die durch spezifische Ansätze begründet werden. Fast allen ist aber gemeinsam, dass der Begriff Familie auf das Vorhandensein von zwei Generationen bezogen ist, also ein Generationszusammenhang festgeschrieben wird.

Ausgehend von Petzold (vgl. 1999, S. 85) kann man grundsätzlich zwischen einer Makroperspektive - Familie als gesellschaftliche Institution - und einer Mikroperspektive – Familie als soziales Teilsystem mit festgelegten Rollen – unterscheiden Die Kennzeichen des Familienbegriffs nach Nave-Herz berücksichtigen sowohl diese Perspektiven als auch kulturelle und historische Aspekte:

- Die Familie besitzt eine „biologisch-soziale Doppelnatur“, die durch die Übernahme der Reproduktions- und Sozialisierungsfunktion gekennzeichnet ist.
- Die Familie begründet sich durch die Generationsdifferenzierung, die auf die Kernfamilie (Eltern-Kind-Einheit) oder auf eine Mehrgenerationenfamilie bezogen sein kann.

- In der Familie besteht ein eigenes Kooperations- und Solidaritätsverhältnis zwischen den Mitgliedern, aus dem heraus bestimmte Rollendefinitionen abgeleitet werden (vgl. Nave-Herz, 2006, S. 30-31).

Im Gegensatz dazu basiert in der amtlichen Statistik der Schwerpunkt auf den Haushalten und nicht auf den Familien. Familiäre Beziehungen werden dabei nicht berücksichtigt. In diesem Sinne bilden Ehepaare oder Lebensgemeinschaften beziehungsweise Alleinerziehende mit Kind eine Familie. Als Kinder zählen jene, die ohne eigene Partner im gleichen Haushalt leben und selbst keine Kinder haben (vgl. Statistik Austria, 2009).

Leben Menschen aus verschiedenen Generationen in einer Gemeinschaft zusammen, dann macht dies den Kern einer Familie aus. *„Familie kann also aus psychologischer Sicht als eine soziale Beziehungseinheit gekennzeichnet werden, die sich besonders durch Intimität und intergenerationelle Beziehungen auszeichnet.“* (Petzold, 1999, S. 32).

Im Österreichischen Familienbericht wird folgende Definition bestimmt, die sowohl die Betreuungspflicht für minderjährige Kinder als auch pflegebedürftige Personen berücksichtigt:

> *„Als Familie im engeren Sinn definieren wir in diesem Bericht das Zusammenleben von (mindestens) zwei Generationen mit Betreuungspflicht in (mindestens) eine Richtung. Diese Definition umfasst sowohl Eltern oder Elternteile mit minderjährigen Kindern als auch Personen oder Paare mit pflegebedürftigen Eltern oder sonstigen Verwandten.“* (BMWFJ, 1999, Band 2, S. 16).

Der systemische Ansatz versteht die Familie als ein System mit Subsystemen, das in Wechselbeziehungen zur Umwelt steht. Das System Familie besteht für eine bestimmte Person aus jenen Mitmenschen, die als zugehörig bestimmt werden (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003, S. 37). Das Konzept der familienbezogenen Pflege orientiert sich an diesem Modell, das die Familie in die Pflegebeziehung einbezieht.

Schnepp und Büscher (Schnepp, 2006, S 62). berücksichtigen ebenso diese Perspektive. Für sie ist *„(...) Familie das, was die Betroffenen darunter verstehen.“* Diese weit gefasste Erklärung impliziert alle Lebensformen, die für Familien Gültigkeit haben können und lässt eine subjektive Betrachtung dieses Begriffes zu.

2.2 Formen der Familien und des familiären Zusammenlebens

In den letzten Jahrzehnten lässt sich eine zunehmende Veränderung in der Struktur der Gesellschaft feststellen. Dieser Umbruch betrifft auch die Institution Familie. Höheres Heiratsalter, niedrige Geburtenrate, Anstieg der Scheidungszahlen und Steigerung der Lebenserwartung führen zu einem Wandel der Familienstrukturen. Die Kernfamilie, bestehend aus Eltern mit ihren Kindern, ist heute nicht mehr der vorherrschende Familientyp. Zu den neu entwickelten, erweiterten Familienformen zählen nach Petzold (vgl. 1999, S. 32-33) beispielsweise die Ein-Elternfamilie, Adoptivfamilie, Fortsetzungsfamilie, Mehrgenerationenfamilie, nicht eheliche Lebensgemeinschaften, Patchwork-Familien, Alleinerziehende und andere alternative Lebensstile. Aus dieser Anzahl von individuellen Lebensentwürfen hält Petzold zum besseren Verständnis sieben primäre Lebensformen fest.

Tabelle 1: Lebensformen

	Familienform	***Beispiel***
A	normale Kernfamilie	traditionelle Vater-Mutter-Kind-Beziehung
B	Familie als normatives Ideal	Alleinstehende mit Orientierung an einem normativen Familienideal
C	kinderlose Paarbeziehung	unfreiwillig oder auf Grund eigener Entscheidung kinderlose Paare
D	nichteheliche Beziehung mit Kindern (aber mit normativem Familienideal)	moderne Doppelverdiener-Familie mit Kind(ern)
E	postmoderne Ehebeziehung ohne Kinder (aber mit Normorientierung)	auf Berufskarriere und intime Partnerschaft bezogene Ehe ohne Kinder
F	nichteheliche Elternschaft ohne Orientierung an einer Idealnorm	Wohngemeinschaften mit Kindern, Ein-Eltern-Familien
G	verheiratete Paare mit Kindern (aber ohne normatives Ideal)	alternativ orientierte Eltern, die dennoch verheiratet sind

Quelle: modifiziert übernommen aus: Petzold, 1999, S.37

Familien waren immer schon vielfältig und sind Veränderungen unterlegen. Folgt man der Argumentation von Nave-Herz (vgl. 2006, S. 66-67), sind die heutigen Familienformen keine neuen Prägungen, da sie bereits früher in anderen Kontexten eingebettet existierten.

Das Interesse der heutigen Familienforschung gilt der multilokalen Mehrgenerationenfamilie. Diese Lebensform ist für viele Familien erst im zwanzigsten Jahrhundert als Folge der verlängerten Lebenszeit möglich geworden. Betrachtet man die Statistik zur „*Lebenserwartung in Gesundheit*“ von Österreich, so beträgt die fernere Lebenserwartung für Frauen, die 2006 65 Jahre alt waren, 85 Jahre. Männer, die 2006 65 Jahre alt waren, können damit rechnen, 82 Jahre alt zu werden (vgl. Statistik Austria, 2009). Damit sind Dreigenerationenfamilien heute erst möglich geworden, aber auch Viergenerationenfamilien sind durchaus verbreitet.

Im Gegensatz zur Zweigenerationenfamilie leben in der Mehrgenerationenfamilie mehrere zu einer Familie gehörende Generationen gleichzeitig, die durch Abstammung oder Adoption miteinander verbunden sind (vgl. Lauterbach, 2004, S 223). In der Regel wohnen Eltern- und Großelterngeneration in keinem gemeinsamen Haushalt. Sie sind dennoch emotional eng miteinander verbunden und fühlen sich zur Generationensolidarität verpflichtet (Bertram, 2000, S. 11). Gegenwärtig gibt es kein allgemein gültiges Modell der Beziehungsgestaltung, doch Ehe und Familie haben weiterhin einen hohen Stellenwert in den Lebensplänen der Menschen.

2.3 Funktionen familiärer Lebensform

Familienstruktur, Familienprozesse und Familienfunktionen waren Reaktionen auf alltägliche Bedürfnisse. Familienkultur war jener Aspekt des Lebens, der von den Mitgliedern einer bestimmten Gruppe herrührte und mit anderen geteilt wurde. Die Familienkultur war aus Werten und Einstellungen zusammengesetzt, die es früheren Familien erlaubte, sich auf eine vorhersehbare Weise zu verhalten (vgl. May & Hanson, 2005, S. 21).

Familien erfüllen nach wie vor wichtige Funktionen für ihre Angehörigen und für die Gesellschaft. Diese Aufgaben nehmen im Laufe des Familienzyklus unterschiedlichen Stellenwert ein, prägen den Alltag dieser Gemeinschaft und sind auf individuelle, familiäre und gesellschaftliche Ebenen bezogen. Burkart (vgl. 2006, S. 184-185) unterscheidet vier Grundfunktionen, die der Familie zugeschrieben werden: Biologische und soziale Reproduktion, Sozialisation und Statuszuweisung.

Als zentrale Funktion der Familie gilt nach wie vor die biologische Reproduktionsfunktion. Sie garantiert das Weiterbestehen der Gesellschaft durch das Hinzukommen neuer Mitglieder. Die Bezeichnung „soziale Reproduktionsfunktion“, die die psychische und physische Regeneration der Familienmitglieder umfasst, ersetzt nach Nave-Herz (vgl. 2009, S. 79-101) den Begriff der Haushaltsfunktion. Die Sozialisationsfunktion sichert den Prozess der Eingliederung dieser neuen Mitglieder in die Gesellschaft. Ferner übt die Familie eine Platzierungsfunktion und Statuszuweisung aus. Darunter wird die Zuweisung einer Position innerhalb der Gesellschaft verstanden. Durch die Veränderungen der Arbeitsbedingungen hat die Familie mit der Freizeitfunktion eine weitere neue Aufgabe übernommen.

Strukturen und Leistungsbereiche von Familien haben sich verändert oder verlagert. Es kann aber nicht von einem Funktionsverlust der Familie gesprochen werden. Nave-Herz (2006, S. 102), spricht in diesem Zusammenhang *„(...) höchstens von einem Wandel innerhalb der familialen Funktionen.“* Auch Gehring et al. betonen, dass bedingt durch die historische Entwicklung eine Funktionsverschiebung und keinesfalls ein Funktionsverlust der Familie stattgefunden hat (vgl. Gehring et al., 2001, S. 21-22).

Es ist nicht eindeutig vorhersehbar, wie sich die Lebenswelten der Menschen zukünftig entwickeln werden. Dennoch bleibt der soziale Stellenwert der Familie und der der familiären Solidarität unbestritten. Die Familie vermag weiterhin als solidarisches Unterstützungssystem innerhalb der Generationen gesehen zu werden. Das kann, auf die häusliche Pflegesituation bezogen, eine bedeutende Ressource darstellen.

3 Generationen

Jedes Individuum steht innerhalb von Generationenbeziehungen und jede Gesellschaft sieht es als ihre Aufgabe, Menschen unterschiedlichen Lebensalters in ihre Gemeinschaft zu integrieren. Generationen spielen in allen Lebensphasen nachweisbar eine tragende Rolle und sind ein integrierter Bestandteil der alltäglichen Lebenswelt. Um die Generationenzusammenhänge näher betrachten zu können, wird im folgenden Kapitel auf den Generationenbegriff und seine zentralen Merkmale Bezug genommen. Bei den familiären Generationenbeziehungen werden vorrangig die Altersgruppe der Großeltern und die der Enkelkinder hervorgehoben.

3.1 Zum Begriff Generation

Es besteht eine Vielzahl von Generationsdefinitionen, die in der Fachliteratur kritisch diskutiert werden. Grundsätzlich wird jedoch zwischen familiären und gesellschaftlichen Generationen unterschieden. Während der genealogisch-familienbezogene Generationenbegriff auf der Mikroebene angesiedelt ist und die Mitglieder der Abstammungslinie bezeichnet, umfasst der gesellschaftliche Generationenbegriff die Makroebene und charakterisiert jene Personengruppen, die in einem bestimmten Zeitraum geboren wurden und wichtige historische Ereignisse gemeinsam erfahren haben (vgl. Kohli & Szydlik, 2000, S. 3-11).

a) Generationenkonzepte

Höpflinger (vgl. 2008, S. 1) weist darauf hin, dass vier zentrale Generationenkonzepte in der Forschungsliteratur bestehen. Diese Konzepte bedürfen einer klaren Unterscheidung, weil sie nicht miteinander verbunden und zu einem Begriff zusammengefasst werden können.

- Die erste Kategorie bezieht sich auf die Unterscheidung von Abstammungsfolgen in Familien, wie Kinder-Eltern-Großeltern (*genealogischer Generationenbegriff*). Die Gestaltung der familialen

Generationenbeziehungen ist von sozialen, kulturellen und demografischen Veränderungen abhängig.

- Eine weitere Definition umfasst die Generation als pädagogisch-anthropologische Grundkategorie von Lern- und Erziehungsprozessen (*pädagogischer Generationenbegriff)*. Eine pädagogische Generation bezeichnet im Unterschied zu anderen Generationenbegriffen keine gesellschaftliche Gruppe, sondern eine Funktion.

- Die Generation als Kategorie zur Differenzierung historischer und/oder sozialer Gruppierungen in Anlehnung an Mannheim wird als dritte Bestimmung angeführt (*historisch-gesellschaftliche Generationen)*. Aus diesem Blickwinkel werden Generationen als soziale Kategorien wahrgenommen.

- Die letzte Begriffsbildung von Generationen als Kategorie sind wohlfahrtsstaatliche Verteilungsprozesse zwischen Altersgruppen und/oder Geburtskohorten (*Wohlfahrtsgenerationen*). Bei dieser Diskussion steht ein sozialpolitisches Konzept von Generationen im Mittelpunkt.

Kohli und Szydlik (2000, S. 8-9) gliedern hingegen Generationen in eine politische, kulturelle sowie ökonomische Gruppe. Politische Generationen schließen Personen ein, die sich durch bestimmte historische Erfahrungen miteinander verbunden fühlen. Kulturelle Generationen umfassen Kohorten, die spezifische Lebensstile pflegen. Ökonomische Generationen zeigen Gemeinsamkeiten hinsichtlich wirtschaftlicher Risiken und Chancen.

Eine allgemein gültige Begriffsbestimmung, die eine Verbindung zwischen Makro- und Mikroebene zulässt, formuliert Lüscher (2004, S. 23):

> *„Das Konzept der Generation dient dazu, kollektive oder individuelle Akteure hinsichtlich ihrer sozial-zeitlichen Positionierung in einer Gesellschaft, einem Staat, einer sozialen Organisation oder einer Familie zu charakterisieren und ihnen eine spezifische Identität („Generationenidentität“) zuzuschreiben.“*

b) Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse

Pohl (vgl. 2005, S. 237) differenziert in diesem Kontext zusätzlich zwischen Generationenbeziehungen und Generationenverhältnissen.

Generationenbeziehungen betreffen die konkreten persönlichen Beziehungen zwischen den Familienangehörigen und fokussieren die damit verbundenen Prozesse. Generationenverhältnisse lassen sich in Bezug auf gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge sozialer Gruppen ableiten.

c) Generationensolidarität

Die Generationensolidarität berührt einerseits mit dem Generationenvertrag den gesellschaftlichen Aspekt, hingegen bezieht sich die familiäre Solidarität nach Schimany (vgl. 2004, S. 9-11) auf drei wesentliche Punkte:

- die funktionale Solidarität (Unterstützungsleistungen)
- die affektive Solidarität (emotionale Verbundenheit)
- assoziative Solidarität (gemeinsame Aktivitäten und Kontaktgestaltung)

d) Generationenkonflikte

Betrachtet man das Konfliktfeld der Generationen auf der gesellschaftlichen Ebene, so handelt es sich hier um Konflikte sozialstaatlicher Umverteilungen und Maßnahmen zwischen den Altersgruppen. Familiäre Generationsbeziehungen müssen keineswegs spannungsfrei verlaufen, sondern können von Ambivalenzen, Kontroversen und Widersprüchen geprägt sein (vgl. ebd., 2004, S. 10).

e) Zusammenhang von familiären und gesellschaftlichen Generationen

Familiäre und gesellschaftliche Generationenbeziehungen stehen in einem engen Zusammenhang. Verbindungen werden dann deutlich, wenn von wechselseitigen Transferleistungen und Bereitstellung von Ressourcen gesprochen wird. Öffentliche Leistungen entlasten die Familien, setzen Ressourcen frei und stabilisieren somit Generationenbeziehungen (vgl. ebd.).

3.2 Familiäre Generationenbeziehungen

Die Beziehungen der Generationen zueinander sind nicht nur gesamtgesellschaftlich relevant, sondern es kommt ihnen auch innerhalb der Familien eine wesentliche Bedeutung zu. Forschungsergebnisse zeigen, dass im Gegensatz zu vorherrschenden Annahmen das Verhältnis der Generationen intakt und von großer Solidarität geprägt ist. Austauschprozesse und Kontakte der Familienmitglieder sind trotz autonomer Haushalte eng und vielfältig, materielle und instrumentelle Transfer- sowie wechselseitige Unterstützungsleistungen bestehen meist lebenslang (vgl. Kohli & Szydlik, 2000, S. 11). Die Untersuchung von Bertram (vgl. 2000, S. 101) weist ähnliche Ergebnisse auf. Familienmitglieder können im Rahmen der Generationenbeziehungen auf gegenseitige Fürsorge und Hilfeleistungen vertrauen. Auch die Kernaussagen der Studie „Generationensolidarität in Österreich“ 2005 bestätigen diese Angaben: Die Familie stellt ein System der Solidarität dar, das wechselseitig im Dialog steht (vgl. Majce & Rosenmayr, 2005, S. 2). In diesen Arbeiten wird auch immer wieder auf die emotionale Verbundenheit zwischen Jung und Alt hingewiesen. Dennoch sind soziologische Untersuchungen über Großeltern und Enkel kaum Schwerpunkte der Forschung (vgl. Nave-Herz, 2004, S. 86). Die wenigen Studien, die zu diesem Thema existieren, belegen die positive Bedeutung der Großelternschaft (vgl. Schweppe, 2007, S. 279). Im folgenden Text werden die Rollen der Großeltern und Enkelkinder sowie ihre gegenseitige Bedeutung diskutiert.

3.2.1 Die Großeltern

Die Phase der Großelternschaft ist ein relativ neues Phänomen. War es früher aufgrund des niedrigen Sterbealters nicht selbstverständlich Großeltern zu werden, vor allem aber die Entwicklung der Enkel oder sogar Urenkel zu erleben, ist sie heute wegen einer höheren Lebenserwartung ein sehr wahrscheinliches Ereignis. Folgende Zahlen von Lauterbach (vgl. 2002, S. 540-541) dienen als Beleg für eine zunehmende Tendenz: Zurzeit beträgt in Deutschland die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer 74 und die der Frauen 80 Jahre.

Erreichten gegen Ende des 19. Jahrhundert nur rund 39% der männlichen Bevölkerung das 60. Lebensjahr, so waren es Ende des 20. Jahrhundert nahezu 86%. Bei Frauen konnten noch größere Veränderungen festgestellt werden. Waren es im vorigen Jahrhundert beinahe 34%, lag der Anteil gegen Ende des 20. Jahrhundert fast bei 93%. Damit wird deutlich, dass es zu einer Ausdehnung der späten Familienphase kommt und die gemeinsame Lebenszeit noch mehr als zwanzig Jahre betragen kann. Hervorgerufen durch diese demografischen Veränderungen sind erst in letzter Zeit das Leben in einer Mehrgenerationenfamilie und eine aktive Beziehung zwischen der Großeltern- und der Enkelgeneration möglich geworden.

In der Fachliteratur wird auf die positive Veränderung der Generationenbeziehung hingewiesen. Autorität, Distanz und Respekt prägten früher die Rollen der Älteren, heute dominieren jedoch Freundschaft, Liebe und Zuneigung, was eine vielfältige Gestaltung der Beziehung ermöglicht (vgl. Wilk, 1999, S. 255). Es zeigt sich weiters, dass die Großeltern – Enkel – Verhältnisse zu den tragenden Säulen im familiären Netzwerk zählen (vgl. Brake & Büchner, 2007, S. 199). Die Eltern spielen dabei als Wegbereiter für die Beziehung eine wichtige Rolle. Sie nehmen eine Brückenfunktion zwischen den Großeltern und den Enkelkindern ein (vgl. Lauterbach, 2004, S. 237). Ermöglichen sie beständige Kommunikation, festigt sich die Beziehung zwischen den Generationen und wird innerhalb des Familiensystems als emotional befriedigend erlebt.
Für die Zufriedenheit der Großelternschaft beschreibt Sticker vier Aspekte als wesentlich:

> *„(...) erstens, dass die Einstellung zu den Enkeln positiv war, zweitens, dass die Eltern bezüglich der Beziehung als unterstützend erlebt wurden, drittens, dass Sozialkontakte allgemein als bereichernd galten, und schließlich viertens, dass das Altersbild positiv war."* (Sticker, 2008, S. 35).

Negative Bewertung von Großelternschaft scheint eher selten auf. Krappman und Lepenis (vgl. 1997, S. 187) halten dazu fest, dass die Großeltern-Enkel-Beziehung dann als belastend erlebt wird, wenn Familien kritische Lebenslagen zu bewältigen haben. Wenn beispielsweise Großeltern die volle Erziehungsverantwortung übernehmen müssen, weil die mittlere Generation durch Krankheit, Trennungskonflikte, Kriminalität oder Drogenmissbrauch ausfällt.

Die Verbindung zur jungen Generation wird durch regelmäßige Treffen und gemeinsame Aktivitäten aufrecht erhalten. Lauterbach (vgl., 2004, S. 121-122) verweist beispielsweise darauf, dass Großeltern mit häufigem Kontakt zu ihren Enkelkindern sich reger und weniger einsam fühlen. Ferner konzentrieren sich ältere Menschen auf inhaltsreiche Beziehungen, deshalb nehmen Enkelkinder für die Großeltern eine besondere Stellung ein. Diesbezüglich weist Schweppe (vgl. 2007, S. 273) in ihren Ausführungen darauf hin, dass der Stellenwert an jenen der leiblichen Kinder heranreicht. Enkelkinder ermöglichen zudem die Weiterführung der familiären Generationenfolge. Sie verlängern somit symbolisch die eigene Existenz und können ein sinnerfülltes Leben bedeuten (vgl. Wilk, 1999, S. 254).

Eine erhebliche Rolle spielt die Gestaltung der Beziehung. Der Untersuchung Höpflingers (vgl. 2009, S. 314-315) zufolge sind drei Hauptfaktoren wesentlich:

1. Die Anzahl der Kinder, beziehungsweise der Enkelkinder
2. Die Altersabstände innerhalb der Generationen
3. Die Erhöhung der Lebensdauer und die damit verlängerte Phase der gemeinsamen Lebenszeit von Großeltern, Kindern und Enkelkindern

Die Beziehung wird auf individuelle Weise ausgestaltet und gelebt, wobei die Großeltern im Gegensatz zu früher heute neue Rollen und Aufgaben in den Familien übernehmen. Sie beteiligen sich an der Betreuung und Erziehung ihrer Enkelkinder, unterstützen sie bei der Lösung von Entwicklungsaufgaben und bieten den Eltern emotionale und finanzielle Hilfestellungen.
Nach Lauterbach können folgende Aspekte der Bedeutung von Enkelkindern für die Großelterngeneration zusammengefasst werden:

Tabelle 2: Aspekte der Bedeutung

Im Alltag	Emotionale Ebene	Symbolische Ebene
▪ Unterstützung der Kinder ▪ Unterstützung der Enkelkinder ▪ Bereicherung des Lebens durch Kontakte zu den Enkeln	▪ Quelle der Vitalität ▪ Reduzierung von Einsamkeits-gefühlen	▪ Kontinuität in der Familie ▪ Verbindung zur eigenen Vergangenheit

Quelle: modifiziert übernommen aus: Lauterbach 2004, S. 124

3.2.2 Die Enkelkinder

Zum Thema Enkelgeneration sind bisher nur wenige Arbeiten vorhanden. Vor allem über Auswirkungen des Aufwachsens mit oder ohne Großeltern sind laut Lange und Lauterbach keine ausreichenden Daten verfügbar. Als mögliche Ursache sehen die Autoren unter anderen die klinische und psychologische Literatur bis Anfang der sechziger Jahre, die „(…) *die Großeltern eher als Störfaktoren einer gelingenden Sozialisation, denn als wichtige Ressource betrachtet haben"* (Lange & Lauterbach, 2000, S. 5).

Aus aktuellen Untersuchungen geht jedoch hervor, dass die Enkel selbst den Großeltern eine wichtige Rolle in ihrem Leben zuweisen und die Großelternschaft inhaltsreich erlebt wird. Sie nehmen hinter den Eltern und Geschwistern eine sehr wichtige Position ein, die bis ins Jugendalter Gültigkeit besitzt. Eine Befragung von Höpflinger (vgl. 2009, S. 320) aus der Schweiz zeigt die positive Bewertung dieser Beziehung: 63% der Enkelkinder stuften ihre Beziehung zu den Großeltern als sehr wichtig und 34% als wichtig ein. Einen weiteren Schwerpunkt dieser Untersuchung stellte die Rollenerwartung der Enkelkinder bezüglich ihrer Großeltern dar. Für diese stand an erster Stelle die Erwartung, dass die Großeltern einfach da sind, wenn man sie braucht (ebd., S. 329).
Enkelkinder und Großeltern gestalten gemeinsam zahlreiche Aktivitäten. Vor allem aber sind Großeltern wichtige Gesprächspartner. In einer österreichischen Befragung, die die Großeltern-Enkel-Beziehung zum Gegenstand hatte, wurde Reden und Diskutieren an erster Stelle genannt (vgl. Wilk, 1999, S. 258).
In Bezug auf die Mehrgenerationenfamilie stellen die Großeltern einen Teil des kindlichen Lernfeldes dar, das durch die Förderung von sozialer und kognitiver Entwicklung zum Ausdruck kommt (vgl. Philipp-Metzen, 2008, S. 136). Darüber hinaus können Enkel durch die ältere Generation neue Erfahrungen sammeln und die Vergangenheit kennen lernen, da Großeltern eine Welt präsentieren, von der die Kinder wenig wissen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, dass junge Menschen durch die intergenerationelle Beziehung Eindruck vom Alterungsprozess und der damit verbundenen familiären Solidarität gewinnen und das Erleben der Großeltern eine Grundlage für die spätere Gestaltung der eigenen Großelternrolle sein kann.

3.2.3 Großeltern mit Unterstützungsbedarf

Die gestiegene Lebenserwartung kann jedoch auch mit Krankheit und Pflegebedarf in Verbindung gebracht werden. Es gibt Großeltern, die aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, sich aktiv mit ihren Enkelkindern oder Kindern auseinander zu setzen. Sie benötigen selbst Hilfe und solidarisches Handeln. Auf den sozialen Aspekt bezogen vermitteln sie aber Kindern eine wichtige Einsicht in das menschliche Altern, die damit einhergehende Gebrechlichkeit oder das Ende des Lebens (vgl. Krappmann & Lepenies, 1997, S. 193).

4 Familie und Krankheit

Familien und ihre Lebensbedingungen sind einer steten Veränderung unterworfen. Die Konfrontation von Familien mit der Situation beim Krankheitserleben und bei der Krankheitsbewältigung verlangt von ihnen fortwährend eine Anpassung an gegenwärtige Lebensumstände, wodurch das gesamte familiäre System beeinflusst wird. Erkranken Menschen an Demenz, bedeutet es für die Angehörigen eine besondere Herausforderung. Der erste Beitrag dieses Abschnittes gibt einen Einblick in das familiäre Krankheitserleben. Bei näherer Betrachtung des Themas ist es in der Folge notwendig, das Krankheitsbild Demenz ausführlicher zu beschreiben. Im nächsten Schritt werden im Rahmen des häuslichen Pflegesettings die Auswirkungen auf die Bezugspersonen beleuchtet.

4.1 Familiäres Krankheitserleben im Allgemeinen

Eine zentrale Solidaritätsleistung von Familien ist die Unterstützung in Krisensituationen. Jede Erkrankung bedeutet für das System Familie Umgestaltung und Rollenwechsel. Das Leben mit einer Krankheit verändert in Folge nicht nur die Bedürfnisse des betroffenen Menschen, sondern auch die der Familienmitglieder. Jeder einzelne muss dabei seine Möglichkeiten und Ressourcen ausloten und dem gemeinsamen Leben zustimmen.

Auch wenn der Wunsch herrscht, für jemanden Sorge zu tragen und die Pflege und Betreuung selbstständig zu Hause zu leisten, stoßen Familienmitglieder nicht selten an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Die Balance zwischen „Geben und Nehmen“ verschiebt sich, da die erkrankte Person von ihren Angehörigen abhängig wird (vgl. Wancata, 2005, S. 131). Diesbezüglich weist Schnepp (vgl. 2006, S. 62) darauf hin, dass sich die Bedürfnisse so vielfältig verändern können und deshalb Hilfe von professionellen Pflegekräften erforderlich wird. Angehörige benötigen dazu vor allem Information, gesichertes Wissen und die Chance, Bewältigungsstrategien entwickeln zu können, die sowohl ihnen, als auch den Betroffenen nützlich sind.

Nach der Darstellung Schlippes (vgl. 2003, S. 21-22) sind mit dem Thema „chronische Krankheiten im sozialen Kontext“ zusammenfassend folgende Aspekte verbunden:

- die Bedeutung der psychischen und familiendynamischen Funktionen
- eine Bedeutung, die ein Individuum oder eine Familie über die Krankheit entwickelt hat
- die Emotionen und deren Regulierung auf der persönlichen und familiensystemischen Ebene
- die Zuschreibung von Sinn und Bedeutung der Krankheit in ihrem sozialen Umfeld
- eine verantwortungsvolle Kommunikation der professionellen HelferInnen

Es geht also darum, wie Personen mit einer Krankheit und ihren damit verbundenen Belastungen agieren und wie das soziale Umfeld ihnen bei einer konstruktiven Bewältigung zur Seite steht.

