

Justus-Liebig-Universität Gießen
Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung
Bismarckstraße 37, 35390 Gießen

Ressourcenverteilung in der häuslichen Altenpflege
unter spezieller Berücksichtigung
der Lebenssituation pflegender Töchter

Diplomarbeit

gestellt von
Prof. Dr. Uta Meier

vorgelegt von
and. oec.troph. Kerstin Hämel

Gießen, im Dezember 2004

Kurzfassung

Die Auseinandersetzung mit dem wachsenden Bedarf an Versorgung, Pflege und Betreuung alter hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wird auf gesellschaftspolitischer Ebene intensiv geführt. Sie wird insbesondere in der Diskussion um die (Neu-)Ausrichtung des Pflegeversicherungsrechtes fokussiert und zeigt vielfältige Schnittmengen zu weiteren sozial- und familienpolitischen Handlungsfeldern. Bisherige Regulierungsinteressen zielen auf die Erhaltung und Stärkung häuslicher Pflegearrangements.

Über 70 % der Leistungsbezieher der privaten und sozialen Pflegeversicherung leben in Privathaushalten. Der Fürsorgebereich „häusliche Altenpflege“ wird weiterhin in traditioneller, geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung von Frauen, überwiegend aus der Generation der (Schwieger-)Töchtern, getragen. In dieser Arbeit wird speziell aus ihrer Perspektive der Ressourceneinsatz in der häuslichen Altenpflege und die Vereinbarung der Aufgaben mit weiteren Lebens- und Arbeitsbereichen untersucht. Die Pflege eines Elternteils kennzeichnet für diese Frauen einen besonderen Lebensabschnitt, häufig gehen damit aber auch weitreichende ökonomische und soziale Benachteiligungen für die Pflegenden einher.

Zentrale Frage ist, unter welchen Bedingungen für alle Beteiligten sinnvolle Pflegearrangements in der häuslichen Altenpflege entstehen können. Analytischer Zugang ist zum Einen die Betrachtung konkreter Bedingungen auf Ebene des Privathaushalts und seines infrastrukturellen Umfelds, zum anderen pflege- und familienpolitische Ansätze im Handlungsfeld. Konzeptionell wird die Analyse von der Theorie haushälterischen Handelns der Gießener Arbeitsgruppe am Lehrstuhl für Wirtschaftslehre des Privathaushalts und Familienwissenschaft getragen. Sie ermöglicht eine Herangehensweise, mit der die Komplexität lebensweltlicher Handlungen strukturiert analysiert werden kann.

Erkenntnisse vorliegender Studien werden nach diesem Konzept ausgewertet. Sie werden komplementiert durch die Analyse von sieben Interviews, die im Rahmen einer eigenen qualitativen Studie mit pflegenden Töchtern entstanden.

Diese Vorgehensweise ermöglicht einen Erkenntnisgewinn zur Situation pflegender Töchter sowie darüber hinaus im Handlungsfeld häusliche Altenpflege. In Verbindung mit den theoretischen Vorüberlegungen zeigt sich, dass häusliche Altenpflege für alle Beteiligten erst dann ein zukunftsfähiges Versorgungsmodell sein wird, wenn die Gleichwertigkeit von Familien- und Erwerbstätigkeit verankert wird und eine verstärkte Transparenz und Vernetzung professioneller Hilfsangebote in der häuslichen Altenpflege gelingt.

Abstract

The increasing elder population in need of long-term care is in focus of intensive socio-political debate. The re-organisation of nursing care insurance (German: Pflegeversicherung) and other socio-political and family-political inventions are especially involved. The pivotal purpose is the maintenance of care at home.

Over 70% the persons in receipt of benefit from social or private nursing care insurance are living in private households. Informal elder care in private households is a theme of traditional gender division of labour. Mostly the daughters and daughters in law are rendering the care-work. This thesis takes especially in the perspective of these daughters and their cope with the care-situation and around other life spheres. The care of old parents is a special stage of woman's life and also accompanied by economical and social risks and deprivation.

