

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2007-2008)

Heft: 100

Artikel: Auf Betroffene hören - soziale Unterschiede im Umgang mit dementen Angehörigen

Autor: Karrer, Dieter

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-789860>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Auf Betroffene hören - Soziale Unterschiede im Umgang mit dementen Angehörigen

*Dieter Karrer

Einleitung

Was es bedeutet, einen dementen Angehörigen zu pflegen, weiss niemand besser als die Betroffenen selbst. Mit unserer soziologischen Untersuchung versuchen wir, diese Erfahrungen sichtbar zu machen, indem wir den Angehörigen von Demenzkranken eine Stimme geben. Was nur mit einer Art der Befragung möglich ist, die es ihnen erlaubt, ihre Geschichte zu erzählen und von ihren Erfahrungen, ihren Belastungen und ihrem Umgang damit zu berichten.

Obwohl eine solche Befragung von den Interviewten manchmal auch als eine Art Prüfung missverstanden werden kann („sage ich wohl das Richtige?“), geht es nicht darum, Noten zu verteilen: Wer macht es besser, wer weniger gut. In der Soziologie geht es darum, die Menschen so zu nehmen, wie sie sind. Was nicht nur eine moralische Haltung, sondern ein zentrales methodisches Prinzip darstellt: Man kann die Menschen nehmen, wie sie sind, wenn man versteht, warum sie so sind. Wenn es gelingt, ihr Verhalten nicht nur zu beschreiben, sondern aus ihren je spezifischen sozialen Bedingungen zu verstehen. Wobei ich als Soziologe davon ausgehe, dass ich mich ähnlich verhalten und äussern würde, wäre ich durch die gleichen gegenwärtigen und vergangenen Bedingungen geprägt und mit der gleichen Situation konfrontiert wie jene, die ich analysiere.

Die Erfahrungen der pflegenden Angehörigen sind auf den ersten Blick sehr individuell. Auf den zweiten Blick – und Wissenschaft hat ja das Privileg des zweiten Blicks – zeigt sich jedoch eine spezifische Ordnung des Unterschieds, die deutlich macht, dass „einen dementen Angehörigen pflegen“ je nach Position in der Gesellschaft – im sozialen Raum, wie wir das nennen werden – etwas Unterschiedli-

*Dr. Dieter Karrer

Referat im Rahmen der Tagung „Das ambulante Unterstützungs- und Therapieangebot für Demenzerkrankungen“ der Alzheimervereinigung Zürich, Mai 2006

ches bedeuten kann. Diese Unterschiede springen nicht ins Auge, sondern bedürfen der vergleichenden, wissenschaftlichen Analyse. Ich werde zunächst ganz kurz den theoretischen Rahmen darstellen, danach auf die Anlage der noch laufenden Untersuchung eingehen und anschliessend ein paar erste Ergebnisse skizzieren.