4.2 Das Krankheitsbild der Demenz

Unter Demenz wird allgemein der Prozess verstanden, bei dem die geistigen Fähigkeiten eines Menschen, besonders das Gedächtnis, beeinträchtigt werden. Zu Beginn ist nur das Kurzzeitgedächtnis betroffen, später aber auch das Langzeitgedächtnis. Weitere Kennzeichen sind Einbußen der Aktivitäten des täglichen Lebens, aber auch emotionale, kognitive und affektive Störungen (vgl. Gatterer & Croy 2005, S. 10). Nach der 10. Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) handelt es sich um ein Syndrom mit den folgenden Merkmalen:

> *„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf (...)“.* (Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2007).

Unter dem Begriff Demenz wird somit nicht eine spezifische Krankheit verstanden, sondern eine Reihe von Symptomen, die so schwerwiegend sind, dass sie zu einer Beeinträchtigung der autonomen Lebensführung und der Alltagskompetenzen der Betroffenen führen (vgl. Gatterer & Croy, 2005, S. 10). Die Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens umfassen vorwiegend die selbstständige Nahrungsversorgung, die persönliche Hygiene und das Ankleiden. Neben diesen Merkmalen zählt die Verminderung der Gedächtnis- und Denkleistungen zur Voraussetzung einer Diagnose (vgl. Weyerer, 2005, S. 8).

4.2.1 Formen

Grundsätzlich liegt einer Demenz der Verlust von Nervenzellen im Gehirn zugrunde. Es wird zwischen primären und sekundären Demenzformen unterschieden. Primäre Formen entstehen durch Schädigung des Hirngewebes. Damit verbunden sind Alzheimer-Demenz, Vaskuläre Demenz, Mischdemenzen, Levy-Körperchen-Demenz, Parkinson-Demenz und Fronto-temporale Demenzen. Die Ursachen sekundärer Demenzen werden durch pathologische Geschehnisse und physiologische Störungen ausgelöst, wie zum Beispiel chronische HIV-Enzephalitis, Schilddrüsenerkrankungen oder Vitaminmangelerkrankungen. (vgl. Fiedler & Wiltfang, 2009, S. 24).

In den westlichen Industrieländern können etwa zwei Drittel der Demenzformen dem Alzheimertyp zugeordnet werden, 15% - 20% werden als vaskuläre Demenzen bezeichnet und die restlichen Erkrankungen betreffen Mischformen oder Demenzen, die aufgrund anderer Krankheitsbilder ausgelöst werden (vgl. Weyerer, 2005, S. 8-9).

4.2.2 Die Alzheimer-Krankheit

Die Alzheimer-Demenz wurde am Beginn des 20. Jahrhundert erstmals als eine eigenständige Krankheit von dem Neurologen Alois Alzheimer beschrieben. Die

genauen Ursachen sind nicht vollständig geklärt. Genetische, umweltbedingte und andere Faktoren dürften eine Rolle spielen.

Ein Hauptmerkmal dieser Krankheit ist die Veränderung in der Gehirnsubstanz. Dabei kommt es zu einer Verminderung der Nervenzellen und Botenstoffe sowie zu Einlagerungen von senilen Plaques. Wenn erste klinische Symptome sichtbar werden, sind bereits Nervenzellen im Gehirn geschädigt und abgestorben. Der Zerfall betrifft jene Regionen, die für Gedächtnis- und Informationsverarbeitung zuständig sind. Neue Sinneseindrücke können nicht mehr richtig verarbeitet und mit Erfahrungen verknüpft werden. Defizite in der Gedächtnisleistung, der Sprache, der Orientierungsfähigkeit und im praktischen Handeln sind die Folge (vgl. Gatterer & Croy, 2005, S 14-15).

4.2.3 Verlauf

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit dementieller Erkrankungen stark an. Diese Erkrankung kann als eine bedeutende Ursache für den Verlust der Selbstständigkeit angesehen werden. Das dementielle Syndrom verläuft chronisch und über mehrere Stadien fortschreitend bis hin zum Tod der Erkrankten. Die Betroffenen sind zunehmend auf eine dauerhafte Pflege und Betreuung durch Angehörige oder professionelle Pflegekräfte angewiesen.
Es wird zwischen leichten, mittelschweren und schweren Phasen unterschieden.

a) Leichtes Stadium

Von leichter Demenz spricht man, wenn Merkfähigkeit und Gedächtnis der Erkrankten leicht eingeschränkt sind. Wortfindungsstörungen, Fehlhandlungen und Leistungsverschlechterungen lassen sich erkennen. Antriebsschwäche, Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit können auftreten. Sie sind aber noch nicht stark ausgeprägt, sodass die Betroffenen noch weitgehend ein unabhängiges Leben führen können. Bei den Erkrankten und den Angehörigen kann erhöhter Leidensdruck beobachtet werden.

b) Mittelschweres Stadium

Die selbstständige Lebensführung kann immer weniger bewältigt werden. Neben Einschränkungen und Problemen bei alltäglichen Tätigkeiten treten verstärkt psychische Symptome auf. Innere Unruhe, Orientierungslosigkeit, Weglaufen, Angst, Rastlosigkeit oder aggressives Verhalten erschweren die Betreuung der Angehörigen.

c) Schweres Stadium

Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind so stark beeinträchtigt, dass eine eigenständige Lebensgestaltung nicht mehr möglich ist. Die Betroffenen benötigen dauerhafte Hilfe und Betreuung.

Körperlich-neurologische Symptome und motorische Störungen treten verstärkt auf. Die Kommunikation mit den Familienmitgliedern gestaltet sich durch Sprachstörungen zunehmend schwieriger, wodurch es den Angehörigen schwer fällt, die Bedürfnisse der Patienten wahrzunehmen. Bettlägerigkeit und ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus sind wesentliche Belastungsfaktoren und stellen hohe Anforderungen an die Betreuungssituation. Im Endstadium ist eine kontinuierliche Beaufsichtigung und Betreuung erforderlich (vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009, S 8-9).

Demenzielle Erkrankungen sind nach dem derzeitigen Stand der Forschung nicht heilbar. Es gibt keine kausale Therapie, deshalb sind psychosoziale Interventionen von großer Bedeutung (vgl. Stechl, et al. 2007, S. 72).

4.2.4 Epidemiologie Österreich

Demenz ist die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Bei den 65-Jährigen beträgt die Häufigkeit etwa drei Prozent und steigt mit zunehmendem Alter an. Bei 90-Jährigen sind es bereits über fünfunddreißig Prozent (vgl. Gatterer & Croy, 2005. S. 11).

> *„Bereits 1898 hatte Alois Alzheimer die senile Demenz als die ‚wohl häufigste Geistesstörung überhaupt' bezeichnet. Heute haben Demenzerkrankungen längst die Dimensionen einer Volkskrankheit angenommen."* (Mader, et al. 2009, S. 17).

In den letzten Jahrzehnten wurden international zahlreiche Untersuchungen zur Bestimmung der Prävalenz durchgeführt. In Österreich gibt es bislang keine explizite Erhebung, weswegen laut Österreichischem Demenzbericht auf Schätzungen und Hochrechnungen zurückgegriffen werden muss. An Demenz litten 2000 in Österreich etwa 90.500 Menschen. Durch Hochrechnungen wurde erfasst, dass bis zum Jahr 2050 diese Zahl etwa 234.000 betragen wird.

Auch die Inzidenz der Demenz steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Die jährlichen Neuerkrankungen werden sich von 23.600 im Jahr 2000 auf 59.500 im Jahr 2050 erhöhen (vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009, S 15-17).

In der Summe sind mehr Frauen als Männer betroffen. Frauen haben eine höhere Lebenserwartung, das führt dazu, dass gesamt betrachtet, mehr Frauen erkranken. Einige Untersuchungen weisen auf eine stärkere Gefährdung der Männer in jüngeren Kohorten hin (ebd., S. 24).

4.3 Lebenswelt Demenz

Karl (2004, S. 132) bezeichnet Demenz als „(…) *den letztlich unumkehrbaren Prozess (...)“*. In einem langjährigen Verlauf des geistigen Abbaus werden Verstehen, Urteilsfähigkeit, sowie die Fähigkeit des Planens und die Selbstständigkeit zunehmend eingeschränkt. Es gelingt den Betroffenen immer weniger, unabhängig den Alltag zu bewältigen (vgl. ebd., S.132-133). Müller-Hergl (vgl. 2000, S. 248-249) führt dazu aus, dass Demenz, psychologisch betrachtet, zu einer zweiten Phase der Abhängigkeit im Leben des Menschen führt und einen Verlust der Autonomie und des Selbstwertgefühls mit sich bringt. Eine Gesellschaft, in der kognitiver Leistungsfähigkeit und Selbstbestimmung ein zentraler Stellenwert zugeschrieben wird, verbindet mit dem Krankheitsbild der Demenz Gefühle der Hilflosigkeit und Angst (ebd., S. 251).
Zu Beginn der Erkrankung erkennen die Betroffenen noch bewusst das Nachlassen der geistigen Funktionen. Das Ergebnis einer Studie über subjektive Wahrnehmung der Demenz im Frühstadium zeigt, dass alle Erkrankten in dieser Phase kognitive und funktionelle Defizite wahrgenommen haben und Demenz mit

Kontrollverlust, Orientierungslosigkeit und Einbuße der Selbstständigkeit verbunden war. Folgende Aussage lässt die große psychische Belastung erkennen: *„Aber ich finde es entsetzlich. Also für mich die Alzheimer...ist die schlimmste Erkrankung (Frau AB)“* (Stechl et al, 2007, S. 73). Die Erkrankung stellt eine massive Bedrohung für das Selbstbild dar. Diese Menschen erleben Angst und Verzweiflung, wenn sie Defizite und Veränderungen bei sich wahrnehmen. In diesem Zusammenhang kann nach Karl (2004, S. 133) angeführt werden:

> *„Der Verlust der geistigen Kontrolle und damit die extreme Bedrohung des eigenen Ichs, der eigenen Identität, scheint noch schlimmer erlebt zu werden als eine schwere körperliche Krankheit.“*

Mit zunehmendem Verlauf der Krankheit Demenz wird ein Rückzug der Menschen aus der Gegenwart in ihre inneren Welten, eine Flucht vor der bedrohlichen Außenwelt erkennbar. Sie versuchen, ihre Mängel vor der Umwelt zu verbergen und entwickeln Bewältigungsmechanismen wie Bagatellisieren, Kompensation, Vermeidungsstrategien und Projektionen auf die Umwelt (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 176). Alltagshandlungen werden zum Problem. Die Umgebung wird zunehmend als fremd erlebt. Die Wahrnehmungen der Erkrankten verschieben sich im Zeit- und Ortsempfinden. Sie sehen sich in einer bereits erlebten, vertrauten Zeit, die Gegenwart wird für sie kaum noch greifbar (ebd., S. 134-135). Interaktionen und Kommunikation mit anderen Personen sind verstärkt von Missverständnissen und Störungen geprägt. Die an Demenz erkrankten Menschen stoßen auf Unverständnis und fühlen sich irritiert, da ihr Verhalten ständigen Korrekturversuchen der Umwelt unterliegt.

Die häufige Ruhelosigkeit und das Umherwandern haben damit zu tun, dass die Erkrankten bestimmte Aufgaben erledigen wollen. Die Personen erleben sich darüber hinaus am falschen Ort. Männer wollen zur Arbeit gehen und Frauen wollen nach Hause, um ihre Familie zu versorgen. Sie sind auf der Suche nach alltäglichen Handlungen. Demenzkranke Menschen brauchen Sicherheit und Stütze. Ihre zahlreichen Ordnungsversuche sind Unternehmungen, um der inneren Unordnung entgegenzuwirken. Strukturen und Rituale helfen ihnen, sich in etwas Vertrautem wiederzufinden. (vgl. Karl, 2000, S.135-137).

Im letzten Stadium der Erkrankung wird das Verhalten der Betroffenen für ihr Umfeld immer unverständlicher. Sie handeln und reagieren in ihrer eigenen Realität. Müller-Hergl (vgl. 2002, S. 249) beschreibt es als *„(...) ein oft verzweifeltes Ringen um das Personsein und die Subjekthaftigkeit."* Gelingt es den Bezugspersonen, sich einzulassen und sich entsprechend zu verhalten, können Menschen trotz Demenz ein relativ glückliches Leben führen (ebd., S. 249).

Menschen mit Demenz leben in ihrer eigenen Wahrheit und diese ist, wie bereits erwähnt, in der Orts- und Zeitachse verschoben. Sie müssen in ihrem Handeln erkennen, dass die Umwelt auf ihre Realität nicht so reagiert, wie sie erwarten. Ihre eigene Wahrheit unterscheidet sich zunehmend von der allgemein gültigen. Sie entziehen sich der geltenden Normalität. Wilhelm (1998, S. 275) beschreibt sie als *„Gefangene ihrer Wahrheit"*. Gemeinsame Perspektiven mit anderen Personen sind nicht mehr fassbar.

Um der Lebenswelt der Demenzerkrankten gerecht zu werden, benötigen sie ein Grundverständnis, das ihrer Situation sowie ihren Bedürfnissen entspricht. Dörner (vgl. 2005, S. 604) sieht es in diesem Zusammenhang als eine Aufgabe der Gesellschaft, demente Mitbürger „(…) *in ihrem Sosein zu achten und zu schützen, so, wie sie sind, zu akzeptieren (...)"*. Klie (vgl. 2000, S. 56) bestätigt diese Aussage, indem er zum Leben mit Demenz eine Umwelt fordert, „(…) *die lebensermöglichend oder –sichernd (...) ist. Dazu gehören Haltungen und Verstehensweisen, die sich kulturell etablieren."* Folgt man den Überlegungen Dörners und Klies, erfordert Dementsein ein neues, ganzheitliches Verständnis, damit ein Leben mit Demenz gelingen kann.

4.4 Demenz als Familienkrankheit

Die Diagnose Demenz bedeutet nicht nur für die Betroffenen eine Veränderung, sondern verlangt auch von den Angehörigen eine Umgestaltung ihrer Lebenssituation (vgl. Nobili, 2004, S. 215). Nicht ohne Grund wird in Verbindung mit Demenz oft von einer Familienkrankheit gesprochen. Diese Krankheit stellt eine große Herausforderung dar, da sie weitreichend in das familiäre Geschehen

eingreift, das Zusammenleben einschneidend verändert und die gesamte Familie hinsichtlich des Krankheitsverständnisses und der Pflege gefordert ist.
Kämmer (vgl. 2002, S. 186) weist diesbezüglich auf die Bedeutung einer Unterstützung hin, die sich für die Betroffenen und ihren Angehörigen (…) *„an der gewohnten Lebenspraxis ausrichtet (...)“* und individuelle Bedürfnisse berücksichtigt.

Stechl et al., (vgl.2007, S 78) kritisieren in diesem Zusammenhang, dass sich bestehende Informationsangebote vorwiegend an die Angehörigen richten. Die Betroffenen selbst werden zu Beginn der Diagnose selten oder unzureichend in den Beratungsprozess mit einbezogen. Diese Ergebnisse zeigen, dass auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene Rahmenbedingungen zu verändern und bedürfnisgerechte Versorgungsstrukturen erforderlich sind.

Manchen Familien gelingt es besser, den speziellen Anforderungen dieser Erkrankung gerecht zu werden. Stechl et al. (2007, S 76) sehen als Voraussetzung dafür „(…) *eine gemeinsam ausgehandelte Sichtweise der Demenz aller Beteiligten.*“ Eine ausführliche Aufklärung aller Betroffenen über das Krankheitsgeschehen ermöglicht größeres Verständnis für diese Krankheit und erlaubt einen breiten Handlungsspielraum.

4.4.1 Häusliches Pflegesetting

Empirische Studien (vgl. Gräßl, 1998, Schneekloth, 2006, Schnepp, 2002) verweisen immer wieder auf die Kernfamilie als wichtigste Versorgungs- und Unterstützungsquelle. Die Bereitschaft, Angehörige zu pflegen, lässt sich mit familiärer Solidarität wie Hilfeleistungen, emotionaler Verbundenheit aber auch mit Gefühlen der Verpflichtung erklären. Dieser Betreuung wird ein zentraler Stellenwert zugeschrieben: *„Die Angehörigenarbeit ist als Grundbestandteil der Versorgung dementiell erkrankter Menschen anzusehen.“* (Reggentin, 2005, S. 102).

Eine von Schneekloth (vgl. 2006, S. 406) durchgeführte Studie ergab, dass private Pflegepersonen im Durchschnitt 36,7 Stunden pro Woche für Pflege, Tätigkeiten im Haushalt und soziale Betreuung aufwenden. Daten aus Deutschland zeigen, dass die größte Gruppe aller pflegenden Angehörigen Frauen sind. Mehr als die Hälfte der pflegenden Personen sind im Alter von 40 bis 65 Jahren und leben überwiegend mit den Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 195-196).
Mit der gestiegenen Lebenserwartung und den damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungen haben sich auch die Rahmenbedingungen für die häusliche Pflegesituation gewandelt. Menschen mit Demenz benötigen besonders intensive Hilfe- und Pflegeleistungen. Die wichtigsten Hauptpflegepersonen sind dabei Partner oder Partnerin, die bereits selbst ein hohes Alter erreicht haben. Auch für die Gruppe der mittleren Generation stellt die Unterstützungsarbeit eine hohe Anforderung dar. Parallel zur Erwerbstätigkeit müssen die alten Eltern und noch eigene Kinder oder Enkelkinder versorgt werden.

Im Feld der Mehrgenerationenfamilie kann man jedoch von zunehmender intergenerationeller Unterstützung durch die Enkelgeneration sprechen. Die zurzeit vorliegenden Erkenntnisse von Philipp-Metzen (vgl. 2008, S. 357) zeigen auf, dass eine hohe Bereitschaft der Enkelkinder zu einer grundsätzlichen Teilnahme am häuslichen Pflegegeschehen vorliegt. Hilfebedürftige Großeltern sind in vielen Familien zu einer Alltagssituation geworden. Das Einbeziehen der jungen Generation kann als Chance gesehen werden, sie als Beteiligte in diesem Kontext stärker wahrzunehmen (vgl. Philipp-Metzen, 2008, S. 393).

4.4.2 Wie erleben Angehörige die Pflegesituation?

Die Übernahme der Pflege kann zu Belastungssituationen mit negativen Folgen führen, aber auch als ein bereicherndes Handeln erlebt werden. Hervorzuheben ist, dass die Belastungen im häuslichen Pflegesetting bei Demenz wesentlich höher sind als im Vergleich dazu die Pflegesituation von nicht dementiell erkrankten Personen (vgl. Weyerer, 2005, S. 17).

Pflegebedingte Strapazen stehen sowohl in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Angehörigen als auch mit der Stabilität des Pflegegeschehens (vgl. Schacke & Zank, 1998, S. 355). Ebenso nehmen familiäre Beziehungen Einfluss auf das Belastungserleben. Eine von Heru et al. durchgeführte Studie ergab, dass instabile Familienfunktionen die Pflegebelastungen erhöhen und die Ursache von Störungen der emotionalen Verantwortlichkeit, der Kommunikation und der Bereitschaft zur Problemlösung sein können (vgl. Heru, et al. 2004, S. 536-537). Häusliche Pflege kann durch solidarische Unterstützungsleistungen der Familie und Hilfe von außen Stabilität vermitteln und zu einer Reduktion von Belastungen führen.

Die Angehörigen sind hohen körperlichen Anforderungen ausgesetzt. Beschwerden wie Gliederschmerzen, Herz- und Magenprobleme sowie Störungen im Immunsystem können als Folgeerscheinungen auftreten (vgl. Philipp-Metzen, 2008, S. 51). Schlafstörungen, Erschöpfung und Inkontinenzprobleme der Erkrankten werden als besonders unangenehm empfunden (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 202).

Psychische und emotionale Belastungen werden aufgrund der Persönlichkeitsveränderung der erkrankten Person stärker erlebt als physische Schmerzen. Die Familienmitglieder leiden unter eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten, Hilflosigkeit, Angst und dem Verlust der gemeinsamen Lebensgeschichte. Einbußen in der Beziehung und Zuneigung, soziale Isolation sowie zwischenmenschliche Konflikte belasten die Übernahme der Pflegeaufgabe (ebd., S.201-202).

In einem Großteil der bestehenden Studien wurde der Schwerpunkt auf das Belastungserleben pflegender Angehöriger gelegt. Negative Auswirkungen im physischen, psychischen und emotionalen Bereich standen im Blickfeld der Forschung. Neuere empirische Untersuchungen gehen davon aus, dass die Zeit der Pflege trotz starker Einschränkungen auch positive Aspekte aufweisen kann und pflegende Angehörige nicht nur Belastete sind (vgl. Heru et al., 2004, Koeppe et al., 2003, Leipold et al., 2006).

Koeppe et al. (vgl. 2003, S.93) weisen auf vielfältige Motive hin, die Menschen die Phase der Pflege positiv bewerten lassen:

- Frühere Hilfeleistungen „zurück geben“ können
- Erleben einer sinnvollen Tätigkeit
- Dank und Anerkennung
- Ein gutes Gewissen zu haben
- Den Gesundheitszustand zu stabilisieren
- Positive Veränderungen der Beziehungen
- Finanzielle Zuwendungen

Ähnliche Ergebnisse liegen in einer weiteren Studie von Heru et al. (vgl. 2003, S. 536) vor. Trotz schwieriger Pflegesituation empfanden die Familienmitglieder bei intakten Familienbeziehungen mehr Belohnung als Belastung. Obwohl Pflege in diesem Zusammenhang unzureichend gesellschaftlich anerkannt wird, kann sie persönlich erfüllend sein. Eine betroffene Angehörige fasst zusammen: *„Feeling good inside, doing for someone what you want for yourself and knowing I’ve done my best.“* (ebd. S. 236).

Leipold et al. (vgl. 2006, S. 321) untersuchten, wieweit Faktoren bei einer Pflegesituation dementiell erkrankter Personen zu persönlichem Wachstum bei den Angehörigen beitragen. Die Befunde weisen darauf hin, dass schwierige Lebenssituationen wie Pflegeaufgaben mit größerem Persönlichkeitswachstum in Zusammenhang stehen. Die Betreuung der Erkrankten wird einerseits als beschwerlich erlebt, sie beinhaltet aber andererseits Chancen, Erkenntnis über sich selbst zu erlangen. Das Lösen von Krisen, die Auseinandersetzung mit dem Alter und der Krankheit sowie die Bewältigung der häuslichen Pflegesituation kann als Wissenszuwachs und Basis für eine Weiterentwicklung gesehen werden.

4.4.3 Wie erleben Kinder die Pflegesituation?

Die Altersgruppe der Kinder wurde in der Aufklärung über die Krankheit Demenz wenig berücksichtigt. Sie sind jedoch zunehmend von dieser Thematik betroffen, da rund 70 Prozent der Demenzkranken zu Hause von ihren Angehörigen betreut

werden (vgl. Alf et al., 2004, S. 12). Viele Enkelkinder kommen dadurch mit der Erkrankung ihrer Großeltern in Berührung.

Zurzeit liegt wenig wissenschaftliche Literatur über Enkel von Demenzpatienten vor. Bestehende Untersuchungen haben die Situation von Kindern erkrankter Eltern zum Thema (vgl. Steck et al., 2006) oder sie beziehen sich auf Kinder und Jugendliche, die selbst als Pflegende wirken (vgl. Metzing, et al., 2006). Philipp-Metzen (vgl. 2008) hat in ihrer Studie die ältere Enkelgeneration untersucht, die Erfahrungen mit Demenz in der häuslichen Pflegesituation gesammelt haben.
Die Ergebnisse belegen, dass zwei Drittel der Enkel eine positive Gesamtbilanz im ambulanten Pflegesetting ziehen, wobei Lernen und Erkenntnisgewinn als Haupteffekte genannt werden. Familiärer Zusammenhalt und guter Kontakt zu den Erkrankten werden ebenso positiv bilanziert. Belastungen im Rahmen der Pflegetätigkeit liegen vor, sie sind aber nicht mit Überforderungen gleichzusetzen. Enkel können durch ihren hohen Anteil an Pflegebereitschaft als Teil eines familiären Betreuungsteams angesehen werden (vgl. Philipp-Metzen, 2008, S. 328).

Wie in Kapitel 4.4 aufgezeigt wurde, hat eine Pflegesituation bei Demenz starken Einfluss auf das familiäre Zusammenleben. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Auseinandersetzung mit dem Krankheitserleben auch Auswirkungen auf die Generation der Enkelkinder hat. Sie erleben in der häuslichen Pflege die körperlichen, kognitiven und emotionalen Veränderungen ihrer Großeltern, die für sie schwer zu verstehen sind. Die Kinder sind auf altersgemäße Informationen, offene Kommunikation und familiäre Unterstützung angewiesen (vgl. Zank, 2003, S.4).

Ebenso wie Alf et al. sieht Zank einen Mangel an wissenschaftlicher Literatur und gesicherten Ergebnissen zu diesem Thema. Sie leitet aus vorliegenden Befunden zur Belastung pflegender Angehöriger folgende zentrale Aspekte für die Situation der Kinder ab:

- Eine gemeinsame Wohnsituation
- Zeit für und Art der Betreuungs- und Pflegeaufgaben
- Formelle und informelle Pflegehilfen

- Berufstätigkeit der Hauptpflegeperson
- Anzahl der Kinder
- Familienklima
- Beziehung zum Großelternteil
- Krankheitsschwere und Symptome

Neben diesen Merkmalen kann der intensive Zeitaufwand für Pflegetätigkeiten zur Vernachlässigung der Jugendlichen und sozialen Einschränkungen führen, da die gewohnte Routine gestört wird und die Aufmerksamkeit kontinuierlich auf die erkrankte Person gerichtet ist. Im Gegensatz dazu lassen sich auch positive Auswirkungen festschreiben. Die Kinder verbringen dadurch mehr Zeit mit ihren Geschwistern und gewinnen Verständnis für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf (vgl. Zank, 2003, S.4). Darüber hinaus verfügen betroffene Kinder über ein höheres Verantwortungsbewusstsein und entsprechende soziale Kompetenzen (vgl. Steck, 2008; S. 7).

Wie Kinder eine Krankheit verarbeiten, ist alters- und geschlechtsspezifisch und hängt von ihrem kognitiven Entwicklungsstand und der Eltern-Kind-Beziehung ab. Eine besondere Stellung nehmen Kleinkinder ein. Aufgrund ihres Alters können sie oft die Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen ihrer Großeltern nicht nachvollziehen. Winters (vgl. 2003, S. 38), die Demenz aus der Perspektive der Kinder beschreibt, hält dazu potentielle Reaktionen von Kindern fest:

- Eifersucht und Abneigung
- Schuldgefühle
- Traurigkeit
- Verwirrung
- Frustration und Zorn
- Angst
- Rückzug
- Körperliche Symptome

Durch mangelnde altersgemäße Aufklärung und Betreuung kann es zu Irritationen, Fehldeutungen oder unerwünschten Verhaltensäußerungen kommen. Das Miterleben von Krankheitssymptomen und ihrer Folgeerscheinungen kann

beispielsweise Ängste, psychosomatische sowie funktionelle Beschwerden auslösen (vgl. Steck, 2002, S. 12).

Elterliche Erklärungsversuche umfassen häufig nicht das komplexe Bild der Krankheit. Wichtig für Kinder ist, sie mit befriedigenden, dem Entwicklungsstand entsprechenden Argumenten und objektiven Informationen zu versorgen und sie hinreichend in das Geschehen mit einzubeziehen. Winters weist darauf hin, dass professionelle Gesundheitsdienste für Familien in Pflegesituationen Ressourcen darstellen, die Hilfe und Unterstützung in Krisensituationen gewährleisten (vgl. Winters, 2003, S. 39).

5 Familienbezogene Pflege

Im Kontext des häuslichen Pflegesettings stellt ein Unterstützungsmanagement, das auf die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Familien abgestimmt ist, eine wesentliche Orientierung in der Bewältigung des Krankheitserlebens dar.
Risikogruppen wie Kinder, hochbetagte Menschen oder Personen, die an chronischen und multimorbiden Erkrankungen leiden, verlangen eine akute und präventive Versorgung, die durch PflegeexpertInnen geleistet wird.

In Hinblick auf die Situation der pflegenden Angehörigen gewinnt die familienbezogene Pflege zunehmend an Bedeutung. Der Hauptaspekt liegt darin, dass Gesundheit und Krankheit nicht getrennt vom Individuum betrachtet werden können, sondern im Zusammenhang mit seiner Umwelt zu verstehen sind. Für Pflegende ist es daher wichtig zu erkennen, wie eine Krankheit das familiäre Geschehen und die Interaktionen innerhalb der Familie beeinflusst.

Wie bereits in Kapitel 3.4.3 erwähnt, benötigen Kinder in diesen Situationen besondere Unterstützung, da Familien die Folgen der Krankheit, vor allem einer chronischen Krankheit wie Demenz, oft nicht alleine bewältigen können. Familienbezogene Pflege ist eine Ressource, an die sich Betroffene wenden können. Die Pflegekräfte lehren die Familien, mit den Reaktionen der Kinder umzugehen und vermitteln wie man mit ihnen über die Krankheit kommuniziert.