The analyses will focus on the question what conditions advance suitable arrangements. It will be vital to discuss the micro-level of private households, the meso-level of social services and the macro-level of care and family-politics in an integrated perspective.

Theoretical background is theory of housekeeping action of Gießener work group at professorship of economy of the private Household and family science. This is an approved concept to structured analysis of the complexity of acting in life-world (Lebenswelt).

Findings of present studies are reflected and complemented by an own qualitative study on basis of seven interviews with caring daughters.

The analyses shows central themes of caring daughters and general problems and opportunities of home care. In linking with theoretical background there are two main themes of sustainable home care arrangements: the equality of family work and gainful employment and the transparency and revised linking of social services in the home care arrangements.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Pflege, Pflegebedürftige, Pflegende – eine Begriffsbestimmung	7
2.1 Der häusliche Pflegealltag	7
2.2 Pflegebedürftigkeit im Pflegeversicherungsrecht.....	9
2.3 Pflegende im Verständnis dieser Arbeit	13
3 Familiäre, intergenerationale Unterstützungsleistungen	14
3.1 Allgemeine Erkenntnisse zum Miteinander der Generationen in der Familie	14
3.2 Motivationen zur Übernahme und Fortsetzung der häuslichen Pflege eines Familienmitglieds	17
4 Die Situation pflegender Töchter	22
4.1 Veränderung der eigenen Lebensplanung	22
4.2 Die Pflegesituation	23
4.3 Erwerbstätigkeit und Pflege	25
4.4 Die finanzielle Situation	26
4.5 Bedeutung des sozialen Netzwerkes in der häuslichen Altenpflege	28
4.5.1 Das private Umfeld der Pflegenden.....	28
4.5.2 Das professionelles Umfeld in der häuslichen Altenpflege.....	30
5 Häusliche Altenpflege aus sozialpolitischer Perspektive	34
5.1 Familie und Pflege im Spiegel der Familienpolitik.....	34
5.2 Die Pflegeversicherung	37
6 Häusliche Altenpflege – forschungstheoretisches Fundament	40
6.1 Der Forschungsansatz der Giessener HaushaltswissenschaftlerInnen	40
6.2 Häusliche Pflegearrangements in haushaltswissenschaftlicher Perspektive	44

7	Methodisches und konzeptionelles Vorgehen	49
7.1	Allgemeines Verständnis: qualitativer Forschungsansatz	49
7.2	Datenerhebung: Das problemzentrierte Interview.....	50
7.3	Die Stichprobe	51
7.4	Auswertung der Fälle und Darstellung der Ergebnisse	52
7.5	Erläuterung der Auswertungsdimensionen.....	54
8	Einzelfallbezogene Darstellung der Versorgungs- und Pflegesituationen.....	62
8.1	Frau Diedrichs	62
8.2	Frau Fell.....	68
8.3	Frau Gerhard.....	73
8.4	Frau Holland	78
8.5	Frau Irmhold	83
8.6	Frau Kremer.....	89
8.7	Frau Naumann	96
9	Fallübergreifende Erkenntnisse aus den Interviews	102
10	Verbesserung der Situation Pflegender:	
	Pflege- und Familienpolitische Ansätze.....	110
10.1	Handlungsbedarf: professionelles Hilfsangebotssystem	110
10.2	Orientierungen für eine moderne Familienpolitik	112
10.2.1	Politik für gelebte statt institutionalisierte Familienformen	112
10.2.2	Familie als Partner der Wohlfahrtsproduktion	113
10.2.3	Aktive Förderung der Geschlechtergerechtigkeit.....	114
	Literaturverzeichnis	116
	Anhang	
	Danksagung	
	Persönliche Erklärung	

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle I: Die Pflegestufen des SGB XI	10
Tabelle II: Höhe des Pflegegeldes und monetärer Wert der Sachleistungen in der häuslichen Pflege aus der Pflegeversicherung nach Pflegestufe	11
Tabelle III: Alternative Pflegearrangements	45
Tabelle IV: Auswertungsdimensionen und Unterkategorien	61