Sozialer Raum und Habitus

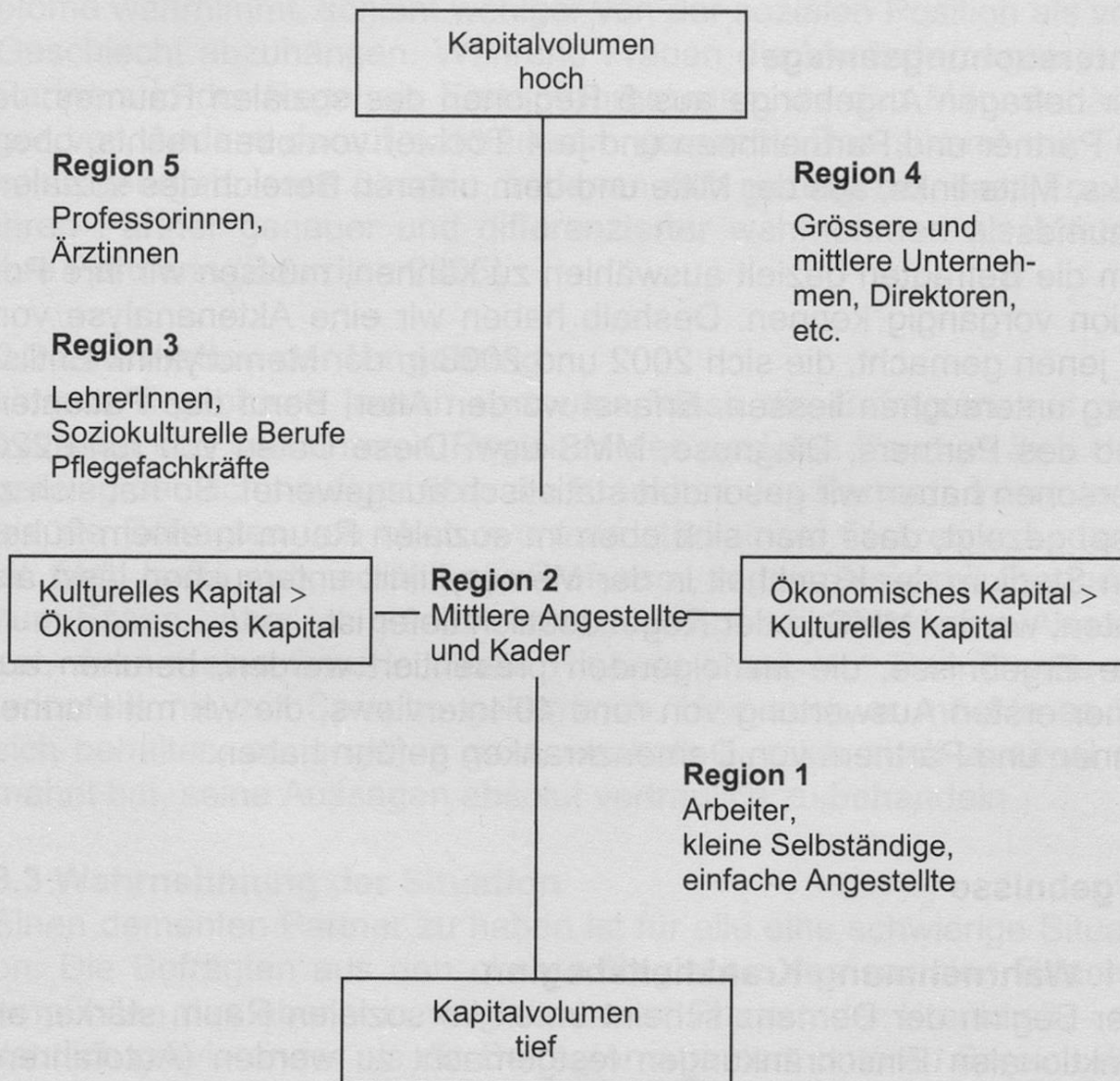
Um den Effekt sozialer Unterschiede analysieren zu können, beziehen wir uns auf das Modell des sozialen Raumes von Bourdieu (1982), das es erlaubt, soziale Unterschiede differenzierter darzustellen als das mit den üblichen Schichtmodellen möglich ist (vgl. S. 15).

Das Modell des sozialen Raums beruht im wesentlichen auf zwei Kapitalarten: dem ökonomischen (Einkommen, Vermögen) und dem kulturellen Kapital (v.a. Bildung). Die vertikale Achse wird gebildet durch das Kapitalvolumen, also den Umfang des ökonomischen und kulturellen Kapitals, über das man verfügt, die horizontale Achse durch das Verhältnis zwischen diesen beiden Kapitalarten: rechts ist das ökonomische Kapital grösser als das kulturelle, in der Mitte ist es mehr oder weniger ausgeglichen und links überwiegt das kulturelle Kapital das ökonomische. Nun lassen sich in einem so konstruierten Raum verschiedene Berufsgruppen verorten. Während die vertikale Achse definiert, ob eine Gruppe eher oben, in der Mitte oder unten steht, lässt sich aufgrund der horizontalen Achse bestimmen, auf welcher Kapitalform ihre Position vor allem beruht.