Familienbezogene Pflege geht auf die Pflegebedürfnisse der PatientInnen ein und richtet dabei den Blick auf die Familie als aktives Netzwerk (vgl. Cotroneo & Zimmer, 2001, S. 810). Sie beschäftigt sich mit akuten wie auch mit chronischen Erkrankungen und reagiert professionell auf die Bedürfnisse der Betroffenen (Schnepp, Fringer, Budroni, 2009, S. 106).

Im nachfolgenden Teil wird näher auf den Bereich der familienbezogenen Pflege eingegangen. Zu Beginn wird auf den Begriff des Family Nursing hingewiesen, der in dieser Arbeit mit familienbezogener Pflege übersetzt wird. Die theoretischen Grundlagen stellen den Schwerpunkt dieses Kapitels dar. Im Anschluss daran soll versucht werden, Aufgaben und Zielgruppen der

familienbezogenen Pflege zu erläutern, um das Handlungsfeld dieser spezifischen Pflegedisziplin besser verstehen zu können.

5.1 Family Nursing

Die Definition von Family Nursing wird in der Fachwelt ebenso unterschiedlich verwendet wie der Begriff von Familie. In der pflegewissenschaftlichen Literatur gibt es keine einheitliche Bestimmung, wie Family Nursing festgeschrieben wird. Grundsätzlich wird darunter ein spezieller Bereich von Pflegeexpertentum verstanden. Der Begriff des Family Nursing hat seinen Ursprung im angloamerikanischen Raum und wird laut Köhlen (vgl., 2003, S. 70) synonym als familienorientierte Pflege, familienzentrierte Pflege oder familienbezogene Pflege übersetzt. Trotz unterschiedlicher Definitionen kann von generellen Kernaussagen gesprochen werden. Familienbezogene Pflege ist:

- gesundheitsorientiert
- holistisch
- interaktionistisch
- die Familie unterstützend (vgl. Friedmann & Köhlen, 2003, S. 22)

5.2 Theoretische Grundlagen der familienbezogenen Pflege

Die Familie stand seit Beginn im Interesse der modernen Pflege. Bereits Florence Nightingale verband die Pflege des Individuums mit dessen Angehörigen. 1937 publizierte die National League for Nursing Education in den Vereinigten Staaten in ihrem Standard Curriculum eine Lehreinheit über moderne Familien. Seit den 1950er Jahren erhöhte sich die Anzahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen, die sich auf die Pflege in Familien konzentrierten. In den 1970er Jahren wurde von der American Nurse Association die Idee der familienbezogenen Pflege aufgegriffen und Standards sowie Richtlinien für die Praxis festgehalten (vgl. Friedmann & Köhlen, 2003, S. 229). PflegetheoretikerInnen wie beispielsweise Orem, Rogers, King und Roy erweiterten entsprechend den Entwicklungen ihre Pflegemodelle, die ursprünglich auf das Individuum bezogen waren.

Die theoretischen Denkansätze, die die Grundlage für die familienbezogene Pflege bieten, entwickelten sich aus drei Hauptdisziplinen:

- Familiensozialwissenschaftliche Theorien
- Familientherapeutische Theorien
- Pflegetheorien/Pflegemodelle

Tabelle 3: Unterschiede der Disziplinen

Disziplin	Familien-sozialwissenschaftliche Theorien	Familien therapeutische Theorien	Pflegetheorien
Zweck	■ beschreibend und erklärend ■ akademische Modelle ■ erklären Funktion und Dynamik in Familien	■ be- und vorschreibend ■ Praxismodelle ■ erklären Dysfunktion von Familien ■ leiten therapeutische Handlungen	■ be- und vorschreibend ■ Praxismodelle ■ leiten Pflege-assessement und - interventionen
Fokus	■ interdisziplinärer Fokus	■ Ehe- und Familientherapie ■ neuer Ansatz: Fokus auf Stärken der Familie	■Fokus auf Pflege
Zielgruppe	■ primär normale Familien ■ normal orientiert	■ primär belastete Familien ■ pathologisch orientiert	■ primär Familien mit Gesundheits-problemen

Quelle: modifiziert übernommen aus: May & Hanson, 2005, S. 73.

5.2.1 Familiensozialwissenschaftliche Theorien

Familiensozialwissenschaftliche Theorien wurden aus verschiedenen sozialwissenschaftlichen Fachrichtungen wie Entwicklungstheorie, Struktur-funktionale Theorie, Interaktionstheorie, Systemtheorie, Stresstheorie und Change-Theorie entwickelt. Sie sind die am besten ausgebildeten und informativsten Theorien für Familienphänomene. Aufgrund ihrer abstrakten Natur ist es jedoch schwierig, sie als Basis für Pflegeinterventionen zu verwenden (vgl. May & Hanson 2005, S. 73).

5.2.2 Familientherapeutische Theorien

Familientherapeutische Theorien sind für die familienbezogene Pflege relevanter, da sie vorwiegend aus Praxisdisziplinen hervorgegangen sind. Diese Konzepte beinhalten neben Erklärungen und Beschreibungen Behandlungs- und Interventionsstrategien. Familientherapeutische Modelle wurden von wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Psychologie und Soziologie beeinflusst. Zu den wesentlichen Modellen zählen die Familienstrukturtherapie, die Familiensystemtherapie sowie die Interaktionstherapie (May & Hanson, 2005, S. 85).

5.2.3 Pflegetheorien

Wie im Abschnitt 5.2 erwähnt wurde, waren Pflegetheorien in den Anfängen vorwiegend auf Einzelpersonen gerichtet und nicht auf Familien bezogen. Nach Überarbeitungen in den 1980er Jahren erfolgte in diesen Theorien die Berücksichtigung des Systems Familie. Grundlegende Pflegetheorien und Pflegemodelle, die in der familienbezogenen Pflege Anwendung finden, sind folgende:

- Selbstpflegedefizit-Theorie (Dorothea Orem)
- Theorie vom unitären Menschen (Martha Rogers)
- Theorie des systemischen Gleichgewichts (Marie-Louise Friedemann)
- Theorie des menschlichen Werdens (Rose Marie Parse)
- Systemmodell (Betty Neumann)
- Familiengesundheitsmodell (Sharon Denham)
- Interaktionsmodell (Imogene King)
- Adaptionsmodell (Callista Roy) (vgl. May & Hanson 2005, S. 89-91)

5.2.4 Ebenen des Family Nursing

In der Familienpflege wird sowohl die einzelne Person in der Familie als auch die gesamte Familie als PflegeempfängerIn beziehungsweise KlientIn betrachtet. Je

nach Bedürfnissen der KlientInnen, dem Schwerpunkt der Pflege und den geplanten Interventionen bewegen sich die professionellen Pflegekräfte auf den entsprechenden Ebenen. Nachfolgend werden ausgewählte Ansätze vorgestellt, die Gehring et al. in Bezug auf die Pflege beschreiben.

Der Ansatz von Bozett (1988, zit. nach: Gehring, Kean, Hackmann & Büscher, 2003, S. 49) weist drei Ebenen auf, die für die Pflege bedeutsam sind:

- Ebene 1: Wahrnehmung der KlientInnen im Kontext der Familie
- Ebene 2: Einbezug der Familienangehörigen in den Pflegeprozess
- Ebene 3: Bezugnahme auf die Familie als aktive Einheit

Auf welcher Ebene Interventionen erfolgen, ist vom Pflegegeschehen und dem Kontext sowie der Kompetenz der Pflegenden abhängig. Ähnliche Anordnungen sind in folgenden Ansätzen sichtbar.

Wright und Leahey (1990, zit. nach: Gehring et al., 2003, S. 49) unterscheiden zwei Ebenen:

- Ebene 1: Family Nursing
- Ebene 2: Family System Nursing

Während auf der Ebene 1 der Blickpunkt auf dem Individuum mit der Familie als Kontext liegt, ist auf der Ebene 2 das Familiensystem Schwerpunkt der Pflege. Die Unterscheidung der Ebenen ist für die geplanten Pflegehandlungen entscheidend. Auf der Ebene 1 werden Veränderungen innerhalb einer Gruppe angestrebt. Im Gegensatz dazu bezieht sich auf der Ebene 2 die Umgestaltung auf die gesamte Familieneinheit.

Friedemann (1989, zit. nach: Gehring et al., 2003, S. 50) erläutert ebenso drei Ebenen, die für die Pflege einen Ansatzpunkt bieten:

- Ebene 1: Individually focused Family Nursing
- Ebene 2: Interpersonal Family Nursing
- Ebene 3: Family System Nursing

Die Ebene 1 konzentriert sich auf das Individuum und erfasst die anderen Familienmitglieder als unterstützende Subsysteme, die aber je nach Situation zu KlientInnen werden können. Auf der Ebene 2 wendet sich die Pflegekraft einem interpersonalen System innerhalb der Familie zu, das aus mehreren Einzelpersonen bestehen kann. Entscheidend ist hier die Kommunikationsebene, auf der die familiären Prozesse ausgehandelt werden. Friedemann spricht auf der Ebene 3 von Family System Nursing, die der Ebene 2 von Wright und Leahey entspricht, wo die gesamte Familieneinheit beeinflusst wird.

Eine ähnliche Herangehensweise kann bei Friedman (1998, zit. nach: Gehring et al., 2003, S.51) festgestellt werden:

- Ebene 1: Familie als Kontext
- Ebene 2: Familie als Summe
- Ebene 3: Familiensubsysteme als KlientInnen
- Ebene 4: Familie als KlientIn

Ebene 1 kann mit der von Wright und Leahey gleichgesetzt werden. Die Pflege ist auf die Einzelperson gerichtet, während die Familie im Hintergrund bleibt. Auf der Ebene 2 wird die Familie als Summe ihrer Mitglieder aufgezeigt. Die nächste Ebene folgt dem Konzept des Interpersonal Family Nursing von Friedmann und ist auf familiäre Interaktionen zwischen Erwachsenen oder Eltern-Kind Beziehungen gerichtet. Die Ebene 4 definiert das gesamte Familiensystem als Pflegeempfänger, wobei das Individuum in den Hintergrund tritt.

Ein weiterer Ansatz von Robinson (1995a, zit. nach: Gehring et al., 2003, S.54) verdeutlicht, dass sich der Fokus der Pflege umfassend auf das Individuum und die Familieneinheit bezieht und nicht mehr von der Pflege der Familie allein gesprochen werden kann:

- Ebene 1: Nursing of Individual/Family Member
- Ebene 2: Nursing of Individual/Family Subgroups
- Ebene 3: Nursing of Family Groups
- Ebene 4: Nursing of Individual/Family System

Auf der Ebene 1 steht ebenfalls das Individuum im Blickpunkt, das sowohl als unabhängiger als auch als abhängiger Anteil der Familie verstanden wird. Die Ebene 2 konzentriert sich auf die Pflege einer Gruppe innerhalb der Familie. Auf der Ebene 3 liegt der Schwerpunkt der Pflege auf der Familie als Einheit. Den Mittelpunkt auf der Ebene 4 bilden sowohl die Familie als Gruppe als auch die Einzelperson. Das Interesse ist auf beide gerichtet.

5.3 Aufgaben

In der Ausübung der familienbezogenen Pflege liegt der Schwerpunkt auf der Zusammenarbeit mit den PatientInnen und in der Gesundheitsversorgung aller Beteiligten. Die World Health Organisation hält in ihrem Konzept *„Gesundheit 21“* unter anderen die Rolle der FamiliengesundheitspflegerIn (Family Health Nurse) fest. Ihr Aufgabenbereich ist auf die gesamte Lebensphase der Mitglieder einer Familie ausgerichtet und zielt auf Prävention, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Pflege in Krisenzeiten sowie Begleitung und Beratung ab (vgl. Eberl & Schnepp, 2008, S. 9). Folgende Tätigkeiten werden den FamiliengesundheitspflegerInnen zugeschrieben:

- Sie erbringen Pflege- und Versorgungsleistungen
- Sie fungieren als EntscheidungsträgerInnen
- Sie erfüllen die Rolle von KommunikatorInnen
- Sie sind als MeinungsbildnerIn tätig
- Sie treten als ManagerIn auf (vgl. Gehring et al., 2003, S. 181).

Eine familienbezogene Pflege ist auf den Pflegebedarf von Familien ausgerichtet, wobei die Situation von Individuen berücksichtigt und im Zusammenhang mit dem familiären Hintergrund reflektiert wird. Die Pflegehandlungen der FamiliengesundheitspflegerIn erfassen gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, die dem jeweiligen Arbeitsfeld und den Lebenszusammenhängen der KlientInnen entsprechen.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe konkretisiert die Aufgaben der FamiliengesundheitspflegerInnen:

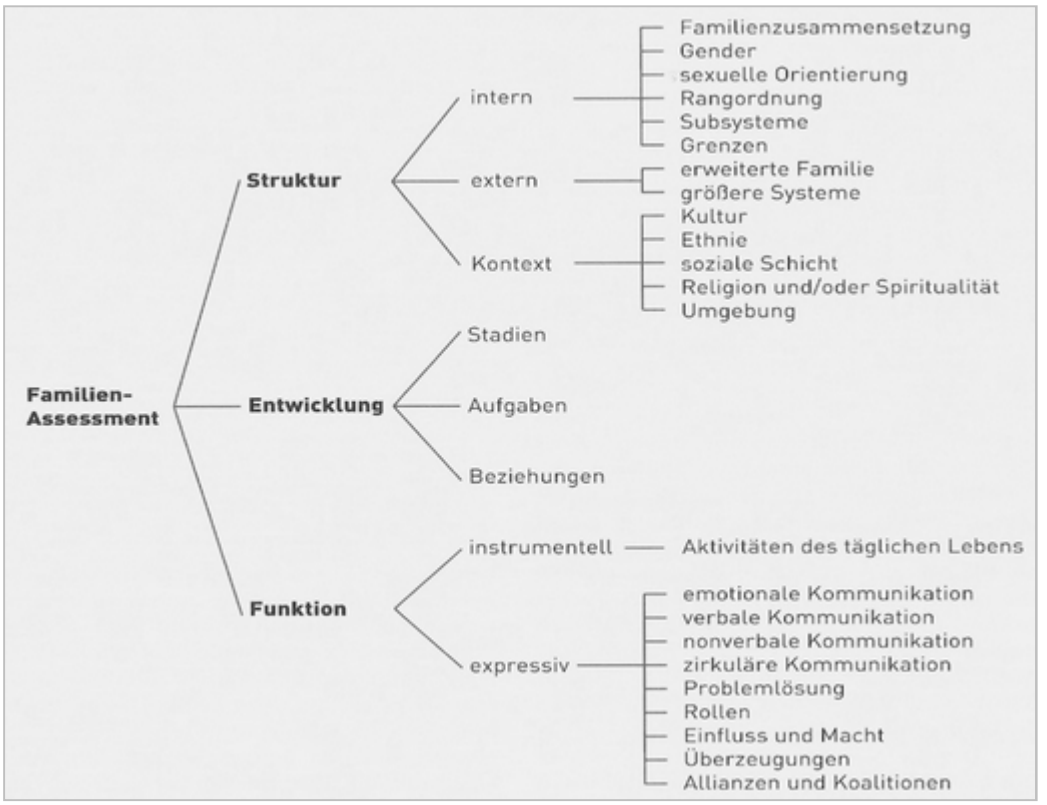
- Individuen und Familien bei der Alltagsbewältigung und in Gesundheitsfragen zu beraten und zu unterstützen
- Individuen und Familien zum gesunden Lebensstil zu befähigen
- Selbstständigkeit und Eigenverantwortung zu stärken
- potenzielle und aktuelle Gesundheitsprobleme rechtzeitig festzustellen
- in Absprache mit KlientInnen Prioritäten in Gesundheitsfragen zu setzen
- Entscheidungen zu unterstützen, ExpertInnen hinzuzuziehen
- Verbindungsglied zum Hausarzt sowie zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen zu sein
- Verbindungen zu angrenzenden Bereichen wie beispielsweise Sozial- oder Arbeitsamt herzustellen
- Versorgungs- und Pflegeleistungen bei Krankheit, Behinderung und Krisen zu übernehmen (vgl. Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, 2009, S. 14).

5.4 Das Calgary Familien-Assessment-Modell (CFAM)

Familiensystemisches Arbeiten berücksichtigt die Familie im Pflegeprozess und erfordert die Beschäftigung mit neuen Assessment- und Interventionsinstrumenten. Konzepte für Familienassessments ermöglichen geordnete Informationen und das Festlegen des Schwerpunktes der Interventionen. Hervorzuheben ist das Calgary Familien-Assessment-Modell (CFAM). Es ist ein multidimensionales Konzept, welches in die drei Hauptkategorien Struktur, Entwicklung und Funktion gegliedert ist. Die Kategorien sind in weitere Subkategorien unterteilt. Damit können Pflegekräfte nach der Befragung der Familienmitglieder eine Einschätzung der Probleme und Stärken der Familien sowie anschließende Interventionen vornehmen (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 69-70).

Die Strukturen des Calgary Familien-Assessment-Modells werden in der nachfolgenden Tabelle angeführt:

Tabelle 4: Das Baumdiagramm des CAFM



Quelle: modifiziert übernommen aus: Wright & Leahey, 2009, S. 70.

a) Strukturelles Assessment

Die Pflegeperson muss in Bezug auf dieses Assessment familienbezogene Daten erheben, um die Struktur (intern, extern, Kontext) der Familie beleuchten zu können. Die Informationen über die Familienzusammensetzung, die Beziehungen der Familienmitglieder außerhalb ihrer Einheit und der Kontext der Familie dienen als Grundlage (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 71).

b) Assessment der Entwicklung

Die Familienentwicklung kann nicht als parallel verlaufende Phase von Kindern und Erwachsenen gesehen werden, sondern stellt ein Konzept dar, das sich auf alle Entwicklungsprozesse der Familienmitglieder bezieht. Hier

wird der Familienlebenszyklus, der mit den formalen Umstrukturierungen von Rollen und Regeln verbunden ist, berücksichtigt (Stadien, Aufgaben, Beziehungen) (ebd., S. 100-101).

c) Funktionales Assessment

Bei diesem Assessment wird das Verhalten der Personen untereinander zu einem bestimmten Zeitpunkt festgehalten. Es handelt sich dabei um eine kurze Zeitspanne, die von den Pflegenden beobachtet wird. Zwei Hauptdimensionen (instrumentelle und expressive Funktion) unterteilen diese Kategorie (ebd., S. 130).

Nach Abschluss des Familien-Assessments wird von der professionellen Pflegekraft entschieden, ob und welche Interventionen notwendig sind.

5.5 Zielgruppen

Der wesentliche Aspekt der familienbezogenen Pflege ist, sowohl einzelnen Personen, als auch der gesamten Familie Gesundheitsfürsorge zukommen zu lassen.

Zu den häufigsten Zielgruppen zählen laut Eberl und Schnepp:

- Gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Einzelpersonen, Familien und Bevölkerungsgruppen
- Familien in Krisen- und Umbruchsituationen
- Vulnerable Gruppen wie Migranten, Kinder, Jugendliche und allein stehende ältere Personen
- Chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen mit ihren Familien
- Frauen mit Risikoschwangerschaften
- Drogenabhängige Schwangere und Mütter
- Alleinerziehende Personen
- Einzelpersonen
- Familien und Gruppen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem (Eberl & Schnepp, 2008, S. 12).

FamiliengesundheitspflegerInnen besuchen die Familien im häuslichen Umfeld. Sie greifen die Bedürfnisse der Klienten auf und bieten Unterstützung sowie Entlastung in ambulanten Pflege- und Versorgungssituationen an. Sie handeln eigenverantwortlich und interdisziplinär. Familienbezogene Pflege stellt ein eigenständiges Handlungsfeld der Pflege dar und nimmt eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein.

6 Kindliche Entwicklungsaufgaben unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Phasen von Piaget

Nach Zimbardo und Gerrig (2004, S. 438) bilden

> *„(...) die Interaktionen zwischen körperlichen und geistigen Prozessen sowie den Phasen des Wachstums von der Empfängnis über die gesamte Lebensspanne hinweg (...)“*

den Gegenstand der Entwicklungspsychologie. Das Interesse richtet sich dabei auf die Beschreibung und Erklärung solcher Veränderungen, die mit dem Lebensalter zusammenhängen und Folgen für den weiteren Entwicklungsverlauf des Menschen haben.

In der Entwicklungspsychologie gibt es unterschiedliche Vorschläge für die menschlichen Entwicklungsaufgaben. Traditionell werden sie in Phasen oder Stufen eingeteilt, die gesellschaftlichen Bedürfnissen entgegenkommen. Mit Hilfe von Theorien versuchen Entwicklungspsychologen die Veränderungen im Laufe des Lebens zu erklären. In diesen Phasentheorien wird beschrieben, was in einem bestimmten Entwicklungsabschnitt an Kompetenzen zu erwarten ist und welche Anforderungen gestellt werden können (vgl. Schaub & Zenke, 2002, S. 182).

Derartige Entwicklungskonzepte weisen jedoch Einschränkungen vor allem in Bezug auf moderne Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie auf (vgl. Oerter & Montada, 2008, S. 4). In Anlehnung an körperliche oder psychische Kriterien wie beispielsweise Gestalt, Motorik, Sozialverhalten, Intelligenz oder Moral bieten diese Theorien dennoch ein geeignetes Schema zur Veranschaulichung und Orientierung von Entwicklungsverläufen über die gesamte Lebensspanne (ebd.).
In diesem Kapitel werden zu Beginn kindliche Entwicklungsstufen und -aufgaben zusammenfassend dargestellt. Im Anschluss daran wird besonderes Augenmerk auf Jean Piagets Erkenntnisse über die geistige Entwicklung und seine Stadientheorie gelegt. Aspekte der Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern bilden den Abschluss des Kapitels.

6.1 Entwicklungsstufen und Entwicklungsaufgaben

Es lassen sich folgende Phasen der Entwicklung zusammenfassen:

Tabelle 5: Entwicklungsphasen

Phase	**Altersabschnitt**
Pränatal	Empfängnis bis zur Geburt
Säuglingsalter	Geburt bis ca. 18 Monate
Frühe Kindheit	ca. von 18 Monate bis ca. 6 Jahre
Späte Kindheit	ca. von 6 Jahre bis ca. 13 Jahre
Adoleszenz	ca. von 13 Jahre bis ca. 20 Jahre
Frühes Erwachsenenalter	ca. von 20 Jahre bis ca. 30 Jahre
Mittleres Erwachsenenalter	ca. von 30 Jahre bis ca. 65 Jahre
Spätes Erwachsenenalter	ca. 65 Jahre und älter

Quelle: modifiziert übernommen aus: Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 439.

Entwicklung kann als dynamischer Prozess gesehen werden, der in Wechselwirkung zwischen dem Kind und seiner Umwelt abläuft. Fähigkeiten und Fertigkeiten werden im Laufe der Lebensdauer in einer mehr oder weniger festgelegten Reihenfolge erworben.

Schaub und Zenke (vgl. 2000, S. 182-183) beschreiben das Konzept der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst, das auf dem Grundgedanken beruht, dass Entwicklung letztlich als Lernprozess aufgefasst wird. Physische Reifung, gesellschaftliche Erwartungen und individuelle Zielsetzungen werden als Quellen für diese Aufgaben angesehen.

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die zentralen Entwicklungsaufgaben der Kindheit nach Havighurst:

Tabelle 6: Entwicklungsaufgaben der Kindheit

Phase	Entwicklungsaufgaben
Frühe Kindheit (0-2 Jahre)	■ Aufbau von emotionalen Beziehungen ■ Erlernen motorischer Grundfertigkeiten ■ Sprechen lernen ■ Neugierde und Erkundigungen ■ Kontrolle impulsiver Regungen
Kindheit (2-4 Jahre)	■ Sprachentwicklung ■ Selbstkontrolle körperlicher und seelischer Bedürfnisse ■ Verbesserung motorischer Funktionen ■ Spielfähigkeit und Fantasie
Frühes Schulkindalter (5-7 Jahre)	■ Identifikation mit der Geschlechterrolle ■ Gruppenfähigkeit ■ Aufbau einfacher moralischer Begriffe ■ Konkretes Denken ■ Orientierung an sozialen Regeln
Mittleres Schulkindalter (7-12 Jahre)	■ Selbstbewusstsein ■ Erwerb und Beherrschen von Kulturtechniken ■ fundamentales Wissen ■ Spielen und Arbeiten in Gruppen ■ Selbstkritik

Quelle: vgl. Schaub & Zenke, 2002, S. 182-183.

Die stärksten Veränderungen in Bezug auf die Entwicklung geschehen während der Kindheit. Das Individuum gewinnt seine Identität zuerst über seine Bezugspersonen. In der späteren Kindheit und Jugend erweitern sich Möglichkeiten der sozialen Beziehungen und die Identität kann sich entsprechend differenzieren.

6.2 Phasen der kognitiven Entwicklung von Piaget

Im Rahmen der unterschiedlichen Entwicklungskonstruktionen, wie beispielsweise die Theorie der sexuellen Entwicklung von Freud, das Modell der psychosozialen Entwicklung von Erikson oder Kohlbergs Interesse für Wert- und Moralvorstellung, nimmt die umfassende Entwicklungstheorie des Schweizer Biologen und Psychologen Jean Piaget bis heute einen bedeutenden Stellenwert ein. Mit seinen empirischen Untersuchungen begründete er die Basis für die

Theorie der kognitiven Entwicklung des Menschen in Kindheit und Jugend. Als klassische Entwicklungsfaktoren bezeichnet er die Reifung, die Erfahrung der materiellen Umwelt, die Wirkung der sozialen Welt sowie die Äquilibration (Piaget, 2003, S. 95).

Piaget (vgl. 2003, S. 48) betont, dass die geistige Entwicklung in der aktiven Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt erfolgt. Die Strukturen, mit deren Hilfe das Individuum die Umwelt erklärt, nennt Piaget Schema. Solche Schemata werden im Laufe der Entwicklung ergänzt oder neu konstruiert und können als Grundbausteine der entwicklungsbedingten Veränderungen gesehen werden (vgl. Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 452). Dabei wird zwischen sensomotorischen Schemata, die am Beginn der kindlichen Entwicklung stehen, und kognitiven Schemata, welche sich ab dem zweiten Lebensjahr entwickeln, unterschieden. Ständige Veränderungen der bereits bestehenden kognitiven Schemata und ihrer Organisation bilden den Fortschritt des Denkens (vgl. Tücke, 1999, S. 161).

Erkenntnis versteht Piaget (vgl. 2003, S 53-57) nicht als empirische Assoziationen, sondern als die Zusammenarbeit zweier bedeutender Prozesse, der Assimilation und der Akkomodation. Diese Vorgänge werden als Adaption, das bedeutet die Anpassung an vorhandene Schemata, verstanden. Bei der *Assimilation* werden externe Informationen in bekannte Schemata eingeordnet. *Akkommodation* ist die Anpassung vorhandener Schemata an neue Informationen (ebd.).

Organismen streben nach Gleichgewicht zwischen Assimilation und Akkomodation. Dieser Regulierungsprozess wird als *Äquilibration* bezeichnet. Er kann als Reaktion des Menschen auf externe Umweltanforderungen erklärt werden. (vgl. Piaget, 2003, S. 109). Befinden sich die kognitiven Schemata und die Anforderungen der Umwelt im Gleichgewicht, finden keine Denkprozesse statt. Treten Veränderungen ein, befinden sich die Schemata im Ungleichgewicht und müssen reguliert, also Denkleistungen vollbracht werden (vgl. Tücke, 1999, S. 161).

Im Zusammenhang mit der Entfaltung der Intelligenz werden nach Piaget (vgl. 2003, S. 65-66) vier Hauptstadien der kognitiven Entwicklung des Kindes unterschieden, wobei sich die Stufen nicht ablösen, sondern konstant aufeinander aufbauen und in Wechselwirkung stehen: Das Stadium der sensomotorischen Entwicklung (Säuglings- und Kleinkindalter), das Stadium des präoperationalen Denkens (Kindergarten- und Vorschulalter), das Stadium der konkreten Operationen (Grundschulalter) und das Stadium der formalen Operationen (ab dem 11. Lebensjahr) (vgl. Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 453). Zusammenfassend können nach Oerter und Montada (vgl., 2008, S. 437) die wesentlichen Merkmale von Piagets Stadientheorie festgehalten werden:

- Das Denken des Kindes stellt sich als geregelte Gesamtstruktur dar.
- Jedes Stadium integriert und transformiert die Strukturen und bildet die Grundlage für das nächsthöhere Stadium.
- Die Stadien bilden eine konstante Abfolge.
- Die Stadien sind allgemeingültige Kennzeichen des menschlichen Denkens.

1. Das Stadium der sensomotorischen Entwicklung (Geburt bis ca. 2 Jahre)

Im sensomotorischen Stadium spricht Piaget (2003, S. 65) von einer *„(...) Zentrierung des Subjekts auf den eigenen Körper."* Das Kind sammelt mit seinen Sinnesorganen und mit seinen Bewegungsvorgängen Erfahrungen. Das Entwicklungsgeschehen spielt sich vorwiegend auf der sensorischen und motorischen Ebene ab. Das Verhalten zu Beginn dieser Phase wird durch einfache Reflexe und Wahrnehmungsfähigkeit charakterisiert. Damit werden grundlegende Voraussetzungen für die folgende kognitive Entwicklung geschaffen (vgl. Tücke, 1999, S. 169). Später gestalten sich die sensorischen und motorischen Handlungen durch die Interaktion mit der Umwelt vielfältiger, denn sie werden objektbezogen und aktiv wiederholt.