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung I : Das Familienhaushaltssystem und sein Umfeld	44
Abbildung II: Unterstützung pflegender Angehöriger nach helfender Person/Organisation	46
Abbildung III: Pflegebedürftige nach Haushaltsgröße und Pflegebedarf	47

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
bzw.	beziehungsweise
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
CDU	Christlich Demokratische Union
CSU	Christlich Soziale Union
d.h.	das heißt
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
ebd.	ebenda
et al.	et alii
etc.	et cetera
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
Hg.	HerausgeberIn
insb.	insbesondere
i.S.	im Sinne
i.S.d.	im Sinne der/des
Kap.	Kapitel
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
mind.	Mindestens
Mio.	Millionen
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte/-r
TN	Teilnahme
u.	und
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

„Das Spektakuläre an der Pflege zu Hause durch Angehörige ist, dass sie als gesellschaftliches Phänomen und als menschliche Notwendigkeit so unspektakulär, so selbstverständlich, ja, so marginalisiert ist.“

Annemarie Kesselring 2002: 88

1 Einleitung

Im Zuge der demographischen Alterung der modernen Gesellschaften ist das Problem eines wachsenden Bedarfs an Betreuung und Pflege für alte Menschen entstanden. Obwohl Alter nicht mit Krankheit oder Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden kann (Deutscher Bundestag 2002: 86), steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden an. Betroffen sind insbesondere Hochbetagte. 45 % der Pflegebedürftigen¹ sind 80 Jahre und älter bzw. 21 % der 80 Jahre und älteren sind pflegebedürftig (Schneekloth & Leven 2003: 9). Knapp 2/3 der Pflegebedürftigen sind Frauen, was hauptsächlich auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen ist. Die demographische Alterung der Gesellschaft führt in Zukunft - wenn nicht präventive und rehabilitative Maßnahmen stärker greifen – zu einer drastisch steigenden Zahl von Pflegebedürftigen (vgl. Rosendahl 2003: 34; ausführlich: Dietz 2002). Im Jahr 2030 werden, je nach Berechnungsmodi² der einzelnen Modellprognosen 2,16 bis 2,57 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland leben, im Jahr 2040 bereits 2,26 bis 2,79 Millionen. Nach der Berechnung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) werden in knapp 50 Jahren doppelt so viele Menschen wie heute auf eine pflegerische Versorgung und Betreuung angewiesen sein³ (BMFSFJ 2001: 88).

Zum Jahresende 2002 liegt die Zahl der Pflegebedürftigen bei etwa 2 Millionen Menschen. Mehr als 70% dieser Personen werden im privaten Haushalt versorgt (BMGS 2003a: 1). Das angeblich „massenhafte Abschieben der Älteren“ in die Heime hat sich also längst als ein soziales Märchen der Gerontologie erwiesen (Rosenkranz & Schneider 1997: 146). Das Zentrum der Pflege, Versorgung und Betreuung chronisch kranker und alter Menschen ist der häusliche Lebenszusammenhang.

Bei der Verteilung der Pflege-Aufgaben in der häuslichen Altenpflege wird deutlich, dass der private Haushalt nicht nur Ort der Verrichtung von pflegerischen und versorgerischen Leistungen ist, sondern auch *die* personale Ressource zur Erbringung dieser Leistungen stellt. Private Personen, zumeist aus dem nächsten Familienkreis, tragen mit Abstand die Hauptlast in der häuslichen Altenpflege. In der Literatur ist es üblich, jene Person im Unterstützungsnetzwerk, welche die Hauptverantwortung für die Pflege trägt als

¹ Angabe auf der Grundlage der Pflegebedürftigkeitsdefinition des Pflegeversicherungsrechtes; siehe ausführlich: Kapitel 2, S. X. Soweit nicht ausdrücklich darauf hingewiesen, beziehen sich die weiteren Zahlenangaben zur Prävalenz von Pflegebedürftigkeit in den folgenden Ausführungen auf diese Definition.