Aufgrund ihrer Position im sozialen Raum sind Akteure nicht nur mit einem unterschiedlichen Ausmass und unterschiedlichen Arten von sozialen Ressourcen ausgestattet, sie sind auch verschieden geprägt. Diese Prägung bzw. der Habitus beeinflusst das Verhalten von Akteuren in den verschiedensten Lebensbereichen, wie sich in empirischen Untersuchungen gezeigt hat (z. Bsp. Bourdieu 1982; Karrer 1998).

Wir gehen von der Annahme aus, dass diese Prägungen auch nach der Pensionierung weiter bestehen und der Habitus auch die Wahrnehmung der Demenz und den Umgang mit dementen Angehörigen

Das Modell des sozialen Raumes nach Bourdieu



bestimmt. Dass die Wahrnehmung der Situation und der Umgang mit ihr in verschiedenen Regionen des sozialen Raums also unterschiedlich ist.

Untersuchungsanlage

Wir befragen Angehörige aus 5 Regionen des sozialen Raumes: Je 10 Partner und Partnerinnen und je 4 Töchter von oben rechts, oben links, Mitte links, aus der Mitte und dem unteren Bereich des sozialen Raumes.

Um die Befragten gezielt auswählen zu können, müssen wir ihre Position vorgängig kennen. Deshalb haben wir eine Aktenanalyse von all jenen gemacht, die sich 2002 und 2003 in der Memoryklinik Entlisberg untersuchen liessen. Erfasst wurden Alter, Beruf des Patienten und des Partners, Diagnose, MMS usw. Diese Daten von rund 220 Personen haben wir gesondert statistisch ausgewertet. So hat sich z. Bsp. gezeigt, dass man sich oben im sozialen Raum in einem früheren Stadium der Krankheit in der Memoryklinik untersuchen lässt als unten, wo der MMS in der Regel deutlich tiefer ist.

Die Ergebnisse, die im folgenden präsentiert werden, beruhen auf einer ersten Auswertung von rund 40 Interviews, die wir mit Partnerinnen und Partnern von Demenzkranken geführt haben.

Ergebnisse

3.1. Wahrnehmung Krankheitsbeginn

Der Beginn der Demenz scheint unten im sozialen Raum stärker an funktionalen Einschränkungen festgemacht zu werden (Autofahren, Telefonieren, Kochen), während man oben eher kommunikative und intellektuelle Veränderungen erwähnt. Das erklärt mit, warum man sich unten in der Regel später als oben untersuchen lässt und entspricht – wie wir in einer früheren Untersuchung gezeigt haben – den unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, die man hat.

Während oben im sozialen Raum Krankheit stärker als Beeinträchtigung des physischen und psychischen Wohlbefindens gesehen wird,

wird Krankheit unten häufig auf physische Symptome reduziert und als krank betrachtet, wer seinen alltäglichen Funktionen nicht mehr nachkommen kann (Buchmann, Karrer, Meier 1985). Ob der betreuende Partner selbst oder jemand anderer die ersten Krankheitssymptome wahrnimmt, scheint weniger von der sozialen Position als vom Geschlecht abzuhängen. Während Frauen die Veränderungen ihres Partners in der Regel als Erste wahrnehmen, werden Männer häufiger von Andern darauf aufmerksam gemacht. Das stimmt mit Forschungsergebnissen überein, in denen sich gezeigt hat, dass Frauen ihren Partner genauer und differenzierter wahrnehmen als Männer ihre Partnerin (Bourdieu 2005).

3.2 Information der Umgebung

Unsere Ergebnisse lassen vermuten, dass die Befragten aus den mittleren und den unteren Regionen des sozialen Raumes ihre Umgebung deutlich häufiger über die Krankheit des Partners informieren als die Befragten von oben, wo man stärker auf Diskretion bedacht ist. Man treffe sich, erzählt ein Professor, regelmässig mit Freunden zum Essen. „Aber ich glaube nicht, dass irgend jemand eine Ahnung hat, dass meine Frau in dieser Hinsicht krank ist.“ Das Thema sei jedenfalls nie zur Sprache gekommen. Und auch er möchte es für sich behalten, so lange es geht, weshalb er mich auch zweimal ermahnt hat, seine Aussagen absolut vertraulich zu behandeln.