Durch das Experimentieren mit Gegenständen lernt das Kind, Bewegungen als Mittel zum Zweck einzusetzen. Gegen Ende des ersten Lebensjahres erlangt ein Kleinkind das Wissen, dass Objekte auch schon vorhanden sind, wenn es sie nicht sieht (vgl. Oerter & Montada, 2008, S. 438-439). Das innere Abbild eines Gegenstandes bleibt in der Vorstellung des Kindes bestehen. Diese Fähigkeit der Objektpermanenz ist eine wichtige kognitive Erfahrung im Säuglingsalter.

2. Das Stadium des präoperationalen Denkens (ca. 2-7 Jahre)

Der Fortschritt auf dieser Stufe zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind nun mit Vorstellungen und Symbolen umgehen kann und eine Symbolfunktion entwickelt. Diese Fähigkeit bietet die Grundlage zur Fantasie. Damit ist das Kind in der Lage, zwischen einem vorhandenen Gegenstand und einem vorgestellten Symbol zu unterscheiden.

Das Denken gestaltet sich schon unabhängiger von den Handlungen, weil das Kind Erfahrungen herleiten kann. Der Übergang zu dieser zweiten Phase ist auch von verstärkter Nachahmung geprägt. Kinder imitieren, was sie beobachtet haben.

> „*Wenn die Nachahmung differenziert und in Form von Vorstellungsbildern verinnerlicht wird, wird sie auch zum Ursprung von Symbolen und zum Instrument von kommunikativem Austausch, welcher den Spracherwerb ermöglicht“* (Piaget, 2003, S. 87).

Die Erkenntnisse von Piaget zeigen mit dem Prinzip des *Egozentrismus* eine fehlerhafte Denkleistung in der frühkindlichen kognitiven Entwicklung auf. Er versteht darunter die Unfähigkeit, sich in die Position einer anderen Person zu versetzen. Die Umwelt wird nur so wahrgenommen, wie das Kind sie sieht (vgl. Tücke, 1999, S. 166). Es kennt nur seine Perspektive. Erst gegen Ende des präoperationalen Stadiums wird dieser Egozentrismus überwunden.

Ein weiteres Merkmal ist der Begriff der *Zentrierung*. Er verdeutlicht, dass das Kind in seiner Beurteilung nur auf jeweils ein Merkmal achten kann. Die Aufmerksamkeit kann nicht auf zwei Aspekte einer Situation gerichtet werden. Eindrücke werden geordnet, indem es nach Zusammenhängen und Kausalbeziehungen sucht. Damit lässt sich auch das *animistische Denken* erklären, in dem die Kinder unbelebten Objekten lebensähnliche Eigenschaften zuordnen (ebd., S. 174-175). Eine weitere Denkform ist das *magische Denken*. Mit dessen Hilfe versucht das Kind, unbekannte Zusammenhänge zweckgerichtet zu erklären und sie in Beziehung zum eigenen Ich zu setzen (vgl., Engelbert-Michel, 1998, S. 49).

3. Das Stadium der konkreten Operationen (ca. 7-11 Jahre)

In diesem Stadium werden konkrete Denkoperationen in ihren verschiedenen Formen und mit ihren unterschiedlichen Arten der Erhaltung möglich (vgl. Piaget, 2003, S. 66). Das Kind kann mehr Merkmale einer Situation beachten und

Erfahrungen zueinander in Beziehung setzen. Jetzt erfolgt die Bewältigung der Probleme des vorhergehenden Stadiums. Das Kind kann voraus denken und sein Handeln steuern. Die zunehmende *Reversibilität* ermöglicht einfache logische Operationen für die erfolgreiche Lösung von Aufgaben. Diese neu erworbene Fähigkeit erlaubt dem Kind, konkrete Operationen gedanklich umzukehren und das Prinzip der Erhaltung abzuleiten (ebd., S. 80).
Kennzeichnend für das konkret-operationale Stadium ist die Überwindung der Denkfehler der präoperationalen Phase wie Egozentrismus, animistische Deutungen und Zentrierung. Durch die verbesserten Gedächtnisleistungen werden die Interessen des Kindes sowohl vielfältiger als auch ausgeprägter und es kann mit dem Erwerb der Lesekompetenz viele Informationen effektiv aufnehmen (vgl. Tücke, 1999, S. 191-192).

4. Das Stadium der formalen Operationen (ca. ab 11 Jahren)

Die Bezeichnung formale Operationen weist darauf hin, dass Jugendliche mehr und mehr zu aussagelogischen Überlegungen fähig werden (vgl. Piaget, 2003, S. 68). Die Fähigkeit für hypothetisches und theoretisches Denken entwickelt sich. Die Jugendlichen können Probleme analysieren und wissenschaftliche Fragestellungen systematisch durchdenken. Ebenso können sie sich mit unrealistischen Annahmen auseinandersetzen, Hypothesen prüfen und Folgerungen ableiten.
Das Erreichen der formal-operationalen Stufe sah Piaget als die Grundlage für alle umfassenden geistigen Leistungen. (vgl. Oerter & Montada, 2008, S.443).

6.3 Der kognitiv-strukturalistische Forschungsansatz zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Konzepten von Kindern

Der kognitiv-strukturalistische Forschungsansatz geht auf die kognitive Entwicklungstheorie von Piaget zurück und bildet mit dem inhaltlich-wissensorientierten Ansatz die Grundlage des gesundheits- und krankheitsbezogenen Konzeptes von Kindern. Lohaus und Ball (vgl. 2006, S.9) gehen davon aus, dass sich Kinder im Laufe ihrer Entwicklung individuelle Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit aneignen. Es ist wichtig, diese

Ansichten und die damit verbundenen Probleme zu erkennen, um diese von den Konzepten der Erwachsenen unterscheiden zu können sowie in der Arbeit mit Kindern angemessen und gezielt reagieren zu können.

Zu den Überlegungen der kognitiven Entwicklung werden die vier Stadien der Stufentheorie von Piaget herangezogen. Die Dauer der *sensomotorischen Entwicklungsphase* umfasst die ersten zwei Lebensjahre. In diesem Abschnitt sind jedoch Konzeptbildungen noch nicht feststellbar, deshalb beschränken sich Lohaus und Ball (vgl. 2006, S. 14-18) in ihren Ausführungen auf die weiteren Entwicklungsabschnitte.

In der Phase des *präoperationalen Denkens* ist die Aufmerksamkeit nur auf ein auffälliges Merkmal gerichtet. Das Denken erfolgt linear. Deshalb kann das Kind keine systematischen Bezüge zwischen Gegebenheiten herstellen. Durch die egozentrische Perspektive hat das Kind Schwierigkeiten, sich in die Lage anderer zu versetzen oder sich eine Sache aus verschiedenen Blickwinkeln vorzustellen.
Bezieht man diese Erkenntnisse auf das Gebiet der Gesundheit und Krankheit, heißt das für das Kind, dass nur sichtbare gesundheits- und krankheitsbezogene Kriterien eine Rolle spielen. Nicht unmittelbar erkennbare Krankheitsaspekte werden außer Acht gelassen. Kausalzusammenhänge zwischen einzelnen Symptomen können nicht erkannt werden. Das Kind sucht häufig irrationale Erklärungen für die Erkrankungen, wie beispielsweise Bestrafung für ein Fehlverhalten.

Auf der *konkret-operationalen Stufe* können wesentlich konkretere Denkleistungen vollbracht werden. Durch die erworbene Fähigkeit, reversibel zu denken, können Operationen gedanklich rückgängig gemacht werden. Die Überwindung des Egozentrismus ermöglicht dem Kind, Perspektiven anderer zu übernehmen und verschiedene Zusammenhänge eines Sachverhaltes zu erkennen. Das Denken wird logischer und kann gezielt auf gegebene Objekte angewendet werden.
Auf Gesundheit und Krankheit bezogen bedeutet das, dass das Kind nun mehrere Einzelaspekte berücksichtigt und Ursache – Wirkungsprinzipien versteht. Es kann sich auch in die Position seiner Mitmenschen versetzen und somit

Krankheitserfahrungen anderer nachvollziehen. Differenzierte Gedächtnisleistungen und logisches Denken lassen eine vorhandene Krankheit auch als länger andauerndes Geschehen begreifen.

Im *Stadium der formalen Operationen* wird das Denken abstrakt. Die Fähigkeit, komplexe Beziehungen zwischen Ereignissen herzustellen, nimmt zu. Theoretisches und hypothetisches Denken können für Problemlösungen eingesetzt werden.
Die Jugendlichen können nun in ihren gesundheits- und krankheitsbezogenen Konzepten zahlreiche Blickwinkel berücksichtigen, auch jene, die auf psychische Vorgänge bezogen sind. Spezifische Krankheitssymptome und Zustände werden im Kontext verschiedener Einflussfaktoren verstanden.

Über die Konzeptbildung von Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen halten Lohaus und Ball fest, dass der kognitiv-strukturalistische Forschungsansatz bei der Einordnung kindlicher Konzepte eine Strukturierungshilfe leistet. Kritisch wird dazu angemerkt, dass Aspekte wie beispielsweise die Rollen des sozialen Umfeldes oder der Emotionen zu wenig berücksichtigt werden.

7 Das Bilderbuch

Das Bilderbuch gilt als das erste wichtige Bildungs- und Informationsmittel für Kinder und kann als das Medium zum Eintritt in die Welt der Literatur bezeichnet werden. Ursprünglich stand der Begriff für jedes Buch, das mit Illustrationen ausgestattet war. Dieses Bilderbuch hatte die Funktion einer Verständnishilfe für leseunkundige Erwachsene (vgl. Engelbert-Michel, 1998, S. 14). Heute versteht man darunter ein Buch, das speziell für Kinder, die noch nicht lesen können oder sich im frühen Lesealter befinden, entwickelt wurde. Thiele (vgl. 2000, S. 228) geht einen Schritt weiter und bezeichnet das Bilderbuch aufgrund der künstlerischen Vielfalt und ästhetischen Kraft als eine Spezialkunst für Kinder. Im anschließenden Text werden das Medium Bilderbuch sowie seine Merkmale und funktionalen Aspekte charakterisiert.

7.1 Was ist ein Bilderbuch?

Grundsätzlich umfasst die Literatur für Kinder alle schriftlichen oder illustrierten Werke, die speziell für diese Zielgruppe geschrieben oder gestaltet werden. Im Wörterbuch für Pädagogik wird unter „Bilderbücher“ Folgendes definiert:

> *„Bilderbücher gehören zur Gattung der Kinder- und Jugendliteratur für etwa zwei- bis zehnjährige Kinder, in denen die Illustration gegenüber dem Text überwiegt und die handlungsbezogenen Inhalte vorwiegend visuell vermittelt werden.“* (Schaub & Zenke, 2002, S. 94).

Thiele (vgl. 2000, S. 36), der in den letzten Jahren als Wegbereiter für die wissenschaftliche Erforschung des Bilderbuchs fungierte, betont, dass die beiden unterschiedlichen Ebenen von Bild und Text in enger Wechselwirkung stehen und zusammen ein komplexes symbolisches Gebilde darstellen,

> *„(...) in dem in der Regel Stoffe fiktionalen Charakters erzählt werden, sodass das Bilderbuch [abgesehen von den Kategorisierungen Sachbuch und Spielbuch] hier als ein primär narratives Medium verstanden werden soll.“* (Thiele, 2000, S. 36).

In dieser Definition wird deutlich, dass die untrennbare Beziehung zwischen Bild und Text als wesentlich gilt. Aufgrund dieser Überlegungen kann auf eine klare Abgrenzung zur Erwachsenenliteratur hingewiesen werden.

7.2 Merkmale des Bilderbuchs

Generell kann von vier zentralen Grundelementen des Bilderbuchs gesprochen werden: Der Inhalt, die sprachliche Gestaltung, das Bild und die Bild-Text-Verknüpfung. Neben diesen Kennzeichen sind mit dem Bilderbuch weitere Eigenschaften verbunden. Als erstes Merkmal beschreibt Maier (vgl. 1993, S. 16) die Dominanz der Illustration in dieser Literaturgattung. Der Inhalt und Handlungsablauf wird ausschließlich oder vorwiegend visuell vermittelt. Es können aber auch Bild und Text gleichrangig nebeneinander stehen. Bezüglich der Bild- und Textgestaltung werden folgende Kategorien unterschieden:

a) Das textfreie Bilderbuch

In dieser Kategorie wird der Fokus alleine auf die bildliche Darstellung gelegt. Das textfreie Bilderbuch kann als die reine Form des Bilderbuches angesehen werden. Die Aussagekraft des Bildes kommt hierbei zur vollen Wirkung. Es richtet sich an jene Kinder, die noch leseunkundig sind. Darüber hinaus kann es zur Anregung der Fantasie oder der Sprache dienen.

b) Das Bilderbuch mit Textbeigaben

In der Regel behält das Bild seine primäre Stellung bei. Das gedruckte Wort fungiert als Hilfsmittel, um das Dargestellte zu benennen, zu verdeutlichen oder zu ergänzen. Der Text soll dazu beitragen, die visuelle Bildsprache in gesprochene Sprache umzusetzen.

c) Das Bilderbuch, in dem Text und Bild gleichrangig sind

Hier verlaufen Bild und Schrift auf gleicher Ebene und bilden eine Einheit. Entweder ist den Bildern ein Text beigefügt oder umgekehrt. Illustration und Text nehmen auf einander Bezug und können entweder parallel nebeneinander stehen oder sie sind abwechselnd angeordnet.

Das zweite Kennzeichen des Bilderbuchs ergibt sich aus seinem Leserkreis. Es wendet sich vorwiegend an das „*unliterarische Publikum*“, an Kinder von etwa zwei bis acht Jahren. Diese Kinderbücher versuchen die Chance wahrzunehmen, den kindlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten entgegen zu kommen. Maier (vgl. 1993, S. 17) weist diesbezüglich auf die unterstützende Aufgabe der Erwachsenen hin: Sie lesen vor, erklären und helfen dem Kind, das Wahrgenommene richtig zu erfassen sowie seine Empfindungen und Eindrücke zu verbalisieren.

7.3 Funktionen des Bilderbuchs in der Entwicklung des Kindes

Das Bilderbuch begleitet das Kind auf seinem Entwicklungsweg und ermöglicht nicht nur einen Einstieg in die Literatur, sondern besitzt, je nach Schwerpunkt, vielseitige pädagogische Fördermöglichkeiten.
Ausgehend von der These Maiers (vgl. 1993, S. 40-56) werden der pädagogisch-funktionalen Bedeutung des Bilderbuchs folgende zentrale Funktionen zugesprochen:

- Die Bedeutung für die ästhetische Erziehung
- Die geistige Anregung und Übung
- Die erzieherische und entwicklungsfördernde Funktion
- Die literaturpädagogische Bedeutung
- Die umweltzeigende und umwelterklärende Funktion

Folgt man den Ausführungen Thieles (2000, S. 238) sind Bilderbücher ein *„(...) Teil der frühen ästhetischen Erfahrung, die Kinder in ihrer Sozialisation sammeln.“* Sie geben dem Kind eine erste Möglichkeit, sich mit bildlichen Phänomenen auseinander zu setzen. Das stehende Bild lädt das Kind zur ungezwungenen Beschäftigung mit Figur und Inhalt ein und eröffnet das Verständnis für die Bedeutung der Farben, Formen, Wirklichkeitsebenen und Darstellungsweisen. Durch Betrachten des Bildes wird das Kind gefordert, sich geistig mit den Inhalten auseinander zu setzen und seine Kreativität sowie Fantasie einfließen zu lassen. Es lernt die Besonderheiten narrativer Formen kennen, die sich durch Bild und Text enthüllen.

Themen, Handlungen und Gestalten geben Vorstellungen von gesellschaftlichen Normen und Ritualen. Neben ästhetischer Bildung und kognitiver Förderung übernimmt das Bilderbuch auch die Befriedigung des Bedürfnisses nach Information und Unterhaltung. Es motiviert also zur aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt (ebd.).

Die literaturpädagogische Bedeutung kann darin gesehen werden, dass das Bilderbuch literarische Ersterlebnisse ermöglicht sowie einen Zugang zur Literatur und Motivation zum Lesen schafft. (vgl. Maier, 1993, S. 53).

Das Kind kann sich im Umgang mit dem Bilderbuch auf fremde Bilder und Geschichten einlassen, Erfahrungen sammeln und sich somit die Umwelt zum geistigen Besitz machen (ebd., S. 40-41).

Zusammenfassend betrachtet sind Bilderbücher ein Fundament für die ästhetische Bildung des Kindes. Sie fördern die Sprach- und Denkfähigkeit und bringen dem Kind kognitive und sprachliche Wissenserweiterung. Sie können als eine positive Hilfe bei der Lebensbewältigung dienen und ein wichtiges Mittel der Erziehung sein. Darüber hinaus bilden Bilderbücher einen wesentlichen Teil der literarischen Sozialisation.

7.4 Bedeutung der entwicklungspsychologischen Erkenntnisse für das Bilderbuch

Grundlagen für den Bilderbuchgebrauch liefern wissenschaftliche Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie. In Bezug auf ein altersentsprechendes Angebot zeigt Engelbert-Michel (vgl., 1998, S. 37) auf, dass es für die Erwachsenen wichtig ist zu wissen, in welcher Phase der Entwicklung sich ein Kind befindet, um den kognitiven, sprachlichen, visuellen und kommunikativen Fähigkeiten entsprechend agieren zu können.

Ab dem ersten Lebensjahr ist das Kind fähig, einfache Bilderbücher zu verstehen. Das Kind erkennt zuerst nur einzelne Bildelemente, wenn sie deutlich dargestellt

sind und sich auf den persönlichen Erfahrungsraum beziehen (ebd., S. 56-57). Später beginnt es, Einzelheiten herauszugreifen und Bildelemente zu benennen. In dieser Entwicklungsstufe sollen Elementarbilderbücher im Vordergrund stehen, die vertraute Gegenstände aus der Alltagswelt des Kindes zeigen. (vgl. Maier, 1993, S. 19). Im Alter von zwei Jahren interessieren sich Kinder für kurze Geschichten und besitzen die Fähigkeit, einfache Bilderbuchgeschichten, die erzählt wurden, zu verstehen.

Im dritten und vierten Lebensjahr kann das Kind Gegenstände und Handlungen bezeichnen und miteinander in Verbindung setzten. Gezieltes Bildbetrachten wird geübt. Kinder beginnen, differenzierte Gefühle wahrzunehmen und abstrakte Begriffe zu verstehen. Die Funktion von Szenenbilderbüchern, die nun eingesetzt werden können, liegt darin, dass sie Kinder zum Verbalisieren motivieren und ihre Phantasie fördern (ebd., S. 20-21).

Komplexere Geschichten können im fünften und sechsten Lebensjahr verstanden werden. Die Fähigkeit *„(...) Menschen, Tiere und Dinge in einen Handlungsablauf zu setzen, sie im wirkenden Mit- und Gegeneinander zu sehen.“* nimmt zu (Maier, 1993, S. 21). Märchenbücher und fantastische Bilderbuchgeschichten kommen der Fantasie und dem Fabulieren der Kinder entgegen. Durch die langsam beginnende Lösung von der egozentristischen Perspektive gelingt es, Reales von fantastischen Geschichten zu unterscheiden (vgl. Maier, 1993, S. 24-25).

Ab dem Schulalter sind Erstlesebücher für das Kind relevant. Neben der Entwicklung des eigenen Lesens hat das Vorlesen weiterhin Bedeutung. Das realistische Bilderbuch und die Gattung der Sachbilderbücher dienen primär zur Vermittlung von spezifischem Wissen, das inhaltlich auf bereits bestehende Erfahrungen aufbaut (ebd., S. 30).

Vom achten bis zum zehnten Lebensjahr zeigt das Kind Interesse für Abenteuergeschichten und Comics. Das Lesen erfolgt mit Sinnverständnis. In diesem Alter hat die Umwelt großen Einfluss auf das Leseverhalten des Kindes.

Nach Engelbert-Michel (vgl. 1993, S. 60) ist die Entwicklung in Bezug auf das Bilderbuch mit dieser Altersstufe abgeschlossen.

Bilderbücher sind wichtige Begleiter in der kindlichen Entwicklung. Sie stellen kindliche Themen dar, sprechen Gefühle an, erkennen Konflikte im Leben und bieten Lösungen innerhalb der Geschichten an (vgl. Kallenbach, 2003, S. 67).

7.5 Das Bilderbuch als Möglichkeit zur Problembewältigung

Bilderbücher können auf Grund verschiedener Kriterien eingeordnet werden. Grundsätzlich unterscheidet Thiele (vgl. 2000, S. 237) das erzählende Bilderbuch, je nach Realitätsbezug, in fantastische oder realistische Werke. Zu den letzten zählt er die problemorientierten Bilderbücher, die soziale Konflikte oder tabuisierte Themen beleuchten. Dennoch ist keine scharfe Trennung zwischen fantastischen und realistischen Erzählungen zu ziehen, da eine Vielzahl von Problembilderbüchern mit fantastischen Elementen verbunden ist.

Auf die realistische Kinderliteratur bezogen führt Paukner (vgl. 1992, S. 72-73) aus, dass diese Gattung einer starken Veränderung unterliegt. Der Wandel des Welt- und Menschenbildes in den letzten Jahrzehnten beeinflusste auch die Entwicklung in der Kinder- und Jugendliteratur. Anspruchsvolle Inhalte fanden Eingang in die Kinderbücher und Geschichten aus der Welt des Kindes stehen nun in Verbindung mit der jeweiligen Gesellschaft. Auch Themen wie Krankheit oder Tod sind keine Tabus mehr.

Marquardt (vgl. 2010, S. 31) weist darauf hin, dass Bildergeschichten mit kritischen Themen Kindern einen ersten Einblick in gesellschaftliche Probleme geben. Die Vermittlung solcher Themen stößt bei Erwachsenen oft auf Schwierigkeiten. Dennoch ist es von Bedeutung, sie Kindern in geeigneter Weise näher zu bringen. Bilderbücher können dabei ermutigende Begleiter sein, indem sie Orientierung, Strategien oder Lösungen anbieten. Sie helfen den Kindern Phänomene zu begreifen, die sie zuvor auf belastende Art kennen gelernt haben. Über die Identifikation mit Figuren des Bilderbuches werden eigene Erlebnisse

kommuniziert und verarbeitet. Bild und Text laden ein, über besondere Ereignisse, wie beispielsweise das Älterwerden oder die Erkrankung der Großeltern zu sprechen (vgl. Bardola, 2009, S. 89).

EMPIRISCHER TEIL

8 Methode

Nach der Darstellung der theoretischen Grundlagen widmet sich der nachfolgende Abschnitt der Forschungsmethode in dieser Untersuchung. Zu Beginn erfolgt eine Erklärung über den gewählten Ansatz zur Beantwortung der Forschungsfrage sowie eine Darlegung der Güterkriterien der qualitativen Forschung. Im Anschluss daran wird die Dokumentenanalyse als Auswertungsmethode erläutert. Um einen Überblick über das Untersuchungsmaterial zu erhalten, wird in einem nächsten Punkt die Auswahl der Bilderbücher beschrieben.

Im Hinblick auf die spezifische Auswertungsmethode dieser Arbeit kommt den einzelnen Phasen der Analyse eine wesentliche Bedeutung zu. In einem nächsten Schritt wird der genaue Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse dargelegt. Den Abschluss des Kapitels bildet die Vorstellung des Kategoriensystems, welches das zentrale Merkmal der Inhaltsanalyse darstellt.

8.1 Forschungsansatz

Die Untersuchung in dieser Arbeit basiert auf einem qualitativen Paradigma. Im Allgemeinen beschäftigt sich die qualitative Forschung mit Einzelphänomenen aus alltäglichen Lebenssituationen von Individuen und gewinnt daraus Erkenntnisse. Ziel der qualitativen Forschung ist *„(...) menschliches Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrzunehmen und zu verstehen.“* (Mayer, 2002, S. 73). Daneben sehen LoBiondo-Wood und Haber (vgl. 2005, S. 264) als weiteren Aspekt die Nutzung qualitativer Forschungsbefunde zur Lösung von praktischen Problemen. Zur Anwendung kommen nicht standardisierte Erhebungsverfahren, die mittels interpretativer Methoden ausgewertet werden. Die Ergebnisse sind Beschreibungen und keine numerischen Daten (vgl. Mayer, 2002, S. 73).

Als Methode wurde die qualitative Dokumentenanalyse gewählt, da die Daten bereits als Dokumente vorliegen und nicht durch Befragen, Beobachten oder Messen erhoben werden mussten. Atteslander (1971, zit. nach: Mayring, 2002, S. 49) bezeichnet das qualitative Vorgehen der Dokumentenanalyse als die bewährte Methode, bei der eine intensive und persönliche Auseinandersetzung mit dem Dokument gegeben ist. Von Bedeutung ist dabei die adäquate Interpretation des Materials.

Die Entscheidung für einen qualitativen Ansatz in Bezug auf die Fragestellung der Diplomarbeit knüpft an diese Gesichtspunkte an, da untersucht wird, ob Bilderbücher für Kinder als Informationsmaterial und unterstützende Maßnahme zur Bewältigung einer Krankheitssituation bei Demenz geeignet sind. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgt gezielt und nach expliziten Regeln. Dabei wird schrittweise und theoriegeleitet vorgegangen (vgl. Mayring, 2002, S. 114). Dadurch wird die Analyse der Bilderbücher in dieser Arbeit für andere nachvollziehbar und überprüfbar.

8.2 Gütekriterien

Um die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung abzusichern, sind Gütekriterien notwendig. Mayring (vgl. 2002, S. 144-148) formuliert sechs generelle Kriterien: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und Triangulation, die in der qualitativen Forschung zur Anwendung gelangen.

Mit Hilfe der *Verfahrensdokumentation* wird der Forschungsverlauf transparent gemacht. Die Methode, nach welcher vorgegangen wird, muss exakt dargestellt werden. Die Verfahrensdokumentation bezieht sich auf die Explikation des Vorverständnisses der ForscherInnen, sowie auf Angaben zu den verwendeten Methoden und zum Datenmaterial.
Um diesen wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht zu werden, erfolgt in dieser Arbeit eine genaue Beschreibung der Methoden sowie der Forschungsschritte,

damit andere Personen die Gelegenheit erhalten, den Erkenntnisweg zu verstehen. Das Vorverständnis kommt im Kapitel 1 zum Ausdruck.

Interpretationen lassen sich nicht beweisen, sondern müssen argumentativ begründet werden. Die Forderung nach einer *argumentativen Interpretationsabsicherung* ist mit einer schlüssigen Argumentation verknüpft. Dieses Kriterium findet bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse in Verbindung mit dem theoretischen Teil Beachtung.

Das Erfordernis der *Regelgeleitetheit* bedeutet systematisches Vorgehen im Untersuchungsgeschehen. Dabei müssen zur methodischen Bearbeitung des Materials bestimmte Verfahrensregeln beachtet werden.
In dieser Arbeit wurde systematisch der Analyseprozess mit den entsprechenden Beispielen dargestellt und somit das schrittweise Vorgehen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse realisiert.

Ein zentraler Punkt der qualitativen Forschung ist die *Nähe zum Gegenstand.* Die Forschungen setzen an der Lebenswelt der Betroffenen an und stellen die konkreten sozialen Problemen in den Mittelpunkt. Um so nahe wie möglich an den Gegenstandsbereich heranzugehen, wurden die Bilderbücher und nicht eine Befragung von Personen ins Zentrum des Forschungsinteresses gerückt. Die Inhaltsanalyse ermöglicht eine tiefgehende Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand, sodass auf diese Weise die Nähe sichergestellt wurde.

Der *kommunikativen Validierung* liegt die Überprüfung der gewonnenen Ergebnisse und Interpretationen zugrunde, indem Rücksprache mit den beforschten Personen gehalten wird. Wenn dieser Prozess nicht möglich ist, kann nach Lamnek (vgl. 1995, S. 166) die Absicherung der Ergebnisse durch Heranziehen von ExpertInnen oder Mitgliedern der scientific community erweitert werden.
In diesem Zusammenhang wurde der kommunikativen Validierung durch die Einbeziehung weiterer ExpertInnen Rechnung getragen.

Als letztes Kriterium wird die *Triangulation* genannt. Generell bedeutet dieses

Verfahren ein Verbinden verschiedener Analysegänge, um die Qualität der Forschung zu vergrößern. Es können verschiedene Datenquellen, unterschiedliche Interpreten, Theorieansätze oder Methoden herangezogen werden. Das Ziel ist das Vergleichen der Ergebnisse aus unterschiedlichen Perspektiven.
Eine ausführliche Triangulation hätte den Rahmen der Diplomarbeit gesprengt. Es wurde jedoch der Versuch unternommen, die Ebenen in der Zusammenführung durch verschiedene Interpreten zu überprüfen.

8.3 Die qualitative Dokumentenanalyse

Werden im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse Dokumente als Untersuchungsgegenstand analysiert, wird von einer qualitativen Dokumentenanalyse gesprochen. Es gelten dabei dieselben Anforderungen und Bestimmungen wie bei der qualitativen Inhaltsanalyse. Ein Vorteil liegt darin, dass die Daten bereits vorliegen und nicht mehr erhoben werden müssen. Damit unterliegen diese Daten bei der Erhebung weniger Fehlerquellen. Die Dokumente müssen Rückschlüsse auf menschliches Handeln, Fühlen und Denken zulassen. Die Bedeutung liegt in ihrer Interpretierbarkeit. Der Ablauf der Dokumentenanalyse gliedert sich nach Mayring (vgl. 2002, S. 48-49) in vier Schritte:

1. Die klare Formulierung der Fragestellung

Dieser Forderung wird in dieser Diplomarbeit mit der exakten Definition der Fragestellung: „*Wie wird die Krankheit Demenz im Bilderbuch dargestellt und auf welche Art und Weise erfolgt die Thematisierung?“*nachgekommen.