² Unterschiede sind hier hauptsächlich auf verschiedenen Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung zurückzuführen, welche die verschiedenen Modellprognosen zu Grunde legen.

³ Das DIW rechnet im Jahr 2050 mit einer Anzahl von 3,88-4,02 Mio. Pflegebedürftigen.

„Hauptpflegeperson“ zu bezeichnen. Im Familiennetzwerk zeigt sich eine Hierarchie der Hauptpflegepersonen nach Nähe der familialen Bande und geographischer Nähe zwischen hilfebedürftiger und potentiell helfender Person (Fuchs 1999c; ESVLA 1993: 74). In der Regel übernimmt die Rolle der pflegenden Person der Partner bzw. die Partnerin im eigenen Haushalt. Fällt diese Person aufgrund eigener Krankheit oder Tod aus, folgen Kinder und Schwiegerkinder. Das Geschlecht ist dabei zentraler Faktor der Übernahme von Pflegeverantwortung. 73 % der Hauptpflegepersonen sind Frauen (Schneekloth & Leven 2003: 19). An erster Stelle steht hier die Pflegekonstellation ‚Frau pflegt eigene Mutter‘, gefolgt von ‚Frau pflegt Ehemann‘ und ‚Frau pflegt Schwiegermutter‘ (Fuchs 1999a: 338). Den pflegenden Schwiegersohn dagegen gibt es statistisch nicht. Ich beschäftige mich in dieser Arbeit speziell mit der Situation von Töchtern, die einen Elternteil zu Hause pflegen. Dies hat nicht nur den Grund, dass Töchter die Hauptgruppe der Pflegenden in der häuslichen Altenpflege sind. Vielmehr wird die Pflegeübernahme neben den weiteren Rollenanforderungen in Familie und Gesellschaft für Töchter - als Frauen in den mittleren Lebensjahren - eine häufig besonders problematische und konfliktreiche Lebensphase im Lebenslauf (Hedtke-Becker 1996 7f; Wegener 1996: 35f).

In der sozialpolitischen und sozialwissenschaftlichen Diskussion wird seit einigen Jahren darauf verwiesen, dass die „Ressource“ Tochter in der häuslichen Altenpflege knapp wird. Rein bevölkerungsstatistisch gesehen sind es immer weniger Töchter, die mit der wachsenden Zahl der pflegebedürftigen Eltern konfrontiert werden. Hinzu tritt, dass gesellschaftliche Modernisierungsprozesse einhergehen mit Veränderungen von Haushalts- und Familienstrukturen. Es zeichnet sich die Notwendigkeit einer Neu-Verteilungen von Ressourcen zwischen den Generationen und Geschlechtern im familialen Gefüge ab. Maßgeblich sind diese angestoßen durch Frauen selbst. Frau strebt heute eine verstärkte Profilierung am Arbeitsmarkt an und trägt die Vorstellung vom Recht auf ein „eigenes Leben“ jenseits von häuslichen Verpflichtungen, die aus einem veralteten Geschlechterverhältnis oder der Abstammungslinie abgeleitet sind verstärkt in sich (Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 11ff).

Die öffentliche Wahrnehmung und die Politik tun gut daran, dies ernst zu nehmen, denn die Übernahme von Sorgearbeit für die ältere Generation, wird von denen, die sie leisten heute eben nicht mehr selbstverständlich erbracht. Dies trifft nicht nur für jene Töchter zu, die ihren Alltag jenseits traditioneller geschlechtsspezifischer Rollenaufteilung zu gestalten

versuchen. Auch in Selbstbeschreibungen pflegender Töchter mit traditioneller Rollenübernahme im Lebenslauf spiegeln sich Ambivalenzen zwischen der Verhaftung in traditionellen Werten und modernen individualistischen Zielen wieder (Dallinger 1997). Eine sinnvolle Politik muss sich die Frage stellen, wie sie darauf reagieren kann.