3.3 Wahrnehmung der Situation

Einen dementen Partner zu haben ist für alle eine schwierige Situation. Die Befragten aus den oberen Regionen des sozialen Raumes empfinden das aber – in vergleichbaren Phasen der Krankheit – als deutlich gravierender als die Befragten aus dem unteren Bereich des sozialen Raums. Das hängt damit zusammen, dass herkömmliche Momente des Habitus und der Lebensführung durch die Krankheit des Partners oben viel stärker tangiert werden als unten. Ich möchte das an ein paar Punkten erläutern:

1. Im Habitus der Befragten von oben tief verankert ist das Gefühl, sein Leben im Griff zu haben und es selbst bestimmen zu können. Durch die Demenz ihres Partners sind sie aber mit einer Krankheit

konfrontiert, die nicht heilbar ist. Unten hingegen sagt man, dass auch das bisherige Leben kein Zuckerschlecken war: „Ich habe schon so viel mitgemacht in meinem Leben, schlimmer konnte es gar nicht mehr kommen.“. Und anders als oben nimmt man das Leben stärker als zugewiesen wahr. Man hat Erfahrung mit dem Unausweichlichen und scheint auch deshalb besser damit zurecht zu kommen.

2. Kommunikation und intellektuelle Auseinandersetzung sind in den oberen Regionen des sozialen Raumes, vor allem oben links, zentrale Werte, die durch die Krankheit des Partners verloren gehen, was als sehr schmerzhaft empfunden wird. Unten hingegen empfindet man diesen Punkt als weniger schlimm, weil hier vor allem die alltägliche Funktionsfähigkeit und somatische Aspekte im Vordergrund stehen. „Es tut ihm ja nichts weh. Er muss ja keine Schmerzen haben! Also wenn er jetzt Schmerzen haben müsste, also das wäre dann weniger gut. Dann würde ich es wahrscheinlich schon auch auf die hohe Achsel nehmen. Aber nicht so. Er wird bedient von Kopf bis Fuss, er muss nur essen und schlafen. Er hat ja das schönste Leben! (lacht)“¹.

3. Eigenes Leben und individuelle Freiräume sind den Befragten oben im sozialen Raum viel wichtiger als jenen unten, weshalb man die Einschränkungen der eigenen Möglichkeiten, die mit der Krankheit verbunden sind, auch viel stärker empfindet. Während man oben mehr Zeit *für sich* haben möchte, spielt das unten praktisch keine Rolle, weil man sich weniger als Individuum versteht, das einen Anspruch auf ein eigenes Leben hat, sondern viel stärker das Gemeinsame in den Vordergrund stellt.

4. Frauen aus dem oberen Bereich des sozialen Raumes beklagen auch stärker den gesellschaftlichen Statusverlust ihres Mannes, u.a. auch deshalb, weil sie durch seine Krankheit an abgeleitetem Status

¹ Das somatische Krankheitsverständnis kann auch dazu führen, dass man Mühe hat, den Partner als Kranken zu akzeptieren und ihn weiterhin wie einen Gesunden behandelt.

einbüßen. „Wenn Sie meinen Mann früher gekannt hätten und dann jetzt die Defizite sehen, das tut weh. (...) Ein stolzes Regiment hat er befehligt. Und die Studenten haben ihn gerne gehabt.“

Diese Unterschiede erklären mit, warum die Befragten von oben auch mehr psychische und physische Beschwerden nennen als jene aus dem unteren Bereich des sozialen Raumes. Was jedoch nicht heisst, dass man hier keine Probleme hat. Fast mehr Mühe als mit der Krankheit selbst scheint man jedoch mit den sozialen Begleitumständen zu haben, mit allem „was drum herum ist“, wie eine Befragte meint, der vor allem ihre finanzielle Notlage zu schaffen macht. „Also ich will Ihnen so viel sagen: wenn das Finanzielle nicht wäre, das mich so plagt, mit dem anderen würde ich eigentlich fertig.“

3.4 Umgang mit der Situation

Geprägt durch ein Leben, das man nicht gross beeinflussen kann, nimmt man im unteren Bereich des sozialen Raumes die Krankheit mehr oder weniger hin und unternimmt nicht viel. „Sie sagen ja, man muss es auf sich zukommen lassen. Nein, wir haben gar nichts unternommen sonst. Die Memoryklinik hat mich schon zweimal angerufen, wie es geht. Und dann sage ich, es geht gut.“