2. Die Definition des Ausgangsmaterials

Dieser Aspekt wird dahingehend erfüllt, dass in Bezug zur Fragestellung als Ausgangsmaterial jene Bilderbücher bestimmt wurden, die sich mit dem Thema Demenz auseinandersetzen. Danach erfolgte eine gezielte Sammlung des Materials.

3. Der Ansatz der Quellenkritik

Im nächsten Schritt findet die Bestimmung der Dokumente nach ihrem Aussagewert statt. Um dieses Kriterium zu erfüllen, wurde die gesammelte Kinderliteratur gesichtet und nach ihrem Wert für die Beantwortung der Fragestellung eingeschätzt.

4. Die Interpretation der Dokumente

Dieser Punkt folgt am Schluss der Analyse. Die Auswertung der Dokumente mit interpretativen Techniken erfolgt im Sinne der Fragestellung. In dieser Arbeit wird das methodische Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse eingesetzt.

8.4 Inhaltsanalytische Auswertung

Die Inhaltsanalyse richtet den Blick sowohl auf eine konkrete Forschungsstrategie als auch auf deren konsequente Anwendung auf das Untersuchungsmaterial. (vgl. Früh, 2007, S. 39). Ziel dieser Technik ist, Material zu analysieren, das aus jeglicher Form von Kommunikation stammt. Sie geht dabei systematisch, regelgeleitet und theoriegeleitet vor.

Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung sind die drei Grundformen des Interpretierens. Bei der Zusammenfassung wird das Material so reduziert, dass erhebliche Inhalte erhalten bleiben. Die Explikation steht im Gegensatz zur Zusammenfassung. Hier werden einzelne fragliche Textstellen mit zusätzlichem Material ergänzt, welches das Verständnis erweitert und erklärende Funktion besitzt. Ziel der strukturierenden Inhaltsanalyse ist die Festlegung von Ordnungskriterien. Bestimmte Themen, Inhalte und Aspekte werden herausgearbeitet oder es erfolgt eine Einschätzung des Materials aufgrund dieser Kriterien. Diese Form der Analyse geht von einem deduktiv erstellten Kategoriensystem aus, das an das Untersuchungsmaterial herangetragen wird.
Im Hinblick auf Forschungsgegenstand, Untersuchungsplan und Zielsetzung dieser Arbeit dient die Form der Strukturierung als Rahmen.
Das Verfahren der strukturierenden Analyse beruht auf drei zentralen Merkmalen:

- Die Definition der Kategorie, um exakt zu bestimmen, welche Textteile unter eine Kategorie fallen.
- Die Identifikation von Ankerbeispielen für die jeweilige Kategorie.
- Die Formulierung von Kodierregeln, welche eindeutige Zuordnungen zu den einzelnen Kategorien ermöglichen (vgl. Mayring, 2002, S. 118-119).

Diese Grundformen des Interpretierens können Ausgangspunkt differenzierter qualitativer inhaltsanalytischer Methodik sein (vgl. Mayring, 2002, S. 116).

8.5 Beschreibung des Untersuchungsmaterials

Um einen ersten Überblick von Bilderbüchern zu erhalten, die die Krankheit Demenz thematisieren, erfolgte eine gezielte Suche im Buchhandel und in Bibliotheken mit umfassendem Kinder- und Jugendliteraturbestand. Dabei konnte festgestellt werden, dass in jüngerer Zeit zunehmend anspruchsvolle Themen und Inhalte, wie beispielsweise Alter, Generationenbeziehungen, psychische und körperliche Erkrankungen sowie Tod und Behinderung, Eingang in das Medium Bilderbuch gefunden haben.

Weitere Literaturrecherchen wurden im „Institut für Jugendliteratur“[1], bei der „Studien- und Beratungsstelle für Kinder- und Jugendliteratur“[2] und beim „Pädagogischen Buchversand“[3] durchgeführt. Hilfreich gestalteten sich darüber hinaus die Beratungsgespräche und fachlichen Diskussionen mit den MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen. Ausgangsbasis für die vorliegende Untersuchung waren dreizehn sehr unterschiedliche Exemplare von Bilderbüchern, die im Anhang aufgelistet sind. Die Krankheit Demenz wurde einerseits mit vielfältigen Bildelementen realitätsfern, konfliktfrei und unkritischer dargestellt, andererseits gelang IllustratorInnen und AutorInnen mit

[1] Institut für Jugendliteratur, Mayerhofgasse 6, 1040 Wien.
[2] STUBE-Studien- und Beratungsstelle für Kinder- und Jugendliteratur, Stephansplatz 3/II/11, 1010 Wien.
[3] Pädagogischer Buchversand, Strozzigasse 14, 1080 Wien, seit 2009 Kinder- und Jugendbuchhandlung LESEWELT.

klar reduzierten Bildern und emotional ansprechenden Texten eine sensible Annäherung an das Thema Demenz.
Bei den Auswahlkriterien waren folgende Punkte entscheidend:

- Bilderbücher, die das Thema der Demenzerkrankung zum Inhalt haben
- Darstellung des Themas aus der Erfahrungswelt des Kindes
- Bilderbücher mit sozialem Inhalt
- Problemorientierte Bilderbücher
- Bilderbücher nicht älter als sieben Jahre (ab Erscheinungsjahr)
- Bilderbücher für Kinder ab dem dritten Lebensjahr
- Realistische Darstellung der Figuren

Diese realistischen Bilderbuchgeschichten bauen auf Erfahrungen der Kinder in ihrer Umwelt auf. Hier liegt die Chance, im gemeinsamen Betrachten und Mitvollziehen Problemlösungen zu suchen.

Anhand dieser Auswahlkriterien und um ein breites Spektrum in Bezug auf Umfang, Inhalt, Kreativität, Text- und Bildgestaltung abzudecken, wurden schließlich folgende fünf Bücher erfasst:

Tabelle 7: Bücherliste

Titel	AutorIn	IllustratorIn	Erscheinungs-ort, -jahr	Verlag
Herbst im Kopf	Dagmar H. Mueller	Verena Ballhaus	Wien-München, 2006	Anette Betz Verlag im Verlag Carl Überreiter
Anna Maria Sofia und der kleine Wim	Edward van de Vendel	Ingrid Godon	Hamburg, 2006	Carlsen Verlag
Opa ist Opa	Lilli Messina	Lilli Messina	Bad Soden, 2005	Kinderbuchverlag Wolf
Omas Apfelkuchen	Laura Langston	Lindsey Gardiner	Kiel, 2004	Friedrich Wittig Verlag
Meine Oma hat Alzheimer	Véronique Van den Abeele	Claude K. Dubois	Gießen, 2006	Brunnen Verlag

8.6 Schritte der Analyse

Das Modell der strukturierenden Inhaltsanalyse ist zu allgemein, um damit tatsächlich arbeiten zu können (vgl. Mayring, 2008, S. 85). Um eine explizite Vorgehensweise zu gewährleisten, erfolgt die Auswertung der Bilderbücher daher in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse.

Die Inhalte, die aus dem Material herausgehoben werden sollen, werden durch theoriegeleitete Kategorien bezeichnet. Nachdem der Text mittels Kategoriensystems bearbeitet wurde, kann das extrahierte Material in Form von Paraphrasen in Kategorien zusammengefasst werden. Daraus ergibt sich folgendes Ablaufmodell (vgl. Mayring, 2008, S. 89):

Tabelle 8: Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse

Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	
Schritt 1	Bestimmung der Analyseeinheit
Schritt 2	Theoriegeleitete Festlegung der Hauptkategorien
Schritt 3	Bestimmung der Ausprägung und Zusammenstellung des Kategoriensystems
Schritt 4	Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den Kategorien
Schritt 5	Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung
Schritt 6	Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
Schritt 7	Überarbeitung, gegebenenfalls Revision von Kategoriensystemen und Kategoriendefinitionen
Schritt 8	Paraphrasierung des extrahierten Materials
Schritt 9	Zusammenfassung pro Kategorie
Schritt 10	Zusammenfassung pro Hauptkategorie

Quelle: modifiziert übernommen aus: Mayring, 2008, S. 89.

8.6.1 Die Bestimmung der Analyseeinheit

Wie im Ablaufmodell ersichtlich ist, liegt der erste Schritt in der Bestimmung der Analyseeinheit. Auf dieser Stufe wurde nach mehrmaligem Lesen der fünf Bilderbücher die Beschaffenheit jener Textstücke und Bildausschnitte bestimmt, die für die Auswertung herangezogen werden sollen. Als Kodiereinheit wurde in dieser Arbeit die Proposition festgelegt. Die Kontexteinheit umfasst das gesamte Material, das in einem Bilderbuch vorliegt. Für die Auswertungseinheit waren die jeweiligen Fundstellen in den Büchern von Bedeutung.

8.6.2 Die theoriegeleitete Festlegung der Hauptkategorien

Im Rahmen der theoriegeleiteten oder deduktiven Festlegung der Hauptkategorien wurden vorab Strukturierungsdimensionen erstellt, die sich aus den theoretischen Vorannahmen sowie aus der Fragestellung: „*Wie wird die Krankheit Demenz im Bilderbuch dargestellt und auf welche Art und Weise erfolgt die Thematisierung?“* heraus ableiteten. Im Gegensatz dazu werden bei einer induktiven oder empiriegeleiteten Kategorienbildung die Kategorien zum entsprechenden Thema aufgrund einer ersten Durchsicht des Materials definiert. Wie bereits festgehalten, bilden die Kategorien das Zentrum der Analyse. Rössler versteht unter Kategorien (2005, S. 244) jene *„(...) formale(n) und inhaltliche(n) Kriterien, die an das Untersuchungsmaterial angelegt werden (theoretisches Konstrukt, das zur Beantwortung der Forschungsfrage gemessen werden muss).“*

Dieses Kriterium bestimmt, welche Aspekte im Material berücksichtigt werden. In Bezug auf die Forschungsfrage dieser Arbeit sollten folgende Schwerpunkte aus dem Material herausgearbeitet werden:

- Kriterien zum Bilderbuch
- Darstellung der ProtagonistInnen
- Krankheit
- soziales Umfeld

Diese aus den Dimensionen abgeleiteten Hauptkategorien bilden das Grobraster für die inhaltsanalytischen Klassifikationen (Früh, 2007. S. 83).

8.6.3 Die Bestimmung der Ausprägung und Zusammenstellung des Kategoriensystems

Der Umfang einer Ausdifferenzierung bestimmt laut Früh (ebd. S. 83) das Erkenntnisinteresse der ForscherInnen. Um eine gezielte Erfassung des Gegenstandsbereiches zu ermöglichen, war es daher erforderlich, zu den vier Hauptkategorien entsprechende Unterkategorien zu formulieren. Dieses Konstrukt dient als Grundlage für die Beantwortung der Fragestellung. Exemplarisch wird hier die Kategorie „Krankheit“ mit ihren Unterkategorien dargestellt:

Tabelle 9: Dimension 3

Code	Kategorie
3	**Krankheit**
3a	Thematisierung der Krankheit
3b	Aspekte der Krankheit
3c	Bewältigung

8.6.4 Die Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln

Für die exakte Zuordnung des Materialbestandteils in eine Hauptkategorie, beziehungsweise Unterkategorie, beschreibt Mayring (vgl. 2008, S. 83) drei Schritte:

- *Die Definition der Kategorien*

  Die Textbestandteile, die unter eine Kategorie fallen, werden exakt bestimmt.
- *Die Ankerbeispiele*

  Hier erfolgt das Anführen gewisser Textstellen, die einer Kategorie angehören und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen.

- *Die Kodierregeln*

  Um eine genaue Zuordnung zu ermöglichen, werden Bestimmungen formuliert, wenn Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen.

Diese Bestimmungen bilden die Basis für den Kodierleitfaden. Hier wurden zu den einzelnen Ausprägungen entsprechende Kodierregeln und aussagekräftige Ankerbeispiele gebildet, um einer exakten Vorgangsweise zu folgen. Mayring weist darauf hin, dass im Verlauf des Analyseverfahrens weitere Ankerbeispiele aufgenommen und Kodierregeln modifiziert werden können (vgl. ebd. S. 83).

An dieser Stelle wird das Vorgehen am Formulierungsbeispiel: „Thematisierung der Krankheit“ veranschaulicht:

- **Unterkategorie 3a:** Thematisierung der Krankheit
- **Definition:** Das Ansprechen der Krankheit Demenz/Alzheimer und die damit verbundenen Erklärungen.
- **Ankerbeispiel:** „Dass meine Oma Anni nicht so ist wie die meisten anderen Omas, das liegt daran, dass sie krank ist. Sie hat eine Krankheit, die nennt man Alzheimer.“
- **Kodierregel:** In dieser Kategorie wird die Thematisierung der Krankheit Demenz/Alzheimer aufgezeigt, wie beispielsweise direkt, angedeutet, verschlüsselt, in Metaphern oder in Vergleichen.

8.6.5 Der Materialdurchlauf

Nach der Erstellung des Kategoriensystems erfolgt ein erster Materialdurchlauf. Als Fundstellen kann man generell jene Textstellen bezeichnen, welche für die Fragestellung relevant und thematisch einheitlich sind. In diesem Bearbeitungsschritt geht es darum, Fundstellen, die zu den gewählten Merkmalen passen, hervorzuheben und zu dokumentieren (vgl. Mayring, 2008, S. 83).
Zuerst wurden bei der Durchsicht der Bilderbücher Bild- und Textstellen entsprechend den Hauptkategorien erfasst und gekennzeichnet. In weiterer Folge konnte der konkrete Inhalt dieser Fundstellen den Unterkategorien zugeteilt

werden. Anschließend sind beispielhaft zwei Textfundstellen für die Kategorie „Aspekte der Krankheit“ angeführt:

Tabelle 10: Fundstellenbeispiel

- *„Oft ärgert sich Oma Anni auch über sich selbst, weil sie nicht mehr alles versteht, was um sie herum passiert. Und das macht sie dann richtig verzweifelt“ 3a (*Mueller & Ballhaus, 2006, S. 18).
- *„Oft weiß sie sogar nicht mehr, welchen Beruf sie früher mal hatte. Oma Anni war nämlich Lehrerin. Deshalb ist sie sicher alles andere als dumm“ 3a* (Mueller & Ballhaus, 2006, S. 12).

Nach Mayring (2008, S. 83) ergibt diese Probekodierung in der Regel *„(...) eine Überarbeitung, eine teilweise Neufassung vom Kategoriensystem und seinen Definitionen.“*

8.6.6 Überarbeitung von Kategoriensystemen und Kategoriendefinitionen

Im Zentrum der siebenten Stufe steht laut Mayring die Revision des Kategoriensystems. Das Material wird noch einmal in Hinblick auf die Fragestellung überarbeitet. Der Probelauf zeigte deutlich, dass im Laufe dieses Prozesses Revisionsschritte hinsichtlich der Kategorienanzahl erforderlich waren. Die Kategorie „soziales Umfeld“ wurde aus dem Kategoriensystem entfernt, um Überschneidungen mit den Unterkategorien „Aspekte und Bewältigung der Krankheit“ zu vermeiden und die Trennschärfe der Kategorien sicher zu stellen.
Früh (2007, S. 87) leitet daraus ab, dass *„(...) jede Kategorie einen eindeutigen, klar abgrenzbaren Bedeutungsinhalt repräsentieren soll.“*

Nach der Reduzierung auf die drei Hauptkategorien „Kriterien zum Bilderbuch“, „Darstellung der ProtagonistInnen“ sowie „Krankheit“ und der Modifikation einzelner Definitionen und Kodierregeln konnte ein weiterer Materialdurchgang durchgeführt werden. Im Zuge dieses Arbeitsschrittes erfolgten noch präzisere Benennungen einiger Unterkategorien, ihrer Definitionen und der Kodierregeln. Ein dritter Materialdurchgang zeigte, dass keine Änderungen mehr erforderlich

waren. Abschließend folgte der Hauptdurchlauf, also die inhaltsanalytische Kodierung des gesamten Materials.

8.6.7 Paraphrasierung des extrahierten Materials

Unter Paraphrasierung versteht Mayring (vgl. 2008, S. 61) die Reduzierung des Materials auf seine Hauptaussage. Unbedeutende Textteile werden gestrichen und ähnliche in Paraphrasen zusammengefasst. Durch den begrenzten Textumfang der Bilderbücher waren nur einzelne Schritte des Paraphrasierens erforderlich. So entstand beispielsweise aus dem Textabschnitt (Mueller & Ballhaus, 2006, S. 5) *„Dass meine Oma Anni nicht so ist wie die meisten anderen Omas, das liegt daran, dass sie krank ist. Sie hat eine Krankheit, die nennt man Alzheimer.“* als Tabelleneintrag: „Oma Anni hat Alzheimer.“

8.7 Das Kategoriensystem

Das endgültige Kategoriensystem zur Auswertung der Bilderbücher „Herbst im Kopf“, „Anna Maria Sofia und der kleine Wim, „Opa ist Opa“, „Omas Apfelkuchen“ und „Meine Oma hat Alzheimer“, umfasst drei Hauptkategorien und vierzehn Unterkategorien mit den entsprechenden Definitionen. In der hier durchgeführten Analyse sind zum einen formale Kategorien zum Bilderbuch untersucht worden, welche die Gesichtspunkte des Bilderbuchs wie die Bibliografie, die Typologie, die Illustration und Erzählinhalte sowie mögliche Botschaften berücksichtigen. Zum anderen beziehen sich die inhaltlichen Kategorien sowohl auf die Darstellung der ProtagonistInnen und ihrer Charakteristik als auch auf das Thema Demenz.

In den folgenden Tabellen wird dieses Kategoriensystem vorgestellt, wobei HK die Hauptkategorie und UK die Unterkategorie bezeichnet.

Tabelle 11: Formale Kriterien zum Bilderbuch

HK 1	Kriterien zum Bilderbuch
UK 1a	**Bibliografie** ▪ AutorInnen ▪ IllustratorInnen ▪ Verlag ▪ Erscheinungsort- u. –jahr ▪ Übersetzung
1b	**Gattung** ▪ Problemorientiertes Bilderbuch ▪ Realistisches Bilderbuch: sachliche Richtigkeit ▪ Bilderbuch mit Textbeigaben ▪ Bild und Text sind gleichrangig ▪ Altersempfehlung
1c	**Text/Sprache** ▪ Erzählperspektive: 1. oder 3.Person ▪ Erzählstil: neutral, bewertend, beschreibend ▪ Textgattung: Lyrik, Erzählung
1d	**Bild/Illustration** ▪ Gattung: Zeichnung, Malerei, Fotografie, Comic ▪ Farben: Art, Anordnung, Dominanz ▪ Stil: realistisch, karikierend, abstrakt, detailliert ▪ monoszenisches Einzelbild: markanter Augenblick der Erzählung wird dargestellt ▪ Simultanbild: mehrere handlungsbezogene Elemente werden dargestellt ▪ Übereinstimmung von Bild und Text
1e	**Inhalt/Aufbau** ▪ Zusammenfassung des Inhalts ▪ Gesamthandlung: Fortschreibung der Handlung ▪ Schauplätze der Handlung: Ort, Milieu ▪ Ablauf: linear, chronologisch
1f	**Botschaft** ▪ mögliche vermittelte Botschaften ▪ Identifikationsmöglichkeit mit den Buchfiguren

Tabelle 12: Darstellung der ProtagonistInnen

HK 2	Darstellung der ProtagonistInnen
UK 2a	**Figurengestaltung** ▪ Die Figurengestaltung bezieht sich auf die Haupt – und Nebenfiguren ▪ Nebenfiguren werden nur dann erwähnt, wenn sie Einfluss auf die Hauptfiguren haben
2b	**Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung** ▪ Zur Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung werden die äußere Erscheinungsform und die ihr zugeschriebenen Eigenschaften zusammengefasst
2c	**Charakteristik der kindlichen Figur** ▪ Zur Charakteristik der kindlichen Figur werden die äußere Erscheinungsform und ihr die zugeschriebenen Eigenschaften zusammengefasst

2d	**Charakteristik der Nebenfiguren** ▪ Zur Charakteristik der Nebenfiguren werden die äußere Erscheinungsform und die ihnen zugeschriebenen Eigenschaften zusammengefasst
2e	**Interaktionen der Hauptfiguren** ▪ Alle Tätigkeiten, die die Hauptfiguren gemeinsam in der Vergangenheit erleben und in der Gegenwart ausführen

Tabelle 13: Krankheit

HK 3	**Krankheit**
UK 3a	**Thematisierung der Krankheit** ▪ Das Ansprechen der Krankheit Demenz/Alzheimer und damit verbundene Erklärungen
3b	**Aspekte der Krankheit** ▪ Merkmale der Krankheit: Symptome, Verhaltensweisen ▪ Folgen
3c	**Bewältigung** ▪ Strategien und Maßnahmen, die zur Bewältigung der Krankheitssituation eingesetzt werden

9 Darstellung der Ergebnisse

Dieses Kapitel stellt eine Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse dar. Wie bereits beschrieben, wurden fünf Bilderbücher, die die Krankheit Demenz in unterschiedlicher Weise thematisieren, zur Betrachtung herangezogen. Jedes Buch wird nachfolgend systematisch und in übersichtlicher Form anhand der entwickelten Haupt- und Unterkategorien beschrieben, die bereits unter Punkt 8.7 näher erläutert wurden.

9.1 Herbst im Kopf

Tabelle 14: Kriterien zum Bilderbuch

1 Formale Kriterien zum Bilderbuch	
1a Bibliografie	- *Autorin*: Dagmar H. Müller - *Illustratorin*: Verena Ballhaus - *Verlag*: Anette Betz Verlag im Verlag Carl Ueberreiter - *Erscheinungsort*: Wien-München - *Erscheinungsjahr*: 2006
1b Gattung	- Dieses Bilderbuch zählt zur *problemorientierten Gattung* der Kinderliteratur. - Es kann in die Kategorie der *realistischen Bilderbücher* eingeordnet werden. - Die Lektüre weist *sachlich richtige Inhalte* auf. - Bild und Text sind auf *gleicher Ebene*, beziehungsweise *gleichrangig* und bilden eine *Einheit*. - Die Schrift ist auf eigene Seiten gesetzt. - Illustration und Text nehmen *aufeinander Bezug* und sind *abwechselnd* angeordnet. - Es kann Kindern ab dem *sechsten Lebensjahr* näher gebracht werden.
1c Text/Sprache	- Die Geschichte wird aus der *Ich-Perspektive* der Enkelin Paula erzählt. - Der Erzählstil ist *beschreibend*. - Die Textgattung kann der *Erzählung* zugeordnet werden.
1d Bild/Illustration	- Die Technik der Illustration erinnert an *Zeichnungen*, die in vorwiegend *zarten, gedämpften Farben* gehalten sind. - Die Bilder sind wie der Text auf einen weißen Hintergrund gesetzt, wobei manche *Gegenstände* oder *Figuren* aus dem *Rahmen* des Bildes treten. Vorwiegend *realistische, detaillierte Szenenbilder* stellen *markante* Augenblicke der Erzählung dar. Einzelne, handlungsbezogene Bildelemente werden verteilt auf die Textseiten übernommen. - *Illustration und Text* sind *abwechselnd* angeordnet und stimmen zum größten Teil überein.

1e Inhalt/Aufbau	- Das *Mädchen Paula* erzählt vom gemeinsamen Alltag mit seiner *Großmutter Anni*, die an *Alzheimer* erkrankt ist sowie von den *Veränderungen*, die diese Krankheit mit sich bringt. - Der Schauplatz der Handlung befindet sich im *Elternhaus* von Paula. - Die Handlung verläuft *linear*.
1f Botschaft	- Dieses Buch gibt *Informationen* über die *Krankheit Alzheimer*. *Text und Illustration* vermitteln, dass es mit der dementen Person und den damit verbundenen krankheitsbedingten Veränderungen im familiären Umfeld zu *Konflikten* kommen kann. - Bei den erkrankten Personen sind *Fähigkeiten* vorhanden, die *trotz kognitiver Einschränkungen* intakt sind und von den verschiedenen Generationen innerhalb der Familie *wertgeschätzt* werden. - Eine weitere *Botschaft* liegt darin, dass die betroffenen Menschen an unserer Welt *Anteil nehmen* sollen, auch wenn sie überwiegend in ihrer Vergangenheit leben. In dieser Erzählung ist die erkrankte Person *im familiären Gefüge* eingebunden. - *Außerfamiliäre Kontakte* gibt es durch die Freundin von Paula. - *Identifikationsmöglichkeiten* mit den Buchfiguren sind *ausreichend* gegeben.

Tabelle 15: ProtagonistInnen

2 Darstellung der ProtagonistInnen	
2a Figuren-gestaltung	- Handlungsträger der Geschichte sind das Mädchen *Paula* und ihre *Oma Anni*. - *Paulas Mutter* und *Sinja*, Paulas Freundin, sind *Nebenfiguren*, die in wenigen Szenen präsent sind.
2b Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung	- Oma Anni wird als *typische liebenswerte Oma* mit grauen Haaren, blauem Rock und karierter Bluse gezeigt. - Ihre Körperhaltung ist *geneigt* und ihr Gesichtsausdruck vermittelt einen *gedankenverlorenen*, aber auch *zufriedenen* Eindruck. - Sie bringt ihrer *Enkelin* Paula *große Zuneigung* entgegen.
2c Charakteristik der kindlichen Figur	- *Paula* wird mit zwei geflochtenen Zöpfen und einem gelben Kleid abgebildet. - Ihre Mimik ist *freundlich, fröhlich* und *interessiert*. Ihre Körperhaltung ist *offen* und zeigt *Aktivität*. - Sie ist *hilfsbereit, mitfühlend* und *unterstützt* ihre *geliebte* Großmutter.
2d Charakteristik der Nebenfiguren	- *Paulas Mama* ist mit einer roten Bluse und einem gestreiften Rock bekleidet. - Durch ihre *offene* Körperhaltung und einen *freundlichen* Gesichtsausdruck wird sie als *liebenswürdige* Person dargestellt. - Zu ihren *Charaktereigenschaften* zählen *Hilfsbereitschaft, Verständnis* und *Kreativität.* - *Sinja* trägt ein rotes Kleid mit weißen Tupfen. Ihre Haare sind blond und gelockt.

	- Durch ihre Körperhaltung vermittelt sie *zurückhaltende Neugierde*.
2e Interaktionen der Hauptfiguren	- Zu den gemeinsamen Aktivitäten zählen *Bilderbücher ansehen* und *Erzählungen.*

Tabelle 16: Krankheit

3 Krankheit	
3a Thematisierung der Krankheit	- In diesem Bilderbuch erfolgt eine *direkte* Benennung der Krankheit. Es wird auf den Arzt Alois *Alzheimer* Bezug genommen, der diese Krankheit erforscht hat. Die damit *verbundenen Erklärungen* sind *wirklichkeitsnah* und *altersgemäß* beschrieben.
3b Aspekte der Krankheit	- Typische *Symptome* wie *Vergessen Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit* werden dargestellt und benannt. Verschobene Perspektiven und schwebende Personen verdeutlichen die *Ängste, Isoliertheit, Trauer, Wut*, und *Verzweiflung* der Erkrankten. - Es wird erklärt, dass die Krankheit *nicht heilbar* ist.
3c Bewältigung	- Die Krankheit wird *nicht tabuisiert*, sondern *offen* von allen Beteiligten kommuniziert. Die *Familienmitglieder unterstützen* ihre erkrankte Großmutter in entsprechender Weise. Sie bringen ihr *Zuneigung* entgegen, begegnen ihr mit *Verständnis* und *beziehen* sie in das *Alltagsleben mit ein.* - Mutter und Tochter gestalten gemeinsam einen Lebensbaum, dem die *Erinnerungen von Oma Anni* in Form von Blättern anhaften. Die Krankheit Alzheimer wird als „*Herbst im Kopf*" bezeichnet. Sie bewirkt, dass die Erinnerungen wie Blätter von ihrem *Lebensbaum abfallen*. Diese *altersentsprechenden Erklärungen* helfen Paula, die *Erkrankung* ihrer Großmutter zu *verstehen.*

Bereits im Titel des Bilderbuchs *„Herbst im Kopf"* wird die Krankheit Alzheimer mittels einer Metapher angesprochen. Typische Figuren agieren in einem übersichtlichen Rahmen, wobei nicht auf fantasievolle Bilder, gedämpfte Farben und ungewöhnliche Perspektiven verzichtet wird.

Paula erzählt aus der Ich-Perspektive den Alltag mit ihrer Großmutter, die an Alzheimer erkrankt ist. Symptome wie Vergessen, Orientierungslosigkeit und Verwirrtheit fordern Unterstützung vom familiären Umfeld. Der Vergleich der Krankheit mit einem „Herbst im Kopf", der die Erinnerungen aus Oma Annis Gedächtnis fegt, hilft Paula, die Krankheit zu verstehen.