Eine entscheidende Frage ist, wie die Ressourcen zur Sicherstellung der Pflege gegenwärtig in der Gesellschaft verteilt werden. Die gerontologische Forschung hat herausgearbeitet, dass unter modernen Bedingungen Freiwilligkeit und Unabhängigkeit die entscheidende Basis für Interaktion und Hilfeleistung in intakten Familienbeziehungen sind. Die Verfügbarkeit ergänzender professioneller Hilfe- und Pflegeleistungen und Alternativen zur familialen Hilfe haben sich als zentrale Faktoren herausgestellt, unter denen die Leistungsfähigkeit in den Familien erhalten werden kann (Backes 1992: 459).

Die Möglichkeiten des Zugriffs und Einsatz von Ressourcen zur Sicherstellung der Pflege in der Gesellschaft werden durch die vom Pflegesystem geschaffenen strukturellen Rahmenbedingungen geprägt. Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde nach 20 Jahre anhaltender Debatte über eine geeignete sozialpolitische Reaktion auf Pflegebedürftigkeit ein sozialrechtlich eigenständiges Pflegesystem etabliert. Die eingesetzten Mittel umfassen insbesondere die Stärkung der Kaufkraft der Pflegebedürftigen und die ökonomische Sicherung für Pflegebedürftige und ihre Helferinnen. Daneben wird der Auf- bzw. Ausbaus eines qualitätsgesicherten Angebots an ambulanten und institutionellen Dienstleistungen gefördert (SGB XI § 8, §9, § 80).

Der Auf- und Ausbau eines formellen Pflegesystems kann als weitreichender Anpassungsversuch der Sozialpolitik an die geänderte Ressourcenverteilung in der Familie gedeutet werden. Allerdings gibt es in der Literatur einige Hinweise, dass das neue Pflegesystem in Deutschland einer modernen Ressourcenverteilung auf Haushalts- und Familienebene nicht gerecht wird und indirekt weiterhin auf die Verpflichtungsrolle von Frauen zurückgreift (Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 143 ff). Zu kritisieren sind eingeschränkte Wahlmöglichkeiten bei Inanspruchnahme professioneller ambulanter und stationärer Versorgung (Schmidt 1999: 44f; 2003: 31; 2004), eine prekäre Absicherung der informell Pflegenden (Lorenz-Meyer 2001: 245ff; Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 144) und ein Wirtschaftlichkeitsgebot, dass auf der Ebene der Organisationen der ambulanten und stationären Dienstleistungserbringung Rationalisierungen abverlangt, die mit einer „guten Pflege“ kaum in Einklang zu bringen sind (Schmidt 1999: 35; Richter 2003: 33).

In wissenschaftlichen Studien zu Pflegesituationen wird ein recht negatives Bild gezeichnet: Auf der einen Seite wird ein häufig überlastetes informelles Hilfenetzwerk (z.B. Fuchs 1999a: 339; Reggentin H. & Dettbarn-Reggentin 2003) und eine problematische Interaktion mit ambulanten Dienstleistern beschrieben (Zeman 1999; Evers & Olk 1996; Dräger, Geister & Kuhlmeier 2003: 334). Auf der anderen Seite steht das Pflegeheim als unattraktive Institution, die Pflege in taylorisierten Arbeitsabläufen nach dem Motto „satt, sauber und sediert“ praktiziert und eine Beteiligung von Angehörigen eher als Störfaktor der Arbeitsabläufe empfindet.