Anders als im oberen Bereich des sozialen Raumes wird auch die Zukunft nicht als Möglichkeitsraum gesehen, den man beeinflussen und planen kann, sondern als ein Fa(k)tum, das man auf sich zukommen lässt. „Ja, ich muss es einfach so nehmen wie es kommt. (...) Ich bin noch nie einer gewesen, der weiss der Teufel wie lange zum Voraus Pläne gemacht hat.“

Informationen über die Krankheit sind von vergleichsweise geringer Bedeutung: Man informiert sich wenig. Und wenn, dann nicht (abstrakt) über Bücher oder Vorträge, sondern (konkret) über Personen, die man kennt.

Oben findet man zwar auch, dass man die Krankheit nicht heilen kann, aber geprägt durch einen Habitus der Machbarkeit versucht man ihren Verlauf so weit wie möglich zu beeinflussen. „Ändern kann man es nicht“, meint ein Professor. „Also muss man schauen, was Schritt für Schritt zu machen ist.“ Dieser Habitus der Machbarkeit

kann auch dazu führen, dass man den Dementen – vor allem zu Beginn der Krankheit – überfordert.

Anders als im unteren Bereich des sozialen Raumes kommt der Information über die Krankheit eine grosse Bedeutung zu: man informiert sich über Bücher, Artikel und Fachvorträge. Informationen werden als Handlungsoptionen gesehen, welche die Beeinflussungsmöglichkeiten erweitern. Und sie erlauben es, Symptome und Veränderungen zu ordnen, zu verstehen und bis zu einem gewissen Grad auch vorherzusehen, was Unsicherheit reduziert und das Gefühl verstärkt, der Situation nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Man möchte „nicht einfach in etwas hineintrampen“, wie es eine Befragte ausdrückt und versucht damit zumindest einen Rest von Souveränität gegenüber einer Krankheit zu behaupten, die letztlich nicht beherrschbar ist.

Informationen können auch das Gefühl vermitteln, die Krankheit zumindest intellektuell zu beherrschen. Und sie können auch als Statusressource genutzt werden, vor allem von Männern, die sich zum Teil als eigentliche Experten der Krankheit sehen: „Weil der Hausarzt auch beschränkt ist in seinem Wissen, habe ich dann angefangen, ihm zu empfehlen, was man machen könnte. (Frage: Also Sie haben sich fast mehr damit beschäftigt als er?) A: Ja, eindeutig. Wobei ich auch nicht der Normalfall bin. Ich würde jetzt behaupten, dass ich schon ziemlich viel weiss, eben dank diesen Möglichkeiten.“

Auch Frauen können durch die Krankheit des Mannes an gesellschaftlichem Status gewinnen, wie jene Befragte, die nun das macht, was früher ihrem Mann vorbehalten war: sie ist es nun, die an der Börse spekuliert, und dabei erst noch viel erfolgreicher ist als ihr Mann, was ihr Selbstbewusstsein beträchtlich gesteigert hat.

Ist der Mann krank, verändert sich auch innerhalb der Beziehung das Kräfteverhältnis zugunsten der Frau. Das ist in allen Milieus der Fall. In den Gesprächen hatte ich jedoch den Eindruck, dass das Frauen von oben ihrem Mann gegenüber eher zu vertuschen suchen – „Wahrscheinlich mache ich es auf eine Art, dass es ihn nicht stört. Und ich sage immer: Wie du gesagt hast, wir machen das...“ – während man unten den Statusverlust des Mannes direkter und unverblümter anspricht: „Da hat er gesagt: Du, wenn du das machst, dann

werfe aber ich dich zum Fenster raus. (...) Da habe ich gesagt, ja, ja, dann musst du dir aber zuerst einen Schnauz wachsen lassen, gell (lacht).“

3.5 Positionsheterogamie und Beziehungskonflikte

Die Unterschiede im sozialen Raum zeigen sich nicht nur zwischen den Befragten, sondern können auch innerhalb einer Beziehung wirksam sein und hier zu spezifischen Konflikten führen, die den Umgang mit dem kranken Partner sehr stark prägen.