9.2 Anna Maria Sofia und der kleine Wim

Tabelle 17 Kriterien zum Bilderbuch

1 Formale Kriterien zum Bilderbuch	
1a Bibliografie	- *Autor*: Edward Van de Wendel - *Illustratorin*: Ingrid Godon - *Verlag*: Carlsen Verlag - *Erscheinungsort*: Hamburg - *Erscheinungsjahr*: 2006 - *Übersetzung*: Erdorf Rolf (aus dem Niederländischen)
1b Gattung	- Dieses *problemorientierte* Bilderbuch zählt zur *realistischen* Kinderliteratur. - Der Inhalt ist *sachlich richtig* dargestellt. - Bild und Text stellen eine *Einhei*t dar, wobei die Textpassagen *direkt* in das Bild gesetzt werden. - Das Buch ist für Kinder ab *vier Jahren* geeignet.
1c Text/Sprache	- Bei „Anna Maria Sofia und der kleine Wim“ wird die Geschichte aus der Perspektive einer *dritten Person* geschildert. - Der Erzählstil kann als *neutral* bezeichnet werden. - Die Textgattung fällt in die Kategorie der *Erzählung.*
1d Bild/Illustration	- Die Technik dieses Buches kann der *Malerei* zugeordnet werden, obwohl die *starken Konturen* der Figuren und Gegenstände an die Art des Holzschnittes erinnern. - Die vollflächigen Illustrationen in *gedeckten Pastellfarben* zeigen *klare* Bilder, die vorwiegend doppelseitig gestaltet sind. Sie sind *deutlich* strukturiert und verzichten auf störende Details. - *Sparsam* gestaltete *Abbildungen* stehen *in Bezug* zu den Textbeigaben und stellen eine *Momentaufnahme* des Geschehens dar. - Die einzelnen Textpassagen erklären die Bildszene erst auf der *folgenden* Seite.
1e Inhalt/Aufbau	- Anna Maria Sofia ist eine *demenzkranke* alte *Frau*. Der kleine Wim *begleitet* sie täglich mit seinem roten Kettcar auf den *gemeinsamen* Spaziergängen. Dabei *erzählt er* Anna Maria Sofia Geschichten aus *ihrem* Leben. - Der Schauplatz erstreckt sich auf die *nahe Umgebung* der alten Frau und zuletzt auf das *Haus* von Anna Maria Sofia und ihrem *Mann Henk*. Die Texte beinhalten *Rückblenden* aus dem Leben der Protagonistin. - Der Handlungsverlauf dieser Erzählung ist *linear.*
1f Botschaft	- In diesem Buch werden die *Rollen* von Erwachsenem und Kind *umgekehrt*. *Das Kind* erzählt anhand der ausgesprochenen Ein-Wort-Assoziationen von Anna Maria Sofia ihre Lebensgeschichte. - Der Inhalt des Buches vermittelt die *Problemati*k der *Alzheimererkrankung* unter einer generationsübergreifenden Betrachtung. Beeindruckend wird die *Freundschaft* zwischen den Generationen thematisiert. Das Kind zeigt dabei einen unkomplizierten, unbelasteten, jedoch *kompetenten Umgang* mit der erkrankten Frau.

	- Die betroffene Person pflegt neben der *familiären Beziehung außerhäusliche Freundschaft* mit einem kleinen Jungen. - *Identifikationsmöglichkeiten* mit den agierenden Personen sind in *hohem Maße* gegeben.

Tabelle 18: ProtagonistInnen

2 Darstellung der ProtagonistInnen	
2a Figuren-gestaltung	- *Anna Maria Sofia* und *Wim* sind die Handlungsträger der Geschichte. - *Henk*, Anna Maria Sofias Mann ist am Schluss der Erzählung in vier Szenen präsent.
2b Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung	- Die Protagonistin *Anna Maria Sofia* ist eine *große, alte Frau,* die ein altmodisches Kleid trägt und stets eine Handtasche in ihrer Hand hält. - Durch die *leicht gebeugte* Haltung und den meist *ratlosen* Gesichtsausdruck entsteht der Eindruck einer *orientierungslosen* Frau. - Sie *summt* gerne eine Melodie.
2c Charakteristik der kindlichen Figur	- Der *kleine Wim* ist mit roter Hose und weißem Shirt bekleidet. - Seine Mimik zeigt *freundliche, anteilnehmende* Züge. Die Körperhaltung ist *aufrecht* und vermittelt *Interesse* und *Selbstbewusstsein.* - *Einfühlsam* begleitet er die demenzkranke Frau auf ihrem Spaziergang.
2d Charakteristik der Nebenfiguren	- *Henk,* Anna Maria Sofias Mann trägt eine braune Hose, ein grünes Hemd sowie ein braunes, ärmelloses Oberteil. - Er wird mit einem *freundlichen* Gesichtsausdruck dargestellt, während er seine Frau *liebevoll* umarmt.
2e Interaktionen der Hauptfiguren	- Täglich *begleitet* Wim Anna Maria Sofia auf ihrem Spaziergang. Währenddessen *hilft* Wim Anna, sich an Ereignisse von früher zu erinnern.

Tabelle 19: Krankheit

3 Krankheit	
3a Thematisierung der Krankheit	- In dieser Bilderbuchgeschichte wird die Krankheit Demenz *nicht* direkt angesprochen. Es erfolgen auch *keine* Erklärungen zum Krankheitsbild der Protagonistin. *Indirekt* wird jedoch die Erkrankung sehr *sensibel* durch das *Agieren aller Figuren* verdeutlicht.
3b Aspekte der Krankheit	- Die charakteristischen Krankheitsmerkmale wie der *Bewegungsdrang*, die *Orientierungslosigkeit* und das *Vergessen* werden dargestellt. Das *Verhalten* der Demenz-kranken in ihrer *eigenen Welt* kommt klar zum Ausdruck.
3c Bewältigung	- Über die Krankheit Demenz wird *nicht* kommuniziert. Dennoch ist erkennbar, dass die Betroffene *angemessene Unterstützung* durch ihren Partner sowie den kleinen, kompetenten *Buben* erfährt. Wim bekommt von Henk die Lebensgeschichte von Anna Maria Sofia erzählt. Beide *begleiten* Anna Maria Sofia durch den Alltag.

	- Die gemeinsamen Spaziergänge der beiden HauptprotagonistInnen bewirken eine *Entlastung* für den sorgenden Partner. Es wird verdeutlicht, wie wichtig *Rituale, Erinnerungen* und *Fürsorge* für die Erkrankte sind.

Obwohl die Krankheit Demenz im Bilderbuch *„Anna Maria Sofia und der kleine Wim“* im Text nicht angesprochen wird, erfolgt auf der Bildebene durch das Agieren der ProtagonistInnen eine sensible Darstellung. Die vorgestellten Personen werden in begrenzten, klaren und stilvollen Zeichnungen charakterisiert. Der kleine Wim begleitet seine Freundin Anna Maria Sofia auf ihrem täglichen Spaziergang, dabei erzählt er ihr Geschichten aus ihrem Leben. Diese Rituale helfen den Betroffenen bei der Bewältigung der Krankheitssituation.

9.3 Opa ist Opa

Tabelle:20: Kriterien zum Bilderbuch

1 Formale Kriterien zum Bilderbuch	
1a Bibliografie	- *Autorin*: Lilli Messina - *Illustratorin*: Lilli Messina - *Verlag*: Kinderbuchverlag Wolf - *Erscheinungsort*: Bad Soden - *Erscheinungsjahr*: 2005
1b Gattung	- Hier liegt ein *problemorientiertes* Bilderbuch vor. - Die Abbildungen sind *realistisch* dargestellt. - Der Inhalt der Erzählung ist *schlüssig* und *sachlich* aufgebaut. - Es ist ein Bilderbuch mit *knappen*, und *prägnanten* Textbeigaben, in dem die Bilder und Texte in *Beziehung* stehen. - Die Textteile sind in *unterschiedlichen* Anordnungen in das jeweilige Bild eingefügt. - Geeignet ist das Buch für Kinder ab *vier Jahren*.
1c Text/Sprache	- Pepe erzählt aus der *Ich-Perspektive* die Handlung. - Die Erzählform ist *beschreibend*. - Die Textgattung kann als *Erzählung* bezeichnet werden.
1d Bild/Illustration	- Die Gattung der Illustrationen fällt in die Art des *Comics*. Im Gegensatz dazu sind einzelne Bildausschnitte, die Fotos aus einem Album zeigen, im Stil des *Fotorealismus* gestaltet. - Die Bilder sind in *kräftigen*, vorwiegend grünen, roten und braunen *Farbtönen* gehalten. Vollflächige Bildgestaltungen erstrecken sich vorwiegend über zwei Seiten. Die Gestaltung der Abbildungen kann einer *karikierenden* Malweise zugeordnet werden.

	- Die Figuren sind mit großen Augen und eigenartigen Perspektiven gezeichnet. - Es wird je *ein* handlungsbezogenes Element in einer Szene dargestellt. - Bild und Text laufen *parallel* und *stimmen überein*.
1e Inhalt/Aufbau	- Pepe ist ein *Kleinkind*. Sein *Großvater* muss, so wie er, versorgt werden. Daraus schließt Pepe, dass auch Opa ein Baby ist. - Der Schauplatz der Handlung bezieht sich auf den gemeinsamen *Haushalt* von Pepe, seiner Mutter und seinem Großvater. - Die Buchtexte beinhalten *Rückblenden* aus Opas Leben. - Das Geschehen der Erzählung verläuft *linear*.
1f Botschaft	- Das Buch vermittelt Einsicht in das *menschliche Altern* und die damit *verbundenen Einschränkungen.* Der Handlungsverlauf gibt zu verstehen, dass es dabei zu *Konflikten* kommen kann. - Einen wichtigen Aspekt für alte, desorientierte Menschen stellt das Ansprechen *früherer Ereignisse*, beziehungsweise das *Erinnern* dar. Dabei kommt zum Ausdruck, dass der alte Mann nicht nur als Erkrankter mit seinen *Defiziten* zu sehen ist, sondern dass er ein Mensch mit eine langen *Lebensgeschichte* ist. - Die erkrankte Person lebt in dieser Erzählung in einem *familiären Gefüge*, *außerhäusliche* Kontakte werden von den Familienmitgliedern keine gepflegt. - Eine weitere *Botschaft* des Buches ist, dass die von der Mutter geleistete *Pflege* und *Versorgungsarbeit* für beide Generationen belastend sein kann. - Das Buch vermittelt eine *tiefe Verbundenheit* der Generationen. - Identifikationsmöglichkeiten mit den Buchfiguren sind *ausreichend* gegeben.

Tabelle 21: ProtagonistInnen

2 Darstellung der ProtagonistInnen	
2a Figuren-gestaltung	- *Pepe*, seine *Mama* und sein *Großvater* sind die Figuren in dieser Geschichte.
2b Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung	- *Pepes Opa* wird als charakteristischer *alter, gebrechlicher* Mann ohne Haare, mit großer Brille und wenigen Zähnen dargestellt. Seine graue Hose wird von roten Hosenträgern gehalten. An den Füßen trägt er große Pantoffeln. - *Gebückt* bewegt er sich *ungeschickt* mit einer Gehhilfe fort. - Der Gesichtsausdruck ist vorwiegend *abwesend*. - Er wird in der gesamten Handlung *ohne verbale* Kommunikation gezeichnet.
2c Charakteristik der kindlichen Figur	- *Pepe* wird mit großen Augen, wenig Haaren und Zähnen und einem Roller abgebildet. Er trägt zu seinem blaugestreiften Pullover eine dunkle Hose. - Die *aufrechte* Körperhaltung vermittelt *Neugierde* und *Interesse* am Geschehen. - *Aufmerksam* nimmt er Opas Erscheinungsbild und dessen Aktivitäten wahr und stellt *Vergleiche* mit sich selbst an.

2d Charakteristik der Nebenfiguren	- Die *Mutter* von Pepe wird als *moderne, freundliche* Frau mit blonden Haaren, lackierten Nägeln und geschminktem Mund gezeichnet. - Ihr Gesichtsausdruck ist je nach Situation *abwechselnd freundlich, müde, traurig nachdenklich* und *bestürzt*. - Ihre Körperhaltung ist dazu *situationsentsprechend* dargestellt.
2e Interaktionen der Hauptfiguren	- Opa und Pepe *schlafen* gemeinsam im Ohrensessel.

Tabelle 22: Krankheit

3 Krankheit	
3a Thematisierung der Krankheit	- Die Krankheit Demenz oder Alzheimer wird in diesem Buch *nicht* direkt angesprochen. *Indirekt* wird sie bildnerisch durch das Agieren und Verhalten der männlichen Hauptpersonen angedeutet. Es werden *keine* Erklärungen zum Krankheitsbild gegeben.
3b Aspekte der Krankheit	- Mimik, Gestik und Verhalten des Großvaters veranschaulichen krankheitstypische Aspekte wie *Orientierungslosigkeit, Hilfebedarf, eingeschränkte Mobilität* und *Vergesslichkeit*.
3c Bewältigung	- Die Krankheit wird in diesem Buch *nicht* thematisiert. Die Illustrationen vermitteln, wie der erkrankte Großvater von seiner Tochter *betreut* und *versorgt* wird. Die Familienangehörigen bringen dem Großvater *große Zuneigung* entgegen. - *Verständnisvoll* erklärt die Mutter ihrem Kind, dass sein kranker Opa ein Mann mit einer *langen Lebensgeschichte* ist. Sie spricht *gemeinsam* mit ihrem Sohn und ihrem Vater frühere Ereignisse aus dem Leben des Erkrankten an. Bei diesen biografischen Handlungen zeigt die Mimik des Großvaters, dass er sich *erinnert* und ihm vergangene Ereignisse *vertraut* sind.

Dieses Buch setzt sich mit der Pflege alter Menschen auseinander. Erst auf den zweiten Blick ist erkennbar, dass das Thema Demenz eine Rolle spielt. Die Hauptfiguren der Lektüre *„Opa ist Opa“* werden sehr typisch positioniert. Trotz karikierender Bildgestaltung vermittelt dieses Bilderbuch auf unkonventionelle Weise das Problem des Älterwerdens und der damit verbundenen Krankheit. Pepe erzählt von seinem alten Großvater, der so wie er, versorgt werden muss. Zuneigung und Verständnis, die die Familienmitglieder dem Angehörigen entgegenbringen, werden als Bewältigungsmaßnahmen ein gesetzt.

9.4 Omas Apfelkuchen

Tabelle 23: Kriterien zum Bilderbuch

1 Formale Kriterien zum Bilderbuch	
1a Bibliografie	- *Autorin:* Laura Langston - *Illustration:* Lindsey Gardiner - *Verlag:* Friedrich Wittig Verlag - *Erscheinungsort:* Kiel - *Erscheinungsjahr:* 2004 - *Übersetzung:* Mibus Daniela (aus dem Englischen)
1b Gattung	- Omas Apfelkuchen ist ein *problemorientiertes* Bilderbuch. - Es zählt zur *realistischen* Kinderliteratur. - Bildliche Darstellungen sowie der Aufbau des Textes sind *sachlich richtig*. - Das Bild- und Textverhältnis ist ausgewogen und steht in *Beziehung*. Der ausführliche Text ist an unterschiedlichen Stellen in das Bild gesetzt. - Dieses Bilderbuch wird für Kinder ab *fünf Jahren* empfohlen.
1c Text/Sprache	- Die Erzählung erfolgt aus der *Ich-Perspektive* des Kindes. - Der Erzählstil kann als *beschreibend* definiert werden. - Die Textgattung nimmt die Form einer *Erzählung* ein.
1d Bild/Illustration	- Die Art der Illustration ist in einem *malerischen* Stil gehalten, wobei Figuren und Gegenstände mit *zarter, schwarzer Kontur* eingerahmt sind. - Stellenweise wirken Gegenstände in einzelnen Bildern, als ob die Illustratorin mit einer *Collagetechnik* gearbeitet hätte. - *Kräftige, bunte Farben* dominieren die Illustrationen in diesem Buch. Meist doppelseitige, *realistische* und *detaillierte* Bilder füllen vollflächig die Seiten aus. Durch die *dichte* Bildgestaltung wirken die Illustrationen stellenweise überladen. - Die Darstellung der Figuren gestaltet sich nach dem *Kindchenschema* und wirkt dadurch zu *überzeichnet*. - Bild und Text sind parallel und stimmen vorwiegend *überein*.
1e Inhalt/Aufbau	- *Gretas Oma* wohnt nun bei ihrer Familie, da sie an Alzheimer erkrankt ist. *Greta* erzählt vom Zusammenleben mit ihrer geliebten Großmutter. - Das Geschehen erstreckt sich auf das *Haus*, den *Garten* und die *nähere Umgebung*. - Der Handlungsverlauf ist *dicht* und zügig. - Die Handlung erfolgt *linear*.
1f Botschaft	- Das Buch gibt Informationen über das *Verhalten demenzkranker* Personen und den damit verbundenen *Unterstützungsbedarf*. Es vermittelt, dass es durch die Krankheit zu *Veränderungen* im familiären Zusammenleben kommen kann. - Die erkrankte Person ist in das *familiäre Gefüge* integriert. Die Großmutter besitzt *Fähigkeiten*, die trotz kognitiver Einschränkungen intakt sind und von den verschiedenen

	Generationen innerhalb der Familie in *Anspruch* genommen und *wertgeschätzt* werden. - Das Buch gibt Auskunft darüber, dass eine *Auszeit* von der *Betreuung* pflegebedürftiger Menschen notwendig ist. - Eine weitere *Botschaft* ist darin zu sehen, dass *Kinder* in bestimmten Situationen eine *ambivalente* Haltung gegenüber dem erkrankten Großelternteil einnehmen können. - Identifikationsmöglichkeiten *sind* in diesem Buch *gegeben*.

Tabelle 24: ProtagonistInnen

2 Darstellung der ProtagonistInnen	
2a Figuren-gestaltung	- Die Hauptfiguren der Geschichte sind *Greta* und ihre *Großmutter*. - In je einer Szene sind die Nebenfiguren, Gretas *Mutter* und *Vater*, präsent.
2b Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung	- *Gretas Großmutter* hat weiße Haare, ist jedoch modern und bunt gekleidet. Ihr Kennzeichen sind Turnschuhe mit gelben Schuhbändern. - Ihre Körperhaltung ist *offen* und zeigt *Aktivität*. - Der Gesichtsausdruck drückt *Freundlichkeit*, aber auch *Abwesenheit* aus. Zu Beginn der Geschichte wird beschrieben, dass Gretas Oma gerne laut *lacht*.
2c Charakteristik der kindlichen Figur	- *Greta* wird mit zwei braunen, geflochtenen Zöpfen, Sommersprossen und bunter Kleidung gezeichnet. - Ihre Mimik wechselt je nach Situationen von *fröhlich, fragend, erstaunt* und *traurig* bis *wütend*. - Die Körperhaltung wird ebenfalls der jeweiligen Situation *entsprechend* dargestellt. - Sie wird als *hilfsbereites* Mädchen charakterisiert, das ihre Oma *liebt* und *unterstützt*.
2d Charakteristik der Nebenfiguren	- Gretas *Mutter* ist mit einer blauen Hose und einem bunten Pullover bekleidet. Dunkelbraune Haare umrahmen ihr *freundliches, offenes* Gesicht. - Sie *tröstet* Greta wegen des krankheitsbedingten Verhaltens ihrer Großmutter. - Gretas *Vater* hat kurze, braune Haare, trägt eine Brille und wird mit Bartstoppeln dargestellt. - Seine Mimik wirkt *offen* und *anteilnehmend*.
2e Interaktionen der Hauptfiguren	- Zu den Interaktionen der Hauptfiguren zählen *Bilderbücher* lesen, *Spielen* im Freien, *Äpfel pflücken* und gemeinsames *Kuchen backen*. - Greta überreicht der Großmutter deren Lieblingsblumen. - Die Großmutter nimmt *Anteil* an Gretas Klavierspiel.

Tabelle 25: Krankheit

3 Krankheit	
3a Thematisierung der Krankheit	- In diesem Bilderbuch wird die Krankheit Demenz oder Alzheimer *nicht direkt* benannt. Die damit verbundenen einfachen *Erklärungen* der Eltern beschränken sich auf die *Gedächtnisstörungen*, die diese Krankheit mit sich bringt.
3b Aspekte der Krankheit	- Aspekte der Krankheit wie *Gedächtnisstörungen* und *Orientierungslosigkeit* werden vorwiegend aus der Perspektive des Kindes geschildert. Das *impulsive Schaukeln* der Großmutter im Schaukelstuhl charakterisiert die *Unruhe* und den *Bewegungsdrang* der Erkrankten. Das Symptom der *Ängstlichkeit* wird in einer Szene angedeutet. - Es wird erklärt, dass die Krankheit das Gedächtnis zum *Verschwinden* bringt.
3c Bewältigung	- Die Krankheit wird innerhalb der Familie *thematisiert*. Greta *unterstützt* ihre erkrankte Großmutter bei ihren *gemeinsamen* Aktivitäten. - In kritischen Situationen übernimmt die *Mutter* die *Vermittlerfunktion* zwischen Greta und ihrer Großmutter. - Als Bewältigungsmaßnahme kann eine *Auszeit* von der Betreuung pflegebedürftiger Menschen gesehen werden. - In dieser Erzählung kommt zum Ausdruck, dass das *Kind* selbst eine *Lösung* findet, indem es seiner Großmutter hilft, sich zu *erinnern*.

Die Krankheit Demenz oder Alzheimer wird im Bilderbuch *„Omas Apfelkuchen“* nicht benannt. Das Hauptaugenmerk des gesamten Buches richtet sich auf eine sehr detaillierte, farbenreiche und am Kindchenschema orientierte Figurengestaltung, die eine Fülle von Informationen transportiert. Die Großmutter wohnt jetzt bei Gretas Familie, da sie an Alzheimer erkrankt ist. Aspekte der Krankheit wie Gedächtnisstörungen, Orientierungslosigkeit, Unruhe und Bewegungsdrang werden vorwiegend aus der Perspektive des Kindes geschildert. Erwachsene nehmen die Vermittlerrolle zwischen dem Kind und der erkrankten Großmutter ein. Greta selbst findet eine Bewältigungsmaßnahme, indem sie ihrer Großmutter hilft, sich zu erinnern.

9.5 Meine Oma hat Alzheimer

Tabelle 26: Kriterien zum Bilderbuch

1 Formale Kriterien zum Bilderbuch	
1a Bibliografie	- *Autorin:* Véronique Van den Abeele - *Illustratorin:* Claude K. Dubois - *Verlag:* Brunnen Verlag - *Erscheinungsort:* Gießen - *Erscheinungsjahr:* 2006 - *Übersetzung:* Fröse-Schreer Irmtraud (aus dem Belgischen)
1b Gattung	- Dieses *problemorientierte* Bilderbuch kann zur *realistischen* Gattung gezählt werden. - Es enthält auf Text und Illustration bezogen *sachlich richtige* Darstellungen. - Bild und Text laufen *parallel*, zum Teil erzählt der Text mehr als die Illustrationen. - Die Schrift ist pro Seite abwechselnd in das Bild oder unter das Bild gesetzt. - Diese Lektüre ist für Kinder ab *fünf Jahren* geeignet.
1c Text/Sprache	- In diesem Buch erzählt Paula die Geschichte aus der *Ich-Perspektive.* - Der Erzählstil kann als *beschreibend* bezeichnet werden. - Die Textgattung fällt in die Kategorie der *Erzählung.*
1d Bild/Illustration	- Die Art der Illustrationen kann einem *malerischen* Stil zugeordnet werden. Die Gegenstände und die Figuren sind mit *dunklen Konturen* umrandet. - Der Hintergrund um die Darstellungen ist mit weißer und gelber Farbe in *Wischtechnik* strukturiert. - Die Illustrationen sind in *pastellfarbenen* Brauntönen gehalten.
1e Inhalt/Aufbau	- *Paula* sorgt sich um ihre *Oma*, da diese in letzter Zeit *merkwürdig* geworden ist. Der Arzt diagnostiziert eine *Alzheimererkrankung* und Paulas Oma kommt in ein Heim. - Der Schauplatz der Handlung verlagert sich vom *Haus* der Großmutter in ein *Pflegeheim*. - Der erste Teil des Bilderbuchs veranschaulicht in *Rückblenden* die vergangenen gemeinsamen Erlebnisse der beiden Protagonistinnen. Im *weiteren Verlauf* werden die *Erkrankung* und das Leben im *Heim* thematisiert. - Die Handlung verläuft *linear*, aber mit einem *zeitlichen Sprung.*
1f Botschaft	- Dieses Buch versucht, *Kindern Verhaltensweisen* von demenzerkrankten Personen zu *vermitteln* und dass es beim Umgang mit alten und schwer kranken Menschen auf *Zuwendung* und *Fürsorge* ankommt. - Die erkrankte Person ist in dieser Handlung in kein *familiäres* Umfeld eingebunden. Die *Botschaft,* dass das Kind allein die Rolle der Hauptbezugsperson übernimmt, ist *nicht nachzuvollziehen*. - Der erste Teil der Erzählung beinhaltet einen *Rückblick* auf die *gemeinsamen Erlebnisse* und Tätigkeiten von Paula und ihrer gesunden Großmutter. Der *Krankheitsverlauf* erfolgt

	sprunghaft und die Protagonistin befindet sich *unerwarte*t in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit. - Die erkrankte Person wird auf ihre *Defizite* und *Passivität* reduziert. - Da in dieser Erzählung ein familiärer Hintergrund keine Rolle spielt, erfolgt die Pflege und Versorgung *in* einer Institution. - *Aktive* Handlungen erfolgen nur seitens des *Kindes*. - Identifikationsmöglichkeiten mit den Buchfiguren sind *wenig* gegeben.

Tabelle 27: ProtagonistInnen

2 Darstellung der ProtagonistInnen	
2a Figuren-gestaltung	- Die Hauptrollen in diesem Bilderbuch spielen *Paula* und ihre *Großmutter*. - Die *Mutter* des Mädchens ist nur in einer Szene präsent.
2b Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung	- In der Rückblende wird *Paulas Oma* als *liebenswerte* und *aktive* Oma mit weißen Haaren, moderner Kleidung und Ohrringen gezeigt. - Ihre Mimik ist *freundlich* und *heiter*. - Ihre Körperhaltung und ihre Gesten lassen auf *Aktivität* schließen. - Als erkrankte Person trägt sie eine rote Hose, ein weißes Oberteil und Hausschuhe. Die Ohrringe fehlen auf diesen Darstellungen. - Ihr Gesichtsausdruck ist *desinteressiert* und *traurig*, ihre Körperhaltung *schlaff* und *passiv*. - In diesem Teil des Handlungsverlaufs zeigt sie *keine verbale* Kommunikation mehr. - Sie wird entweder in einem Krankensessel oder in einem Rollstuhl dargestellt.
2c Charakteristik der kindlichen Figur	- *Paula* hat kurze, helle Haare und wird mit unterschiedlicher Kleidung dargestellt. Meist trägt sie eine Hose und bunte Oberteile. - Ihre Mimik wechselt von *interessiert, freudig, ernst* bis *besorgt*. - Ihre Körperhaltung zeigt *Aktivität* und *Interesse*. - Sie *liebt* ihre Oma und ist über deren Veränderung *traurig*.
2d Charakteristik der Nebenfiguren	- Die *Mutter* hat halblange, helle Haare und ist mit einem grauen Mantel bekleidet. - Ihr Gesichtsausdruck ist *ernst*.
2e Interaktionen der Hauptfiguren	- In der Rückblende werden *gemeinsame* Tätigkeiten wie *Einkaufen, Spazieren* gehen, *Fotos* betrachten, *Kochen*, *Erzählen*, *Singen* und unterhaltende *Spiele* beschrieben. - Im *aktuellen* Geschehen übernimmt *Paula die aktive* Rolle. Sie *besucht* ihre Großmutter im Heim. Sie *fährt* sie mit dem Rollstuhl spazieren und *erzählt* ihr Geschichten.

Tabelle 28: Krankheit

3 Krankheit	
3a Thematisierung der Krankheit	- Die Krankheit Alzheimer wird in diesem Buch nur in *einer* Szene vom Arzt *flüchtig* angesprochen. Weitere Erklärungen erfolgen *nicht*.
3b Aspekte der Krankheit	- Symptome der Krankheit wie *Verwirrtheit, Vergesslichkeit, Orientierungslosigkeit, Sprachstörungen und Traurigkeit* werden benannt und bildlich dargestellt.
3c Bewältigung	- Die Krankheit wird nicht *näher* thematisiert. Die kranke Person befindet sich in einem *Pflegeheim*, wo sie entsprechend betreut und versorgt wird. - Paula *bewältigt* ihre Traurigkeit über die Veränderungen ihrer Großmutter und den Verlust ihrer gemeinsamen Tätigkeiten, indem sie nun ihre Großmutter im Heim *besucht* und an die Erlebnisse von *früher* anschließt.

Die Krankheit Alzheimer wird namentlich im Buchtitel erwähnt, im Verlauf der Handlung auf der Textebene jedoch nicht näher thematisiert. Die ProtagonistInnen im Bilderbuch *„Meine Oma hat Alzheimer“* sind situationsentsprechend in Pastellfarben gezeichnet. Paula erzählt die Geschichte ihrer Großmutter, die an Alzheimer erkrankt ist. Die erste Hälfte des Buches veranschaulicht in Rückblenden die vergangenen gemeinsamen Erlebnisse der beiden Protagonistinnen. Im weiteren Verlauf werden die Symptome und Verhaltensmuster der Erkrankung sowie das Leben im Heim thematisiert. Rituale helfen dem Kind bei der Bewältigung der Veränderungen.