Zweifellos ist die Versorgung und Pflege alter Menschen thematisch ein genuin hauswirtschaftlicher Gegenstandsbereich. Allerdings ist das haushälterische Handlungsfeld Pflege im Alter in den Hauswirtschaftswissenschaften bisher noch wenig bearbeitet worden. Seine steigende Bedeutung im Versorgungsalltag von Familien aber macht eine intensive Auseinandersetzung erforderlich. Ein erster Schritt in diese Richtung soll mit der vorliegenden Arbeit versucht werden. Theoretische und konzeptionelle Basis der Bearbeitung des Themas ist der Haushaltsstilansatz der Gießener Arbeitsgruppe um Uta Meier. Der Ansatz wurde in Forschungsarbeiten zur nachhaltigen Haushaltsführung und zur Situation von Haushalten in prekären Lebenslagen entwickelt und erprobt (Meier 2003; Meier, Preuß & Sunnus 2003). Er baut auf den Arbeiten von Schweitzers zu einer handlungs- und systemtheoretisch fundierten Haushaltslehre auf (vgl. von Schweitzer 1991). Die Orientierung an haushälterischen Ressourcen hat sich als zentraler Fokus auf haushälterisches Handeln bewährt. Die Lebens- und Arbeitssituation pflegender Töchter soll in dieser Tradition untersucht werden. Folgende Fragen begleiteten meinen Forschungsprozess:

- 1) Unter welchen Bedingungen setzen pflegende Töchter ihre haushälterischen Ressourcen im Handlungsfeld Pflege ein? Welche Bedeutung kommt dabei einzelnen Ressourcentypen zu? Wann kommt es zu einem für die Lebenssituation der Pflegenden und der Gepflegten sinnvollen Einsatz dieser Ressourcen.
- 2) Welche politischen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen fördern den Aufbau und Erhalt haushälterischer Ressourcen zur Sicherstellung der Pflege im Alter?

Um den forschungsleitenden Fragen nachzugehen, habe ich in dieser Arbeit folgende Vorgehensweise gewählt:

Zunächst (Kap. 2) soll näher bestimmt werden, was eine häusliche Altenpflege überhaupt ausmacht. Aus einem alltagsnahen Verständnis heraus wird eine Vorstellung von Pflege

entwickelt und mit der Definition von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsrecht verglichen. Schließlich wird ein für diese Arbeit geeignetes Verständnis des Begriffes „Pfleger“ vorgestellt.

Da Töchter aus ihrem Familienverband heraus diese Pflege übernehmen, wird im folgenden Kapitel (Kap. 3) die Situation von Familie in den späteren Familienphasen dargestellt werden. Dies wird speziell aus dem Blickwinkel der Töchter und ihrer Sandwichposition zwischen den Familien-Generationen beschrieben. Schließlich werden Motivationen auf der individuellen Ebene, die zu einer Pflegeübernahme in der Familie führen, aufgezeigt und diskutiert. In Kapitel 4 werden Erkenntnisse Situation von pflegenden Töchtern zusammengetragen. Hier soll ein möglichst treffendes Bild gezeichnet werden, indem ihre Situation über die Pflegesituation hinaus betrachtet wird. So werden insbesondere die weitere Familien- und Erwerbssituation in ihren Wechselwirkungen mit der Bewältigung der häuslichen Pflege einbezogen.

Im Kapitel 5 werden die familien- und pflegepolitischen Rahmenbedingungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit in der Familie skizziert und vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus den vorhergehenden Kapiteln bewertet. Zum Abschluss des theoretischen Teils dieser Arbeit (Kap. 6) und zur Vorbereitung auf eine eigene Befragung von pflegenden Töchtern wird das Theoriegerüst vom häuslichen Handeln vorgestellt und speziell für das Handlungsfeld häusliche Altenpflege diskutiert.

Auf Basis des im theoretischen Teil entwickelten Wissens werden schließlich reale Pflegesituationen betrachtet und konzeptuell nach dem Gießener Forschungsansatz analysiert. Es wurden problemzentrierte Interviews mit pflegenden Töchtern, die in Berlin leben, geführt. Berlin ist als Forschungsort aufgrund der relativ gut ausgebauten institutionellen Infrastruktur im Pflegebereich besonders attraktiv für diese Studie. Es konnten sieben Interviews mit pflegenden Töchtern für diese Arbeit mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert werden.