Vor allem Befragte aus der Mitte geben an, dass ihre Ehe vor der Krankheit nicht so gut gewesen sei, was nicht selten damit zusammenhängt, dass die betreffenden Partner unterschiedliche Positionen im sozialen Raum haben und über diese unterschiedlichen Positionen auch verschieden geprägt sind. Sie hätten, meint eine Frau mit sozialem Beruf, die mit einem Landwirt verheiratet ist, sie hätten halt einfach einen anderen Horizont und nicht nur verschiedene Interessen, sondern auch andere Beziehungsvorstellungen, was schon vor der Krankheit ihres Mannes immer wieder zu Konflikten geführt habe. Solche Konflikte machen es schwieriger, den Partner als Kranken zu akzeptieren, „weil gewisse Äusserungen hat er schon früher gebracht, wie er noch gesund gewesen ist. Und das ist so ein Schwanken das man hat so einem Patienten gegenüber, man weiss manchmal nicht, meint er jetzt das so oder so. Ist das jetzt sein Charakter, weil er das früher auch schon gesagt hat, oder ist das Ausdruck seiner Krankheit“. Das kann nicht nur Frustrationen und Aggressionen verstärken, sondern auch die Bereitschaft verringern, möglichst lange für den Partner zu sorgen.

Ich habe auch einen Mann befragt, dessen Beziehung zu seiner Frau durch ein Statusdefizit geprägt war. Sie hatte nicht nur mehr Bildung als er, sondern gab ihm auch immer wieder zu verstehen, dass er ihr zu wenig war. So jemand wie du, der fährt nicht Auto, der fährt Tram, habe sie ihm gesagt. Das hat nicht einfach seinen Stolz, es hat seinen männlichen Stolz verletzt.

Wenn sie sich nun heute, da sie krank ist, nichts von ihm sagen lässt, kommen all diese Verletzungen wieder hoch. Er hat das Gefühl, dass

sie ihm Dinge absichtlich zu Leide tut und fühlt sich von ihr als Mann nicht ernst genommen, was auch mit erklärt, warum ihm so sehr davor graut, die traditionell den Frauen zugeschriebene Hausarbeit übernehmen zu müssen.

3.6 Pflegearrangement

Unten neigt man eher dazu, seine Ansprüche, die ohnehin vergleichsweise gering sind, der neuen Situation anzupassen. Und man scheint es als selbstverständliche Aufgabe zu betrachten, selbst für den Partner zu sorgen. Allein für den Partner sorgen zu können, so lange es geht, scheint vor allem für Frauen selbstverständlicher Bestandteil ihrer Geschlechterrolle zu sein und ein wesentliches Moment ihrer Identität zu bilden.

Vorherrschendes Pflegearrangement ist hier "Caregiving": Man macht so weit als möglich alles selbst und greift relativ wenig auf professionelle Hilfe zurück, wobei dann die Gefahr besteht, dass das häusliche Pflegesystem zusammenbricht und es zu einer frühzeitigen Heimüberweisung kommt.

Oben im sozialen Raum sind die Ansprüche auf ein eigenes Leben nicht nur grösser, man passt seine Ansprüche auch weniger der Situation an, sondern versucht aufgrund seiner materiellen und informationellen Möglichkeiten seinen Alltag so zu organisieren, dass man möglichst viel an eigenem Leben behaupten kann. Deshalb nimmt man nicht nur deutlich mehr professionelle Hilfe in Anspruch als unten im sozialen Raum, sondern scheint auch früher auf diese zurückzugreifen.

Das vorherrschende Pflegearrangement ist hier weniger "Caregiving" als "Caremanaging". So meint eine Befragte, die über mannigfache professionelle Hilfen verfügt: „Ich tu natürlich fürs Leben gern solche Sachen organisieren. Das mache ich mit dem kleinen Finger (lacht). Irgendwie, das liegt mir sehr, Leute um mich herum zu haben, dass etwas läuft. Ich habe jetzt zum Beispiel auch die Putzfrau bedeutend mehr, ich habe den Gärtner mehr usw.“

3.7 Wer mehr hat, vermisst auch mehr

Auf die Frage, ob man Dinge vermisst, die einem die Situation erleichtern würden, nennen die Befragten aus dem oberen Bereich des sozialen Raumes vor allem mehr professionelle Unterstützung,² während das unten praktisch nicht der Fall ist und auch in der Mitte seltener erwähnt wird.