10 Interpretation der Ergebnisse

Bezugnehmend auf die angeführte Fragestellung „*Wie wird die Krankheit Demenz im Bilderbuch dargestellt und auf welche Art und Weise erfolgt die Thematisierung?“* werden die wesentlichen Ergebnisse der Buchanalysen erörtert und zum theoretischen Rahmen in Bezug gesetzt. Hintergrund der Interpretation ist die kognitive Entwicklung des Kindes, wobei als Ausgangspunkt die Theorie Piagets zu sehen ist. Des Weiteren findet das Konzept „Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern“ Beachtung, das den Überlegungen Piagets folgt. Im Anschluss an die Zusammenfassung wird im Resümee auf die pädagogische Relevanz der Bilderbücher hingewiesen.

10.1 Relevante entwicklungspsychologische Aspekte

Im Vorfeld wird auf bedeutsame entwicklungspsychologische Aspekte hingewiesen, auf die sich die zentralen Diskussionspunkte der Interpretation beziehen.

10.1.1 Symbolisieren und Fantasieren

Zu Beginn des präoperationalen Denkens hat das Kind mit dem Erwerb der Objektpermanenz die Fähigkeit zum Symbolisieren erlangt. Es kann die Welt mit Hilfe von gedanklichen Bildern, dem Zeichnen und der Sprache darstellen. Dies ist die Voraussetzung für das Entwickeln von Fantasien. Es kann sich Handlungen und Objekte vorstellen, auch wenn sie nicht existieren (vgl. Oerter & Montada, 2008, S. 438-439). Kinder sind nun in der Lage, nicht nur reale, sondern auch vorgestellte Situationen mit Gefühlen zu verbinden. Mit dem Fantasieren besitzt das Kind eine Fähigkeit, seine Gefühlswelt zu beeinflussen. Neben den Eigenschaften des Symbolisierens und Fantasierens braucht das Kind auch die Fertigkeit zur Realitätsprüfung, um zwischen Fantasie und Wirklichkeit unterscheiden zu können (vgl. Kallenbach, 2003, S. 57).

10.1.2 Egozentrismus

Piaget versteht darunter die Unfähigkeit, sich in die Position einer anderen Person zu versetzen. Die Umwelt wird nur so wahrgenommen, wie das Kind sie sieht (vgl. Tücke, 1999, S. 166). Es ist nicht in der Lage, Dinge objektiv zu betrachten und zu beurteilen oder Kausalzusammenhänge zu erkennen (vgl. Lohaus & Ball, 2006, S. 15). Aufgrund dieser Perspektive erscheint das Umfeld für das Kind einheitlich. Erst gegen Ende des präoperationalen Stadiums wird dieser Egozentrismus überwunden.

10.1.3 Zentrierung

Eine charakteristische Eigenschaft im präoperationalen Denken ist die Zentrierung auf nur ein oder wenige Merkmale. Dem Kind gelingt es nicht, mehrere Aspekte einer Situation gleichzeitig zu beachten. Diese Eigenschaft ist in allen Erlebens- und Verhaltensbereichen bemerkbar. Piaget und Inhelder (1996, S. 127) beschreiben diesen Prozess als eine *„(...) systematische Zentrierung auf das eigene Tun und die augenblicklichen figurativen Aspekte jener Bereiche des Wirklichen, auf die es sich erstreckt (...“).* Das Kind orientiert sich am Sichtbaren, an einer deutlich beobachtbaren Eigenschaft. Erst in der Periode des konkreten Denkens kann das Kind mehrere Merkmale wahrnehmen und in seine Anschauungen mit einbeziehen (vgl. Tücke, 1999, S. 194).

10.1.4 Magisches Denken

Kinder erklären sich unbekannte Dinge und Geschehen aufgrund ihrer geringen Erfahrungen mit Hilfe des magischen Denkens. Damit versuchen sie, die sie umgebende Welt zu strukturieren, zu verstehen sowie diese überschaubar zu machen. Vorgänge und Zusammenhänge werden zweckgerichtet begründet (vgl., Engelbert-Michel, 1998, S. 49-50). Magisches Denken bietet Kindern eine Hilfe, kreativ eigene Lösungen zu finden.

10.2 Herbst im Kopf

Autorin: Dagmar H. Mueller
Illustratorin: Verena Ballhaus
Altersempfehlung: ab sechs Jahren

Den HandlungsträgerInnen der Geschichte wird ein charakteristisches Aussehen verliehen. Kleidung, Mimik und Gestik veranschaulichen die ProtagonistInnen auf eine reale und sehr einfühlsame Art, die es ermöglicht, an die Erfahrungen des Kindes anzuknüpfen und sich mit den agierenden Personen zu identifizieren. Die ausführliche Textsprache unterstützt die sensible Weise der Darstellungen. Bild- und Textebene dieser Erzählung sind an die kindlichen Wahrnehmungen des konkret operationalen Stadiums angepasst. Kinder sind in dieser Phase in der Lage, Schlussfolgerungen zu ziehen, wenn sie an die konkrete Erlebniswelt in ihrer unmittelbaren Umgebung anschließen (vgl. Lohaus & Ball, 2006, S.78). In weiterer Folge wird auf dieser Stufe der Egozentrismus schrittweise überwunden und das Denken gewinnt an Flexibilität.

Auf den Bereich der Krankheit bezogen bedeutet es, dass das Kind nun mehrere Krankheitsaspekte erkennen kann. Realitätsbezogene Erklärungen und Informationen können vermittelt werden (vgl. Lohaus & Ball, 2006, S. 16). Diese entwicklungspsychologischen Erkenntnisse finden im Handlungsverlauf der Geschichte Beachtung. Die Krankheit wird direkt benannt. Typische Symptome wie Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit und Vergessen werden grafisch umgesetzt, angesprochen und diskutiert. Die kindliche Protagonistin Paula stellt fest: *„‚Dass meine Oma Anni krank ist, merkt man an vielen Dingen. Hauptsächlich daran, dass sie alles vergisst.‘“* (Mueller & Ballhaus, 2006, S. 10). Diese Phase der Entwicklung ist auch dadurch gekennzeichnet, dass nun konkrete Denkoperationen angewendet und logische Schlüsse gezogen werden können (vgl. Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 455). *„In solchen Momenten tut meine Oma Anni mir sehr leid. Es muss schrecklich sein, sich an nichts und niemanden richtig erinnern zu können! Obwohl man das so gern möchte!“* (Mueller & Ballhaus, 2006, S. 12).

Zur Erklärung der Krankheit Demenz gestalten Mutter und Tochter gemeinsam einen Lebensbaum, dem die Erinnerungen von Oma Anni in Form von Blättern anhaften. *„‚Stell dir das so vor', sagte meine Mama, ‚bei Oma Anni ist jetzt Herbst im Kopf. Von ihrem Lebensbaum fallen die Blätter ab. Von Monat zu Monat mehr.'"* (Mueller & Ballhaus, 2006, S. 17). Dieses Beispiel demonstriert, dass im Zusammenhang mit der kognitiven Entwicklung des Kindes aufgrund der gegebenen Informationen bereits konkrete Denkoperationen und Vorstellungen über Funktionen möglich sein müssen, um Erklärungskonzepte und innere Krankheitsabläufe zu verstehen.

10.3 Anna Maria Sofia und der kleine Wim

Autorin: Edward Van de Wendel
Illustratorin: Ingrid Godon
Altersempfehlung: ab 4 Jahren

Die ProtagonistInnen der vorliegenden Erzählung sind Anna Maria Sofia, eine demenzkranke alte Frau und ihr kindlicher Freund Wim. Bereits die grafische Gestaltung der ProtagonistInnen betont emotional die Thematik der Handlung und entspricht der Phase des präoperationalen Denkens. Es wird beachtet, dass das Kind der Zentrierung unterliegt, sich grundsätzlich an vordergründigen Kennzeichen orientiert und andere Eigenschaften außer Acht lässt. Nach Piaget und Inhelder konzentrieren sich dabei die Handlungen auf fassbare Aspekte der unmittelbaren Umwelt (vgl. 1996, S. 127).

In diesem Buch werden die vorgestellten Personen in prägnanten, klaren und stilvollen Zeichnungen charakterisiert. Auf störende Details wird verzichtet, um den frühkindlichen Bedürfnissen zu entsprechen. Die Texteinheiten erzählen parallel zum Bild poetisch die Geschichte der alten Frau. Die bild- und textsprachliche Annäherung an das Thema Demenz lässt somit Raum für die kindliche Fantasie, mit der das Kind die Fähigkeit besitzt, die Geschichte in eigene Worte zu kleiden. Mit dem Leben, Denken und Agieren in der Fantasie

erhält das Kind die Eigenschaft, seine Gefühlswelt zu beeinflussen sowie Handlungen emotional zu verarbeiten (vgl. Kallenbach, 2003, S. 57).

Für Lohaus und Ball (vgl. 2006, S. 15) bedeuten die präoperationalen egozentrischen Tendenzen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, dass Kinder kaum Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge erkennen können. Es bereitet ihnen Schwierigkeiten, sich innere Prozesse vorzustellen. Diese Überlegungen lassen sich bei der Thematisierung der Krankheit erkennen. Auf der Sprachebene erfolgt keine direkte Benennung, Begründung oder Bewertung der Erkrankung Demenz. Bildsprachlich wird sie jedoch bezeichnend durch das Auftreten der Protagonistin Anna Maria Sofia dargestellt. Die charakteristischen Krankheitsmerkmale wie Orientierungslosigkeit und Vergessen kommen zum Ausdruck. Eindrucksvoll wird der Bewegungsdrang der dementen Frau demonstriert: *„Anna Maria Sofia ging und ging und ging."* (Van de Wendel & Godon, 2006. S. 6). Wim, der sie auf ihren Spaziergängen begleitet, zeigt dabei einen unkomplizierten, unbelasteten, jedoch kompetenten Umgang mit der erkrankten Frau. Ausgehend von den Konzepten Lohaus und Balls kann daraus geschlossen werden, dass für Kinder im Vorschulalter negative Befindlichkeiten weniger Bedeutung haben als Einschränkungen im sozialen Leben (vgl. 2006, S. 53).

10.4 Opa ist Opa

Autorin: Lilli Messina
Illustratorin: Lilli Messina
Altersempfehlung: ab vier Jahren

Die Hauptfiguren dieses Mediums, Pepe, seine Mutter und sein Großvater, werden sehr typisch positioniert. Trotz karikierender Bildgestaltung vermittelt dieses Bilderbuch auf unkonventionelle Weise die Charakteristik der Figuren und berücksichtigt, dass das Kind in der präoperationalen Phase nur den auffälligsten Aspekt einer Eigenschaft erfassen kann. (vgl. Tücke, 1999, S. 175). Dennoch bietet die Bildebene den Kindern die Möglichkeit, frei zum Dargestellten zu

assoziieren. Die knappen und prägnanten Textbeigaben stehen mit den Bildern in Beziehung und vermitteln die Verbundenheit der Generationen.

Die Krankheit Demenz wird im Handlungsverlauf nicht direkt angesprochen. Mimik, Gestik und Verhalten des betroffenen Protagonisten deuten jedoch seine krankheitstypischen Defizite und einen Betreuungsbedarf an. In Anlehnung an die Theorie von Lohaus und Ball kann dazu festgehalten werden, dass während des präoperationalen Stadiums kaum Bezüge zu krankheitsbezogenen Gegebenheiten hergestellt werden können (vgl. Lohaus & Ball, 2006, S. 15). Diese Erkenntnisse werden in diesem Bilderbuch in formaler und inhaltlicher Hinsicht mit der Darstellung sichtbarer Krankheitsfolgen erfüllt. Die Bilder spiegeln die Situation des Protagonisten wider und veranschaulichen in altersentsprechender Weise krankheitstypische Aspekte wie Orientierungslosigkeit, Hilfebedarf, eingeschränkte Mobilität und Vergesslichkeit der erkrankten Person.

Die beiden Protagonisten befinden sich auf einer gemeinsamen Versorgungsebene, daher nimmt Pepe aufmerksam die Handlungen seines Großvaters wahr und stellt Vergleiche aus eigenen Erfahrungen heraus an: *„Opa kann sich nicht alleine die Schuhe binden.“, „Opa macht auch immer so viel Unsinn“, “Opa ist ein Baby.“* Hier spielt das magische Denken eine Rolle, denn damit versuchen Kinder, die sie umgebende Welt zu strukturieren und zu verstehen (vgl. Engelbert-Michel, 1998, S. 49-50).
In Bezug zum kindliche Egozentrismus weist Tücke (1999, S. 166) darauf hin, dass dieser eine Denkrichtung ist, *„(...) die davon ausgeht, dass die Welt so ist, wie man sie selbst sieht.“* Hier verdeutlichen auch die Erklärungsversuche der Mutter, dass das Kind noch nicht fähig ist, die Perspektive anderer Personen einzunehmen und bei seiner eigenen Sicht der Dinge bleibt: *„‚Nee, nee‘, sagt Pepe, ‚Opa ist Opa!‘“* (Messina, 2005, S. 23).

10.5 Omas Apfelkuchen

Autorin: Laura Langston
Illustration: Lindsey Gardiner
Altersempfehlung: ab 5 Jahren

Die zentralen Charaktere dieser Erzählung sind Greta und ihre erkrankte Großmutter. Der grafische Schwerpunkt des gesamten Buches liegt auf einer sehr detaillierten, farbenreichen und am Kindchenschema orientierten Figurengestaltung, die eine Fülle von Informationen transportiert. Daran schließt auch größtenteils die Textebene des Bilderbuches an. Der weit gespannte Text erzählt die Geschichte dicht und zügig, wobei sich der Handlungsverlauf über ein Jahr erstreckt. Für das Verständnis der Bild- und Textbotschaften müssen kognitive Fertigkeiten auf der Stufe der konkreten Operationen vorhanden sein. In diesem Stadium erwirbt das Kind durch verbesserte Gedächtnisleistungen die Möglichkeit, viele Informationen effektiv aufzunehmen (vgl. Tücke, 1999, S. 191-192).

In diesem Bilderbuch wird die Krankheit Demenz oder Alzheimer nicht direkt benannt. Die typischen Verhaltensweisen einer demenzkranken Person wie Orientierungslosigkeit, Bewegungsdrang und Vergessen werden aus der Sicht von Greta geschildert. Hier kommt die frühkindliche Zentrierung zum Ausdruck, wo Vorschulkindern eine beschränkte Aufzählung von Symptomen möglich ist (vgl. Lohaus & Ball, 2006, S. 56). Auf das Denken im präoperationalen Stadium verweisen beispielsweise auch die reduzierten Erklärungsversuche des Vaters im Hinblick auf die Gedächtnisstörungen, die diese Krankheit mit sich bringt: *„Papa sagt, dass Omas Gedächtnis bald ganz verschwunden sein wird. Sie wird alles vergessen, sogar unsere Namen.“* (Langston & Gardiner, 2004, S. 4). In weiterer Folge hält Greta fest, dass sich ihr Vater in der Einschätzung des Krankheitszustandes irrt, denn Oma kann noch immer mit ihrer Hilfe Geschichten vorlesen. Dabei wird deutlich, dass die egozentristische Ebene des präoperationalen Stadiums angesprochen wird, wo Kinder noch nicht fähig sind, Möglichkeiten zu Veränderungen von Krankheitszuständen zu erkennen (vgl. Lohaus & Ball, 2006, S. 15). Daran schließt auch die zum Teil ambivalente

Haltung des Kindes gegenüber der Erkrankten an. Der Schlussteil des Bilderbuches verlangt die Fähigkeit zu aussagelogischen Denkoperationen, die sich im Alter zwischen elf und fünfzehn Jahren zeigen (vgl. Piaget, 2003, S. 68). Die kindliche Protagonistin findet selbst eine Lösung, die Orientierungslosigkeit und die Gedächtnisstörungen ihrer Großmutter zu bewältigen. Die Fertigkeit, komplexe Logik aufzubauen und diese einzusetzen wird jedoch erst in der Phase der formalen Operationen erreicht.

10.6 Meine Oma hat Alzheimer

Autorin: Véronique Van den Abeele
Illustratorin: Claude K. Dubois
Altersempfehlung: ab fünf Jahren

Die Protagonistinnen Paula und ihre Großmutter werden situationsentsprechend gezeichnet. Einerseits rücken einzelne Personen durch monoszenische Darstellungen in den Vordergrund, wodurch die Botschaft ohne Umwege transportiert wird. Diese Illustrationen schließen an die Leistungen der präoperationalen Stufe an, auf der nach Piaget (vgl., 2003, S. 68) das kindliche Denken linear und eindimensional verläuft. Auf der anderen Seite erfordert eine zu ausführliche Bildsprache bereits die Überwindung der kindlichen Zentrierung, um gleichzeitig mehrere Aspekte einer Situation perzeptuell koordinieren zu können (vgl. Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 454). Die Textebene stimmt nicht immer mit der Bildebene überein und transportiert ein umfangreiches Geschehen. Die Menge der Informationen bereitet Kindern in der präoperationalen Phase Schwierigkeiten, sich in der Erzählung zurechtzufinden.

Die Krankheit Alzheimer wird im Handlungsverlauf sprachlich nicht näher thematisiert. Krankheitsmerkmale wie beispielsweise Sprachstörungen, Vergesslichkeit und Orientierungslosigkeit, die unerwartet auftreten, werden von der kindlichen Protagonistin angesprochen: *„Eines Abends stellte sie ihre Schuhe in den Kühlschrank. Und dann verirrte sie sich in ihrem eigenen Haus.“* (Van den Abeele & Dubois, 2006, S. 18). An dieser Stelle kann Bezug auf die

präoperationale Phase genommen werden, da das das Kind auf äußerlich sichtbare Kennzeichen zentriert ist (Piaget, 2003, S. 60). In der Handlung gibt es kein familiäres Gefüge und das Mädchen übernimmt die Rolle der Hauptbezugsperson. Dieser „Rollentausch“ setzt in entwicklungspsychologischer Hinsicht einerseits den Abbau des voroperatorischen Egozentrismus und andererseits bereits die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme von anderen voraus. Tücke (vgl. 1999, S. 193) hält dazu fest, dass sich Letzteres auch auf soziale Gegebenheiten bezieht.

10.7 Zusammenfassung

Von der kognitiven Theorie Piagets ausgehend knüpfen die Inhalte der einzelnen Bilderbücher an die unterschiedlichen Phasen der kindlichen Denkentwicklung an. Einerseits wird die Thematik Alzheimer direkt benannt und altersgemäße Information vermittelt, die es Kindern ermöglicht, die Verhaltensweisen der betroffenen Menschen besser zu verstehen. Auf der anderen Seite wird die Krankheit nicht unmittelbar angesprochen, sondern sensibel durch das Agieren der Figuren angedeutet. Dadurch bleibt Raum für die kindliche Fantasie, um die Geschichte mit dem Hintergrund eigener Erfahrungen interpretieren zu können. Andere Resultate machen deutlich, dass in der thematischen Umsetzung reale oder emotionale Berührungspunkte fehlen und das Geschehen im Grunde die kindlichen Bedürfnisse nicht erfüllt.

Das Bilderbuch *„Herbst im Kopf“* präsentiert eine Geschichte, die entwicklungsmäßig der Phase der konkreten Operationen entspricht und an die logischen Denkoperationen des Kindes anschließt. Der Schwerpunkt in der Darstellung liegt auf einer sensiblen Beschreibung der Krankheit Alzheimer mit ihren Symptomen und unterstreicht im Besonderen die offene Kommunikation aller Beteiligten darüber. Zur Erklärung von Demenz gestalten Mutter und Tochter gemeinsam einen Lebensbaum, dem die Erinnerungen von Oma Anni in Form von Blättern anhaften. Dabei wird die Krankheit Alzheimer als „*Herbst im Kopf*“ bezeichnet. Sie bewirkt, dass die Erinnerungen wie Blätter vom Lebensbaum abfallen. Diese altersentsprechenden Erklärungen helfen dem Kind, die Verhaltensweisen seiner Großmutter zu verstehen.

Aus einem anderen Blickwinkel nähert sich das Bilderbuch *„Anna Maria Sofia und der kleine Wim“* diesem Thema. Das Augenmerk richtet sich auf eine Freundschaft zwischen den Generationen. Die Konzeption dieser Lektüre entspricht in der gesamten formalen und inhaltlichen Breite der kognitiven Entwicklung im Vorschulalter. Die klaren Darstellungen sind auf das Eindeutige reduziert und kommen dem anschaulichen Denken des Kindes sowie seiner Orientierung am Wesentlichen entgegen. In diesem Buch wird die Krankheit Demenz nicht direkt benannt, sondern bildsprachlich sehr sensibel durch das Agieren der Handlungsträgerin dargestellt. Typische krankheitsbezogene Verhaltensweisen treten dabei in Erscheinung. Kindern wird mit diesem Bilderbuch eine enge Beziehung zwischen Jung und Alt präsentiert, die zeigt, dass die Rollen anders verteilt sind. Das Kind erzählt die Lebensgeschichte der Protagonistin und begleitet sie mit sozialer Kompetenz durch den Alltag.

Vergleichbar gestaltet sich die Situation im Bilderbuch *„Opa ist Opa“*. Es wird eine Erzählung vorgestellt, die von einer tiefen Verbundenheit der Generationen zeugt. Die Geschichte wird aus der egozentrischen Perspektive des Kindes erzählt und knüpft an seine unmittelbare Erlebniswelt an. Es wird berücksichtigt, dass Kinder im präoperationalen Stadium die Umwelt aus der eigenen Sichtweise heraus wahrnehmen und Schlussfolgerungen daraus ziehen. Im Handlungsablauf wird die Krankheit nicht unmittelbar angesprochen. Erst auf den zweiten Blick ist erkennbar, dass die Verhaltensweisen des Großvaters dem Krankheitsbild der Demenz zugeordnet werden können und eine Pflege- und Betreuungssituation erfordern.

Anders zeigen sich die Ergebnisse im Bilderbuch *„Omas Apfelkuchen“*. Hier stehen die gemeinsamen Erlebnisse eines Mädchens und seiner an Alzheimer erkrankten Großmutter im Zentrum. Sowohl durch die Art der Informationsvermittlung als auch durch den dichten Handlungsablauf der Erzählung ist in Bezug auf die entwicklungspsychologischen Aspekte keine Kontinuität gegeben. Der Inhalt spricht Denkleistungen unterschiedlicher Entwicklungsstufen an und orientiert sich nicht an der Altersempfehlung der Lektüre. Obwohl Demenz oder Alzheimer in dieser Geschichte nicht direkt benannt werden, kommen die charakteristischen Krankheitsmerkmale durch die

ausführlichen Schilderungen des Kindes zum Ausdruck. Die LeserInnen erhalten dadurch Einsicht in das Zusammenleben mit einem erkrankten Menschen und den daraus resultierenden Betreuungsbedarf.

Ähnlich wie im zuletzt beschriebenen Buch fordert die Darstellung der Krankheit im vorgestellten Bilderbuch *„Meine Oma hat Alzheimer“* auf der Bild- und Textebene verschiedene kognitive Leistungen des Kindes. Auf entwicklungspsychologische Erkenntnisse bezogen kann festgestellt werden, dass die methodische Aufarbeitung nicht der Altersangabe des Buches entspricht. Den Kern der Erzählung bilden die Schilderungen vergangener gemeinsamer Erlebnisse der beiden Protagonistinnen. In der Geschichte wird jedoch durch das Fehlen eines familiären Hintergrundes ein realitätsferner Rollenwechsel der HandlungsträgerInnen präsentiert, bei dem das Kind die Position der Hauptbezugsperson einnimmt. Die Krankheit Alzheimer wird nur im Buchtitel erwähnt. Typische Symptome werden aus der Sichtweise des Mädchens beleuchtet und stereotyp ins Bild gesetzt. Hervorzuheben ist, dass die anschließende Pflege und Betreuung der Großmutter in einer Institution erfolgen. Paula bewältigt ihre Traurigkeit über die Veränderungen ihrer Großmutter und den Verlust ihrer gemeinsamen Tätigkeiten, indem sie die Erkrankte im Heim besucht und an die Erlebnisse von früher anschließt.

11 Resümee und Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Vordergrund der Bilderbucherzählungen emotionale Beziehungen zwischen Jung und Alt präsentiert werden und Anregungen zu einem offenen Dialog der Generationen geben. In Bezug auf die Krankheit Demenz beziehungsweise Alzheimer kann festgestellt werden, dass die Bilderbücher charakteristische Krankheitsmerkmale aufzeigen und Kindern dadurch Einblicke in die Denk- und Verhaltensweisen der Erkrankten ermöglichen. Ebenso vermitteln die Medien die Botschaft, trotz der Krankheit ansprechende Formen der Kommunikation zu finden und eine beispielhafte Umgangsweise zu pflegen.
Das Buch *„Herbst im Kopf“* kann eingesetzt werden, wenn Sachinformationen und anschauliche Erklärungen transportiert werden sollen. Es zeigt in exemplarischer Weise den Umgang und die Begleitung von Menschen, die an Alzheimer erkrankt sind. Der Inhalt gibt Kindern zu verstehen, dass es mit der dementen Person und dem damit verbundenen krankheitsbedingten Verhalten im familiären Umfeld zu Konflikten kommen kann. Betont wird, dass trotz kognitiver Einschränkungen der erkrankten Person besondere Fähigkeiten intakt sind, die von dem Enkelkind in Anspruch genommen und wertgeschätzt werden. Gelingt es, die Botschaft dieses Buches zu vermitteln, wird mit dieser Geschichte eine Bewältigungsstrategie präsentiert, die auf die eigene Situation übertragbar ist.

Obwohl im Bilderbuch *„Ana Maria Sofia und der kleine Wim“* die Krankheit Demenz nicht kommuniziert wird, bildet sich zwischen Text und Bild die eigentliche Aussage heraus: Die Verantwortung der jungen Generation für die älteren Menschen. Deutlich wird, dass die gemeinsamen Spaziergänge der HauptprotagonistInnen eine Entlastung für den sorgenden Partner darstellen. Die Handlung gibt LeserInnen zu verstehen, wie Rituale, Erinnerungen und Fürsorge als wesentliche Unterstützungen für die Erkrankten fungieren. Der Charakter dieser Geschichte dient der Vermittlung, wenn eine vertiefte, emotionale Auseinandersetzung gefordert ist, und bietet eine Chance, Kindern das Thema Demenz näher zu bringen. Dabei bleibt Raum für eigene Gefühle, Interpretationen und Assoziationen.

Die Geschichte *„Opa ist Opa*“ zeigt die Problematik Alter und Krankheit aus der Sicht kindlicher Erfahrung. Es wird dargestellt, dass sich Jung und Alt auf einer gemeinsamen Versorgungsebene befinden, die zu Spannungen im familiären Zusammenleben führen kann. Die Erzählung vermittelt weiters Einsicht in das menschliche Altern. Es wird für die junge Generation deutlich, dass die Betroffenen Menschen mit einer langen Lebensgeschichte sind. Die ungewöhnliche Präsentation des Geschehens spricht kleinkindliche Erfahrungen sowie Interessen an. Die Diskussion zwischen Erwachsenen und jüngeren Kindern zum Thema Alter und Demenz wird mit dieser Geschichte gefördert.

Die Bilderbuchgeschichte *„Omas Apfelkuchen“* kann dann angeboten werden, wenn gemeinsame Aktivitäten der Enkelkinder mit ihren betroffenen Großeltern eine Rolle spielen. Der Inhalt spiegelt die aktiven Unterstützungsmaßnahmen wider und spricht zusätzlich die Anliegen der Angehörigen an, die aus der Betreuungssituation resultieren. Kritikpunkte stellen unzureichende Erklärungen, die trotz der Dichte der Informationen im Hinblick auf die Krankheit gegeben werden, sowie geringe Bezugnahme auf die Gefühlswelt der Erkrankten dar.
Das Buch vermittelt Anregungen im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen und gibt Kindern zu verstehen, dass die betroffenen Menschen an unserer Welt Anteil nehmen sollen, auch wenn sie in ihrer eigenen Wahrheit leben.

Die Erzählung im Bilderbuch *„Meine Oma hat Alzheimer“* beinhaltet eine einfache, stellenweise realitätsferne Schilderung der schwierigen Thematik Demenz. Betroffenen Familien ist dieses Buch nur eingeschränkt zu empfehlen. Die erkrankte Person wird auf ihre Defizite und Passivität reduziert. Aktive Handlungen erfolgen nur seitens des Kindes. Es kann davon ausgegangen werden, dass es ohne die Darstellung eines familiären Hintergrundes den Kindern Schwierigkeiten bereitet, sich emotional auf die Geschichte einzulassen und das eigene Erleben mit der Botschaft der Geschichte zu verbinden. Dieses Buch versucht im Umgang mit dementen Personen die Wichtigkeit von Zuwendung und Fürsorge aufzuzeigen. Im Verlauf der Handlung wird jedoch deutlich, dass der Inhalt Kindern keine altersentsprechenden Informationen, Erklärungen oder Wege der kognitiven Verarbeitung vermittelt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Medium Bilderbuch eine Möglichkeit darstellt, Kindern die Krankheit Demenz näher zu bringen und es ihnen Informationen und Bewältigungsmöglichkeiten in der der Konfrontation mit dieser Erkrankung anbietet. Die unterschiedliche Art und Weise der Bilderbucherzählungen bietet sowohl Erstinformationen über das Krankheitsbild Demenz und ihrer Problematik, als auch sensible Darstellungen an, die eine tiefergehende Auseinandersetzung fordern, um Bild und Text verknüpfen zu können. Dabei kommt dem Erwachsenen eine wesentliche Rolle als Vermittler zu. Die Interaktion zwischen Erwachsenen und Kind schafft die Voraussetzungen, über den Inhalt zu reflektieren und dem Kind die Möglichkeit zu geben, seine Empfindungen und Eindrücke zu artikulieren. Gelingt es den Erwachsenen, die Fähigkeiten und Interessen des Kindes zu berücksichtigen, kann das Bilderbuch Kindern ein Stück Lebenshilfe geben.