Die sieben befragten Frauen im Alter von 35-68 Jahren haben als Töchter spezifische Erfahrungen in der Pflege gesammelt und Bewältigungsstrategien entwickelt. Sie haben im Kontext ihrer Alltagsverpflichtungen, Lebenspläne und Wertorientierungen Entscheidungen getroffen, in denen sie ihre eigene Beteiligung an Versorgungs-, Pflege- und Beziehungsleistungen für die pflegebedürftige Person festlegen. In ihren Entscheidungen agieren sie nicht als „freischwebende Individuen“, sondern sind in Aushandlungsprozesse innerhalb ihrer Herkunfts- und Gründungsfamilien eingebunden (Meier 2001). Der Fokus dieser

Arbeit liegt auf den Möglichkeiten und Grenzen der Ausgestaltung eines geeigneten Pflegearrangements aus Sicht der Befragten. Die individuellen Bewältigungsstrategien werden aufgezeigt und Muster haushälterischen Handelns diskutiert. Ziel dieser Arbeit ist, aus dem lebensweltlichen Kontext heraus gehbare Wege der Alltagsversorgung aufzuzeigen.

2 Pflege, Pflegebedürftige, Pflegende – eine Begriffsbestimmung

Bisher wurde noch nicht näher bestimmt, was unter Pflege zu verstehen ist. Um die Situation pflegender Töchter analysieren zu können, ist eine Klärung der Begriffe Pflege, Pflegebedürftigkeit und Pflegende notwendig. Zunächst soll herausgearbeitet werden, wie sich der Pflegealltag in der häuslichen Altenpflege gestalten kann.

2.1 Der häusliche Pflegealltag

In einer sehr allgemeinen Definition sind Pflegebedürftige Personen jene, die zur Erhaltung ihrer Existenz in der Bewältigung ihres Alltags regelmäßig auf pflegerische und darüber hinaus auch auf versorgerische Hilfen durch Andere angewiesen sind (vgl. Wingenfeld 2000: 339). Obwohl die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit dabei nicht allein auf krankheitsbedingte funktionale Einschränkungen zurückzuführen ist, bestimmen Erkrankungen häufig den Hilfe- und Pflegebedarf der Betroffenen. Die typischen Einschränkungen mit denen ältere Pflegebedürftige konfrontiert werden, sind

- Verlust der Mobilität bzw. motorischer Fähigkeiten,
- chronische Erkrankungen (insb. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane),
- psychische Auffälligkeiten (insb. allgemeiner Abbau geistiger Fähigkeiten und Demenzen) sowie
- Multimorbidität, also das Nebeneinander verschiedener Krankheiten (BMFSFJ 2001: 85f).
- Helfende „gleichen“ die eingeschränkten Möglichkeiten der Pflegebedürftigen durch ihre Hilfestellungen aus. Das Anforderungsprofil dieser Unterstützung ist dabei vielfältig und vielschichtig. Es ist geprägt von den individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen des Pflegebedürftigen sowie seinen Wünschen und Bedürfnissen. Es ergeben sich daraus sehr heterogene Anforderungen zwischen den einzelnen Pflegebedürftigen, insbesondere bezüglich der Intensität und die Komplexität der Hilfestellungen (vgl. Garms-Homolová 2000: 488ff).

Die alltägliche Hilfestellung beinhaltet zwar viel Routine, ist je nach Unterstützungsreich oftmals jedoch wenig voraussagbar und planbar. Sie beginnt schon bei den kleinen

Erledigungen des Alltags, die „mal so nebenbei mitgemacht werden“ wie Blumenpflege oder das Hinuntertragen eines Mülleimers. Sie reicht häufig bis hin zur schnellen und flexiblen Einsatz im Falle akuter Erkrankungen oder eines Sturzes. Schwere körperliche Hebearbeit bei bettlägerigen Älteren und das „Hand anlegen“ bei Körperpflege, Ausscheidung oder beim Bewegen des Gepflegten sind häufig zu leisten. Trotz der Alltagsnähe vieler helfender Tätigkeiten ist sind diese keineswegs einfach. So kann schon die Nahrungsaufnahme sehr kompliziert und zeitaufwendig werden, wenn die pflegebedürftige Person Schluckprobleme hat oder die Nahrung verweigert (BMFSFJ 2003: 2f).