3.8 Die Kritik an den Ärzten

Sehr kritisch, das sei am Schluss noch erwähnt, äussern sich viele Befragte über die Ärzte, vor allem die Hausärzte, denen man nicht selten vorwirft, erste Symptome der Krankheit zu wenig ernst zu nehmen und die Abklärung zu verzögern, generell zu wenig über Alzheimer zu wissen oder bei der Behandlung zu wenig Engagement zu zeigen.

Kritik äussern Befragte aus allen Regionen des sozialen Raumes.³ Aber sie bedeutet unten etwas anderes als oben. Bei den Befragten aus dem unteren Bereich des sozialen Raumes ist das soziale Gefälle zu den Ärzten sehr steil. Deshalb getraut man sich hier weniger, die Ärzte direkt zu kritisieren oder gar den Arzt zu wechseln, wenn man nicht zufrieden ist. Ja, es kann sogar sein, dass man zwar negative Erfahrungen macht, die Autorität des Arztes dadurch aber nicht in Frage gestellt wird. So hat mir eine Frau erzählt, dass der Hausarzt ihren Mann mit der Begründung „es gibt sowieso kein Medikament“ nicht an die Memoryklinik überweisen wollte, was sie nicht nur widerspruchlos hingenommen hat, es hat auch ihr Bild des Arztes nicht tangiert: „Das ist ein guter. Er ist recht. Er ist mehr als recht. Aber er wollte uns nicht anmelden.“ Erst als die Tochter interveniert hat, ist es zur Überweisung gekommen.

² Zum Beispiel hätte man gerne jemanden, der sich auch mal über Nacht um den Partner kümmern könnte.

³ „In der Angehörigengruppe“, meint ein Befragter, „fast durchwegs sind sie nicht zufrieden mit den Hausärzten. (...) Da habe ich die Frage gestellt, kann man nicht über den Stadtarzt mal etwas unternehmen, dass die Hausärzte mal orientiert werden, wie sie sich verhalten sollten“.

Oben hingegen kann man sich aufgrund seiner Position nicht nur eher leisten, den Arzt direkt zu kritisieren und sich gegebenenfalls einen anderen zu suchen. Es wäre auch zu fragen, ob Ärzte nicht auch (unbewusst) dazu neigen können, deren Kritik und Anliegen ernster zu nehmen. „Eben“, meint ein Professor, mit dem ich gesprochen habe, „ich habe dem Arzt gesagt, muss es so sein, dass meine Frau nach all den Tests so völlig verzweifelt weggeht. Und dann ist sofort der Chef zusammengetrommelt worden. Und wir haben dann nochmals....alle zwei oder drei Ärzte haben sich tröstend gekümmert.....“ Ganz anders tönt es aus der Perspektive eines Befragten von unten: „Und wenn ich manchmal mitgegangen bin, dann habe ich ganz offensichtlich gemerkt, was ich ihm nahegelegt habe, was passiert ist mit der Frau, da hat er gar nicht gehört auf mich. Absolut nicht. Und das ist dann so weit gekommen bei mir, ich habe es ihm nicht gesagt, jetzt gehe ich zum letzten Mal mit zu diesem Arzt. Wenn ich dort bin und etwas sage und der hört nicht zu, dann kann ich auch daheim bleiben.“

4. Schlussfolgerungen

Eine soziologische Untersuchung wie diese kann einen Beitrag dazu leisten, die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel zu verbessern: Leute aus ihren je spezifischen Bedingungen zu verstehen, um ihnen dadurch gerechter zu werden. Was voraussetzt, dass wir auch fähig sind, uns selbst aus sozialen Unterschieden zu verstehen.