Wir können nur versuchen,
Oma Anni immer wieder zu zeigen,
dass sie nicht auf einem einsamen Mond lebt,
sondern bei Menschen,
die sie gern haben.
(Müller Dagmar H.)

12 Literaturverzeichnis

12.1 Wissenschaftliche Literatur

Alf, et al. (2004): Konsensusstatement Demenz der Österreichischen Alzheimer-Gesellschaft und der Österreichischen Alzheimer-Liga. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 5 (3),* 6-13.

Bardola, N. (2009): Ein Bilderbuch lädt dazu ein, die Welt zu begreifen. In Bardola, N., Hauck, S., Jandrlic, M. & Wengeler S. (Hrsg.), Mit Bilderbüchern wächst man besser (S. 81-92). Stuttgart, Wien: Thienemann.

Bertram, H. (2000): Die verborgenen familiären Beziehungen in Deutschland. Die multilokale Mehrgenerationenfamilie. In Kohli, M. & Szydlik, M. (Hrsg.), Generationen in Familie und Gesellschaft (S. 97-121). Opladen: Leske und Budrich.

BMWFJ – Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (1999): Partnerschaften zur Vereinbarkeit und Neuverteilung von Betreuungs- und Erwerbstätigkeit. Österreichischer Familienbericht. Band 2. Wien.
Zugriff am 30.9.2009 unter
http://www.bmwfj.gv.at/BMWA/Schwerpunkte/Familie/default.htm

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland 2002. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Vierter Altenbericht. Berlin. Zugriff am 3.3.2010 unter
http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=5362.html

Brake A., Büchner, P. (2007): Großeltern in Familien. In Ecarius, J. (Hrsg.), Handbuch Familie (S.199-219. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Burkhart, G. (2006): Positionen und Perspektiven. Zum Stand der Theoriebildung in der Familiensoziologie. *Zeitschrift für Familienforschung, 18 (2)* 175-205.

Cotroneo, M., Zimmer, M. (2001): Familienorientierte Pflege. Eine Strategie zur Verbesserung der Pflegequalität und zur Weiterentwicklung der Profession Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger, 40 (10),* 809-813.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2007): Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, Kapitel V. Zugriff am 25.10.2009 unter http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2007/fr-icd.htm

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2009): Familiengesundheit. Ein neues Handlungsfeld für Pflegende und Hebammen. Zugriff am 28.10.2009 unter http://www.familiengesundheitspflege.de/files/assets/Broschuere_Familiengesundheit-final-optimiert.pdf

Dörner, K. (2005): Die neue menschliche Seinsweise der Demenz. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 48, (5)* 604-608.

Eberl, I., Schnepp, W. (2008): Abschlussbericht. Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Universität Witten/Herdecke. Zugriff am 28.8.2009 unter http://www.familiengesundheitspflege.de/files/assets/FHN%20Abschlussbericht%20Uni%20Witten%202008-08-21.pdf

Engelbert-Michel, A. (1998): Das Geheimnis des Bilderbuches. Ein Leitfaden für Familien, Kindergarten und Grundschule. Frankfurt: Brandes & Apsel.

Erster Österreichischer Demenzbericht (2009): Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung. Wiener Gebietskrankenkasse. Zugriff am 5. 8. 2009 unter http://www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf

Friedemann, M. L., Köhlen, C. (2003): Familien- und umweltbezogene Pflege. Bern: Hans Huber.

Früh, W. (2007): Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. Konstanz: UVK.

Gatterer, G., Croy, A. (2005): Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. Wien. New York: Springer.

Gehring, M., Kean, S., Hackmann, M., Büscher, A. (2001): Familienbezogene Pflege. Bern: Hans Huber.

Gräßl, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31 (1),* 52-56.

Heru, A. M., Ryan, C. E., Iqbal, A. (2004): Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 533-537.

Höpflinger, F. (2008): Generationen in Familie und Gesellschaft. Zusammenfassung des Generationenberichts Schweiz. Zugriff am 5.12.2009 unter http://www.hoepflinger.com/fhtop/Generationenbericht-Summary.pdf

Höpflinger, F. (2009): Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern - aus der Perspektive beider Generationen. In Lenz, K., Nestmann, F. (Hrsg.), Handbuch Persönliche Beziehungen (311- 336), Weinheim, München: Juventa.

Kallenbach, G. (2003): Entwicklungspsychologische Aspekte der Rezeption von Bild und Text. In Thiele, J. & Steitz-Kallenbach, J. (Hrsg.), Handbuch Kinderliteratur (S. 53-68). Freiburg: Herder.

Kämmer, K. (2002): Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensweltgestaltung von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35 (3),* 186-189.

Karl, F. (2005): Demenz und Sozialpolitik. In Schweppe, C. (Hrsg.), Alter und Sozialpolitik (S. 131-140). Hohengeren, Baltmannsweiler: Schneider.

Klie, T. (2000): Demenz-ethische Aspekte. In Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung (S.54-61). Frankfurt am Main: Mabuse.

Koeppe, A., Maly-Lukas, N., Reichert, M. (2003): Zur Lebenslage pflegender Angehöriger psychisch kranker alter Menschen. Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. Eine empirische Untersuchung. Münster: Lit.

Kohli, M., Szydlik, M. (2000): Einleitung. In Kohli, M. & Szydlik, M. (Hrsg.), Generationen in Familie und Gesellschaft (S. 7-18). Opladen: Leske und Budrich.

Köhlen, C. (2003): Häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland. Theorie und Praxis der Familienorientierten Pflege. Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück.

Krappmann, L., Lepenies, A. (1997): Alt und Jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen. Frankfurt, New York: Campus.

Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Lange, A., Lauterbach, W. (1997): Wie nahe wohnen Enkel bei ihren Großeltern? Aspekte der Mehrgenerationenfamilie heute. Research Paper. Universität Konstanz. Zugriff am 5.1.2010 unter http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-3896

Lauterbach, W. (2002): Großelternschaft und Mehrgenerationenfamilien. Soziale Realität oder demographischer Wandel? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35* (6), 540-555.

Lauterbach, W. (2004): Die multilokale Mehrgenerationenfamilie. Zum Wandel der Familienstruktur in der zweiten Lebenshälfte. Würzburg: Ergon.

Leipold, B., Schacke, C., Zank, S. (2006): Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen dementiell Erkrankter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (3),* 227-232.

LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (2005): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. München: Urban & Fischer.

Lohaus, A., Ball, J. (2006): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttigen u.a.: Hogrefe.

Lüscher, K. (2004): Generationen – Generationenbeziehungen – Generationenambivalenz. Eine soziologische Annäherung. *Familie und Gesellschaft, 4 (9),* 22-25.

Mader, F. H., Landendörfer, P., Förstl, H. (2009): Demenz. Herausforderung für den Vertragsarzt. *Geriatrie Journal*, *3 (9)* .17-20.

Maier, K. E. (1993): Jugendliteratur. Formen, Inhalte, pädagogische Bedeutung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Majce, G., Rosenmavr, L. (2005): Generationensolidarität in Österreich. Empirisch soziologische Untersuchung der Altersforschung in Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung. Wien. Zugriff am 28.12.2009 unter http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/6/4/CH0184/CMS1240821992988/generationenstudie_2005.pdf

May, S., Hanson, H. (2005): Family Health Care Nursing. An Introduction. In Hanson, S. (Hrsg.): Family Health Care Nursing-Theory, Practice & Research (S 3-37). Philadelphia: F. A. Davis.

Mayer, H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

Mayring, P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, P., Gläser-Zikusa, M. (2008): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz.

Marquardt, M. (2010): Handbuch Kinder- und Jugendliteratur. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

Müller-Hergl, C. (2000): Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden. Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung (S 248- 262). Frankfurt am Main: Mabuse.

Nave-Herz, R. (2006): Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. Weinheim, München: Juventa.

Nobili, A. (2004): Il progetto „Cara nonna:“ come parle ai bambibi della malattia di Alzheimer. *Ricerca & Practica, 20,* 215-220. Zugriff am 20.7.2009 unter http://www.ricercaepratica.it/allegati/00060_2004_05/fulltext/6new119-2B.pdf

Oerter, R., Montada, L. (2008): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.

Paukner, G. (1992): Die realistische Kindergeschichte und die Erzählung für junge Menschen. In Internationales Institut für Jugendliteratur und Leseforschung (Hrsg.), Einführung in die Kinder- und Jugendliteratur der Gegenwart (S. 72-112). Wien: Jugend & Volk.

Petzold, M. (1999): Entwicklung und Erziehung in der Familie. Familienentwicklungspsychologie im Überblick. Hohengeren, Baltmannsweiler: Schneider.

Philipp-Metzen, E.; H. (2008): Die Enkelgeneration im ambulanten Pflegesetting bei Demenz. Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung. Weinheim: Beltz.

Piaget, J., Inhelder, B.(1996): Die Psychologie des Kindes. München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Pohl, S. (2005): Die ethische Dimension der Generationensolidarität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (4),* 233-241.

Reggentin, H. (2005): Belastungen von Angehörigen dementiell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38* (2), 101-107.

Rössler, P. (2005): Inhaltsanalyse. Konstanz: UKV.

Schacke, C., Zank, S. (1998): Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen. Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31* (5), 355-361.

Schaub, H., Zenke, K., G. (2002): Pädagogisches Wörterbuch. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Schlippe v., A. (2003): Chronische Krankheit im Kontext sozialer Systeme. *Systhema1, 17 (1),* 20-37.

Schimany, P. (2004): Einstellungen zum Altern der Gesellschaft und zur Alterspolitik. Forschungsbericht 27. In Institut für Demographie. Österreichische Akademie der Wissenschaften. Wien. Zugriff am 30.11.2009 unter http://www.oeaw.ac.at/vid/download/fb27bw.pdf

Schneekloth, U. (2006): Entwicklungstrend und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (6)* 405-412.

Schnepp, W. (2002): Angehörige pflegen. Bern: Hans Huber.

Schnepp, W. (2006): Im Angesicht des Anderen: „Schützen müssen." Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege. Institut für Pflegewissenschaft. Universität Witten/Herdecke. *Pflege & Gesellschaft*, *11 (1),* 61-79.

Schnepp, W., Fringer, A., Budroni, H. (2009): Familienorientierte Pflege-eine Notwendigkeit? *Pflegezeitschrift, 62 (3),* 106-107.

Schweppe, C. (2007): Alter und Familie. In Ecarius, J. (Hrsg.), Handbuch Familie (S. 270-284) Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Statistik Austria (2009): Statistiken Familien. Wien. Zugriff am 30.9.2009 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/index.html

Statistik Austria (2009): Lebenserwartung in Gesundheit. Wien. Zugriff am 5.12.2009 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_ingesundheit/041863.html

Stechl, E. et al (2007): Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium – SUWADEM. Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 40 (2),* 71-80.

Steck, B. (2008): Kinder kranker Eltern. *Synapse. Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel, 6 (1)*, 6-7.
Zugriff am 5.12.2009 unter
http://www.aerzte-bl.ch/fileadmin/media-extern/pdf/synapse/2008-6.pdf

Steck B. et al (2006): Wechselwirkung Krankheit–Familie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, *157 (2),* 54–61.

Steck, B. (2002): Multiple Sklerose und Familie. Psychosoziale Situation und Krankheitsverarbeitung, Basel u.a.: Karger.

Sticker, E. (2008): Die Rolle der Großeltern. Über das Verhältnis der Generationen. *Die Politische Meinung, 469 (12),* 33-37.

Thiele, J. (2000): Das Bilderbuch. Ästhetik-Theorie-Analyse-Didaktik-Rezeption. Oldenburg: Isensee.

Thiele, J. (2000): Das Bilderbuch. In Lange, G. (Hrsg.), Taschenbuch für Kinder- und Jugendliteratur (S 228-244). Hohengeren, Baltmannsweiler: Schneider.

Tücke, M.(1999): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für (zukünftige) Lehrer. In Rogner, J., Schöttke, H., Tücke, M. (Hrsg.), Osnabrücker Schriften zur Psychologie, Band 1. Münster: Lit

Wancata, J. (2005): Angehörige psychisch Kranker: Belastung, Bedürfnisse und Bedarf. *Neuropsychiatrie, 19.(4)*, 131-133.

Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 28,* 7-36. Zugriff am 31.1.2010 unter
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/22wKC7IPbmP4M_43.pdf

Wilhelm, H-J. (1998): Gefangene ihrer Wahrheit. Wenn alles Wahrheit wird, wird die Wüste zum Weg. *Pflege, 11,* 275-280.

Wilk, L. (1999): Großeltern-Enkelbeziehung. In: BMWFJ – Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), Zur Situation von Familie. Familienpolitik in Österreich. *Österreichischer Familienbericht*, *Band 1, Teil 2* (253-262). Zugriff am 30.9.2009 unter http://www.bmwfj.gv.at/BMWA/Schwerpunkte/Familie/default.htm

Winters, S. (2003): Alzheimer Disease from a Child's Perspective. *Geriatric Nursing, 24. (1)*, 37-39).

Wright, L., M., Leahey, M. (2009): Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen. Bern: Hans Huber.

Zank, S. (2003): Enkel von Demenzpatienten. *Impulse, 40,* 4.

Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J. (2004): Psychologie. München: Pearson Studium.

12.2 Bilderbücher

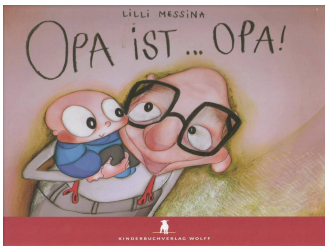
Abeele Van den V., Dubois, C. K. (2006): Meine Oma hat Alzheimer. Gießen: Brunnen.



Langston, L., Gardiner, L. (2004): Omas Apfelkuchen. Kiel: Friedrich Wittig.



Messina, L. (2005): Opa ist Opa. Bad Soden: Wolf.



Müller, D. H., Ballhaus, V. (2006): Herbst im Kopf. Meine Oma Anni hat Alzheimer. Wien, München: Annette Betz.



Vendel van de, E., Godon, I. (2006): Anna Maria und der kleine Wim. Hamburg: Carlsen.



13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Lebensformen 16
Tabelle 2: Aspekte der Bedeutung 24
Tabelle 3: Unterschiede der Disziplinen 44
Tabelle 4: Das Baumdiagramm des CAFM 50
Tabelle 5: Entwicklungsphasen 54
Tabelle 6: Entwicklungsaufgaben der Kindheit 55
Tabelle 7: Bücherliste 75
Tabelle 8: Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse 76
Tabelle 9: Dimension 3 78
Tabelle 10: Fundstellenbeispiel 80
Tabelle 11: Formale Kriterien zum Bilderbuch 82
Tabelle 12: Darstellung der ProtagonistInnen 82
Tabelle 13: Krankheit 83
Tabelle 14: Kriterien zum Bilderbuch 84
Tabelle 15: ProtagonistInnen 85
Tabelle 16: Krankheit 86
Tabelle 17 Kriterien zum Bilderbuch 87
Tabelle 18: ProtagonistInnen 88
Tabelle 19: Krankheit 88
Tabelle:20: Kriterien zum Bilderbuch 89
Tabelle 21: ProtagonistInnen 90
Tabelle 22: Krankheit 91
Tabelle 23: Kriterien zum Bilderbuch 92
Tabelle 24: ProtagonistInnen 93
Tabelle 25: Krankheit 94
Tabelle 26: Kriterien zum Bilderbuch 95
Tabelle 27: ProtagonistInnen 96
Tabelle 28: Krankheit 97

14 Anhang

Anhang 1: Liste der themenspezifischen Bilderbücher

Titel	AutorIn	IllustratorIn	Erscheinungs-ort, -jahr	Verlag
Als Oma seltsam wurde	Ulf Nilsson	Eva Eriksson	Frankfurt am Main, 2009	Moritz Verlag
Anna Maria Sofia und der kleine Wim	Edward van de Vendel	Ingrid Godon	Hamburg, 2006	Carlsen Verlag
Der Herr Augustin	Ingo Schulze	Julia Penndorf	Berlin, 2008	Bloomsbury Verlag
Frau Friedrich	Heinz Janisch	Helga Bansch	Wien, 2008	Jungbrunnen Verlag
Herbst im Kopf	Dagmar H. Müller	Verena Ballhaus	Wien, München, 2006	Anette Betz Verlag im Verlag Carl Überreiter
Liebe Oma	Sandriné Lavalle		1999	Alzheimer Europa
Meine Oma hat Alzheimer	Véronique Van den Abeele	Claude K. Dubois	Gießen, 2006	Brunnen Verlag
Meine Oma Gisela	Kathy Baumann Erin Conners	Thea Kliros		Alzheimer Forschung Initiative
Opa ist Opa	Lilli Messina	Lilli Messina	Bad Soden, 2005	Kinderbuchverlag Wolf
Omas Apfelkuchen	Laura Langston	Lindsey Gardiner	Kiel, 2004	Friedrich Wittig Verlag
Oma kann sich nicht erinnern	Saskia Hula	Karsten Teich	Wien, 2006	Dachs Verlag
Sägemehl im Kopf	Anke de Vries	Dagmar Geisler	1993	Ravensburger
Wenn Oma komisch wird	Wilhelm Schröder	Monika Kasel	2006	VNR-Verlag

Anhang 2: Kategoriensystem zum Bilderbuch „Herbst im Kopf“

Dimension 1: Formale Kriterien zum Bilderbuch

Code	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
1a)	Bibliografie	- AutorInnen - IllustratorInnen - Verlag - Erscheinungsort und -jahr - Übersetzung	Dagmar H. Müller Verena Ballhaus Anette Betz Verlag im Verlag Carl Überreiter Wien-München, 2006	
1b)	Gattung	- Problemorientiertes Bilderbuch - Realistisches Bilderbuch: sachliche Richtigkeit - Bilderbuch mit Textbeigaben - Bild und Text sind gleichrangig - Altersempfehlung	Ein problemorientiertes, realistisches Bilderbuch Es weist sachlich richtige Inhalte auf. Bild und Text sind auf gleicher Ebene und bilden eine Einheit. Bild und Text nehmen Bezug aufeinander und sind abwechselnd angeordnet. Ab 5 Jahren	Diese Kategorie definiert die Gattung des Bilderbuchs, die realistische Darstellung der Krankheit sowie das Bild-Text-Verhältnis und das empfohlene Lesealter.
1c)	Text/Sprache	- Erzählperspektive: 1. oder 3. Person - Erzählstil: neutral, bewertend, beschreibend - Textgattung: Lyrik, Erzählung	Paula erzählt aus der Ich-Perspektive. Der Erzählstil ist beschreibend. Erzählung	Darunter sind Merkmale zur Erzählform, Stil und Textgattung zusammengefasst. 1. Person, wenn ein „Ich-Erzähler“ seine Geschichte erzählt. 3. Person, wenn ein Autor die Geschichte erzählt.

1d)	Bild/Illustration	- Gattung: Zeichnung, Malerei, Fotografie, Comic ,Collage	Die Illustrationen sind im Stil von Zeichnungen gestaltet. Bilder und Text sind auf weißem Hintergrund gesetzt. Einzelne Figuren und Gegenstände ragen aus dem Bild.	Hier werden Form, Farbwahl, Stil und die Darstellungsdichte der Bilder genannt. Es wird festgehalten, ob die Illustration mit dem Text harmonisieren.
		- Farben: Art, Anordnung, Dominanz	Zarte gedämpfte Farbtöne überwiegen.	
		- Stil: realistisch, karikierend, abstrakt, detailliert - monoszenisches Einzelbild: markanter Augenblick der Erzählung wird dargestellt	Realistische, detaillierte Szenenbilder stellen den markanten Erzählteil dar. Einzelne, handlungsbezogene Elemente befinden sich auf der Textseite.	
		- Simultanbild: mehrere handlungs-bezogene Elemente werden dargestellt		
		- stimmen Bild und Text überein?	Illustrationen und Text sind abwechselnd angeordnet und stimmen vorwiegend überein.	
1e)	Inhalt /Aufbau	- Zusammenfassung des Inhalts	Das Mädchen Paula erzählt vom gemeinsamen Alltag mit seiner Großmutter Anni, die an Alzheimer erkrankt ist sowie von den Veränderungen, die diese Krankheit mit sich bringt.	In dieser Kategorie erfolgen eine kurze Zusammenfassung des Inhalts und die Nennung der Schauplätze. Erfasst wird die Richtung des Ablaufes (linear, zeitliche Sprünge, Rückblenden).
		- Schauplätze der Handlung: Ort, Milieu	Oma Anni wohnt bei uns im Haus. Also bei mir und meiner Mama und meinem Papa.	
		- Ablauf: linear, Sprung	Der Ablauf ist linear.	

1f)	Botschaft	- mögliche vermittelnde Botschaften, die das Buch enthält	<u>Bild</u> Die Illustrationen machen deutlich, dass Oma Annis Welt ein Teil unserer Welt ist, auch wenn sie in der Vergangenheit lebt. <u>Text</u> Manchmal denke ich, dass es doof ist, dass die Leute so wenig Zeit haben. Denn sonst wären sie wohl nicht so ungeduldig mit Leuten wie meiner Oma Anni.	Diese Kategorie umfasst alle Angaben, die zu Denk- und Handlungsweisen anregen.
		- Identifikationsmöglichkeit mit den Buchfiguren	<u>Bild</u> Paula sitzt im Oma Annis Bett und wartet auf das gemeinsame Betrachten des Bilderbuchs.	

Dimension 2: Darstellung der ProtagonistInnen

Code	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
2a)	Figurengestaltung	Die Figurengestaltung bezieht sich auf die Präsenz der Haupt – und Nebenfiguren. Nebenfiguren dann, wenn sie Einfluss auf die Hauptfiguren haben.	Ich bin Paula und das ist meine Oma Anni. Paulas Mama. Paulas Freundin Sinja.	Diese Aussagen betreffen die Bedeutung der Figurentypen, Anzahl, verwandt oder nicht verwandt und das Geschlecht.
2b)	Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung	Zur Charakteristik der Figur mit Demenzerkrankung werden die äußere Erscheinungsform und zugeschrieben Eigenschaften zusammengefasst.	Bild Oma Anni wird als typische liebens-werte Oma mit grauen Haaren, blauen Rock und karierter Bluse gezeigt. Ihre Körperhaltung ist geneigt. Ihr Gesichtsausdruck ist gedankenverloren, aber auch zufrieden. Text Sie sah sehr nachdenklich aus.	Diese Kategorie umfasst die äußeren Merkmale der erkrankten Person, Mimik, Gestik und Körperhaltung sowie die Charaktereigenschaften, jedoch kein krankheitsbezogenes Verhalten.
2c)	Charakteristik der kindlichen Figur	Zur Charakteristik der kindlichen Figur werden die äußere Erscheinungsform und zugeschrieben Eigenschaften zusammengefasst.	Bild Paula wird mit zwei geflochtenen Zöpfen, die seitlich vom Kopf abstehen, und einem gelben Kleid abgebildet. Ihre Körperhaltung ist offen, ihre Mimik ist freundlich, fröhlich und interessiert. Text Deshalb ging ich sofort zu Oma Anni hin und setzte mich neben sie aufs Sofa und legte meinen Arm um sie und gab ihr einen Kuss und sagte ihr, dass sie die beste Oma auf der Welt ist.	Diese Kategorie umfasst die äußeren Merkmale der kindlichen Person, Mimik, Gestik und Körperhaltung sowie die Charaktereigenschaften.

2d)	Charakteristik der Nebenfiguren	Zur Charakteristik der Nebenfiguren werden die äußere Erscheinungsform und zugeschrieben Eigenschaften zusammengefasst.	<u>Bild</u> Paulas Mama ist mit einer roten Bluse und einem gestreiften Rock bekleidet. Durch ihre offene Körperhaltung und einem freundlichen Gesichtsausdruck wird sie als liebenswerte Person dargestellt. Zu ihren Charaktereigenschaften zählen Hilfsbereitschaft, Verständnis und Kreativität. <u>Text</u> Nichts, sagte meine Mama und legte beruhigend den Arm auf Oma Annis Arm. Stell dir vor, sagte sie, Oma Annis ganzes langes Leben wäre ein großer Baum.	Diese Kategorie umfasst die äußeren Merkmale der Nebendarsteller, Mimik, Gestik und Körperhaltung sowie Charaktereigenschaften. Gibt es keine bedeutsamen Nebenfiguren, kommt diese Kategorie nicht zum Einsatz.
2e)	Interaktion der Hauptfiguren	Alle gemeinsamen Tätigkeiten, die die Hauptfiguren gemeinsam erlebten, beziehungsweise ausführen.	<u>Bild</u> Oma Anni und Paula sitzen gemeinsam am Sofa und kommunizieren. Zeichnungen im Hintergrund verdeutlichen frühere Erlebnisse von Oma Anni, von denen sie Paula erzählt. <u>Text</u> Bilderbücher anschauen zum Beispiel kann man mit keinem auf der ganzen Welt so gut wie mit meiner Oma Anni!	Es geht hier um gemeinsame Erlebnisse wie Spiele, Lesen, Kochen, Einkaufen, Freizeitgestaltungen und sonstige Aktivitäten, die die beiden ProtagonistInnen in der Vergangenheit erlebten (Rückblenden) aber auch in der Gegenwart durchführen. Aktivitäten, die die Beziehung verdeutlichen.

Dimension 3: Krankheit

Code	Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
3a)	Thematisierung der Krankheit	Das Ansprechen der Krankheit Demenz/Alzheimer und damit verbundene Erklärungen.	Text Dass meine Oma Anni nicht so ist wie die meisten anderen Omas, das liegt daran, dass sie krank ist. Sie hat eine Krankheit, die nennt man Alzheimer.	In dieser Kategorie wird das Thematisieren der Krankheit Demenz/Alzheimer aufgezeigt, wie beispielsweise direkt, angedeutet, verschlüsselt, in Metaphern oder in Vergleiche.
3b)	Aspekte der Krankheit	- Merkmale der Krankheit: ~ Symptome, Verhaltensweisen	Bild Verschobene Perspektiven und schwebende Personen verdeutlichen die Ängste und die zunehmende Isoliertheit der Alzheimerkanken. Text Dass meine Oma Anni krank ist, merkt man an vielen Dingen. Hauptsächlich daran, dass sie alles vergisst.	Alle Aspekte, die mit der Erkrankung Demenz/Alzheimer in Zusammenhang stehen, wie Ängste, eingeschränkte Gedächtnisleistungen, Orientierungslosigkeit und charakteristische Verhaltensweisen werden hier vermerkt . Folgen werden dann erfasst, wenn sie erklärt werden oder eintreffen.
		~ Folgen	Text Aber meine Oma Anni kann niemand mehr zurückholen, sagte meine Mama. Niemand kann den Herbst in Oma Annis Kopf aufhalten.	

3c)	Bewältigung	**Strategien und Maßnahmen, die zur Bewältigung der Krankheitssituation eingesetzt werden.**	Bild Die Familienmitglieder unterstützen ihre erkrankte Großmutter in entsprechender Weise, bringen ihr Zuneigung entgegen und beziehen sie in das Alltagsleben mit ein. Text Wir können nur versuchen, Oma Anni immer wieder zu zeigen, dass sie nicht auf einem einsamen Mond lebt, sondern bei Menschen, die sie gern haben. Bild Mutter und Tochter gestalten in Form eines Baumes das Leben von Oma Anni. Text Ich schaute auf den Baum, den wir gemalt hatten. Deshalb weiß sie noch so viele Dinge, die passiert sind, als sie jünger war? Fragte ich. So ist es, nickte meine Mama.	In dieser Kategorie werden die Bewältigungsmöglichkeiten und mögliche Problemlösungen für den Umgang mit der Krankheitssituation aufgezeigt. Dazu zählen psychische, emotionale und körperliche Hilfestellungen für die erkrankte Person sowie für nahestehende Personen.

131

Anhang 3: Lebenslauf

CURRICULUM VITAE

Erika Burgstaller-Brendt
Franz Birbaumergasse 26
2700 Wiener Neustadt

PERSÖNLICHE DATEN

Geburtsdatum:	17.02.1956
Geburtsort:	Lilienfeld
Staatsangehörigkeit:	Österreich
Familienstand:	verheiratet, eine Tochter, einen Sohn

AUSBILDUNG

2005 – 2011	Studium der Pflegewissenschaft, Universität Wien
2004 – 2005	Studienberechtigungsprüfung für die Studienrichtung Pädagogik
1975 bis laufend	berufsspezifische Lehrgänge sowie Fort- und Weiterbildungskurse an der NÖ- Landesakademie
1971-1975	Bildungsanstalt für Kindergärtnerinnen, Amstetten
1970 – 1971	Bundesfachschule für wirtschaftliche Frauenberufe, Türnitz
1962 – 1970	Volks- und Hauptschule, Hainfeld

BERUFLICHE TÄTIGKEIT

seit 1995	Vertragsbedienstete – NÖ Landesregierung: Seniorenbetreuerin im NÖ Landespflegeheim Wiener Neustadt
1975 – 1995	Vertragsbedienstete - NÖ Landesregierung: Erzieherin in der Waldschule, Wiener Neustadt