So sollten sich auch jene, die professionell mit Demenzkranken und ihren Angehörigen zu tun haben, bewusst sein, dass auch sie ihren Ort im sozialen Raum haben, der ihre Perspektive auf eine spezifische Art und Weise prägt:

- ⇒ Aus dieser Perspektive ist es zum Beispiel durchaus naheliegend, eine Informationsveranstaltung unter dem Titel „Businesslunch“ anzukündigen oder „philosophische Nachmittage“ durchzuführen, wogegen nichts einzuwenden ist. Man sollte sich einfach bewusst sein, dass solche Angebote nur schon vom Titel her sozial höchst selektiv sind, weil sie vor

allem Leute ansprechen, die von ihrem Habitus dazu disponiert sind.

⇒ Texte, Vorträge usw. sind für uns wichtige Mittel der Informationsbeschaffung. Man sollte sich aber bewusst sein, dass Leute aus dem unteren Bereich des sozialen Raumes eher über konkrete Geschichten von Personen lernen als über Vorträge, die man häufig abstrakt und langweilig findet.

⇒ Der Anspruch auf ein eigenes Leben, individuelle Freiräume usw. sind wesentliche Bestandteile unseres Habitus. Von daher liegt es nahe, den Betroffenen vorzuschlagen, mehr für sich zu schauen und auch mal allein in die Ferien zu fahren, um sich zu entlasten. Auch dagegen ist nichts einzuwenden, solange man nicht vergisst, dass nicht alle im sozialen Raum so denken. Der Vorschlag, allein in die Ferien zu fahren zum Beispiel steht unten im sozialen Raum in Gegensatz zu herkömmlichen Formen des Habitus und der Lebensführung, in denen nicht „eigenes Leben“, sondern „gemeinsam über die Runden kommen“ im Vordergrund steht.

Literatur

- Bourdieu, P. (1982), *Die feinen Unterschiede*. Frankfurt: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (2005), *Die männliche Herrschaft*. Frankfurt : Suhrkamp
- Buchmann, M., Karrer, D., Meier, R. (1985), *Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag*. Bern: Haupt
- Karrer, D. (1998), *Die Last des Unterschieds*. Biographie, Lebensführung und Habitus von Arbeitern und Angestellten im Vergleich. (2. Auflage 2000). Wiesbaden: West-deutscher Verlag

Altersmythos

Schwierige Mieter

Altersmythos

Betagte sind Mieter, die besonders viele Probleme verursachen.

Wirklichkeit

Im Bereiche häuslicher Gewalt und Ausweisungen fallen Betagte praktisch nicht auf, bei Lärm entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil, lediglich im Bereiche notwendiger Hilfeleistungen sind vermehrte Polizeieinsätze nötig.

Begründung

Die Auswertung aller Polizeieinträge, die alle polizeilichen Interventionen in der Stadt Zürich dokumentieren, je über eine Woche im Januar, August und Oktober 2007, sowie für den Bereich Ausweisungen über die Monate Januar und August 2007 ergab:

- Von den evaluierten 38 Fällen häuslicher Gewalt erfolgten 0 bei über 65-Jährigen und 0 bei über 80-Jährigen.
- Von den 180 polizeilichen Interventionen wegen Lärm aus dem Wohnbereich erfolgten 19 % bei über 65-Jährigen.
- Von den 31 polizeilich durchzusetzenden, gerichtlich angeordneten Ausweisungen aus Wohnungen (Mieter, die trotz Kündigung in der Wohnung verblieben sind) erfolgten 10 % bei 65 bis 80-Jährigen, 0 % bei über 80 Jährigen.
- Von den 526 Hilfeleistungen durch die Polizei in Wohnungen waren 20 % nötig bei 65 bis 80-Jährigen (11 % der Bevölkerung) und 27 % bei über 80-Jährigen (= 7 % der Bevölkerung).

D. h. Betagte verursachen als Mieter weniger Störungen als Jüngere, sie benötigen lediglich mehr Hilfeleistungen durch die Polizei (= Gratsdienstleistung der öffentlichen Hand).

Unveröffentlichte Auswertungen aus dem Zentraljournal der Stadtpolizei Zürich durch den Analysedienst APE (vom Dezember 2007)