Dabei ist davon auszugehen, dass mit steigender Anforderung an die medizinisch-pflegerischen Aufgaben der private Haushalt weniger auf eine solche Hilfestellung eingerichtet sein wird. Die HelferInnen müssen neue Fertigkeiten erst erlernen. Häufig werden sie dabei auch mit Verhaltensschwierigkeiten des Pflegebedürftigen, wie Vergesslichkeit, Nörgeln, ständiges Weinen, Desinteresse und Aggression konfrontiert (Kesselring 2002: 92). Sie leisten häufig Überwachungsarbeit, kontrollieren ob das Gas abgestellt ist und ob die Medikamente eingenommen wurden. Gerade in den Anfangsphasen einer Pflegebedürftigkeit bzw. nach schubhaften Verschlechterungen des Gesundheitszustandes kommen zusätzliche, einmalige Aufgaben hinzu. Vielleicht muss eine geeignete Haushaltsausstattung zusammengestellt werden, beispielsweise müssen Pflegebetten beschafft werden, Hebevorrichtungen angebracht und Fußschwellen entfernt werden (Corbin & Strauss 1988: 59; Zeman 2000: 189).

Organisatorische Aufgaben wie die Kommunikation mit Behörden und Vereinbarungen mit Ärzten fallen regelmäßig an. Sie machen HelferInnen häufig zur „Managerin“ des Anderen. Ein medizinisches Know-how, sowie Wissen um Zuständigkeiten und Ansprüche des Pflegebedürftigen gegenüber den Institutionen ist dabei anzueignen. Falls die pflegebedürftige Person weiterhin in einem eigenen Haushalt lebt, kann dies für HelferInnen sogar eine „doppelte Haushaltsführung“ bedeuten. Zeitpläne sind zu erstellen, um mit dem neuen Zeitbedarf umzugehen und schließlich müssen eventuell zusätzliche HelferInnen aus dem privaten Kreis oder dem professionellen Bereich gefunden werden.

Es würde zu kurz greifen, wenn Pflegearbeit nur verrichtungsbezogen verstanden würde. Emotionale Unterstützung und Beachtung sozialer Bedürfnisse des Pflegebedürftigen gehören ebenso zur täglichen Pflegearbeit. In ihrer Idealform ist Pflegearbeit Sorgearbeit, also die ganzheitliche Wahrnehmung der pflegebedürftigen Person. Nach ihrem Geschmack soll das Essen zubereitet sein, individuelle Tagesrituale sollen erhalten bleiben.

Würde, Scham und Selbstachtung der pflegebedürftigen Person sind zu bewahren. Eine psychologische Unterstützung der pflegebedürftigen Person ist wichtig. Sie kann der pflegebedürftigen Person helfen, den Verlust von Gesundheit, häufig auch das Bewusstsein des naherrückenden Todes auf psychischer Ebene zu verarbeiten. Auf der anderen Seite ist das Angewiesensein auf Unterstützung von der HelferIn selbst und der Verlust einer „Autonomie“ über die eigene Versorgung für den Pflegebedürftigen Quelle von Unzufriedenheit oder verminderter Lebensqualität. In einem solchen Fall sind Konflikte zwischen Pflegebedürftigen und HelferInnen vorprogrammiert.

Begründungen eines wissenschaftlichen Verständnisses haushaltsnaher und personenbezogener Dienstleistungen versuchen, die sich speziell aus der Alltagsnähe ergebende notwendige Vielschichtigkeit zu integrieren. Allerdings bleibt für diese Aufgaben in der Umsetzungspraxis ambulanter Dienstleistungen oft keine Zeit. So sind es letztlich meist die Familienangehörigen, die dem „ganzen Menschen“ ihre Versorgungs-, Pflege- und Beziehungsleistungen zukommen lassen (vgl. von Schweitzer 1991). Dabei rücken eine liebevolle Fürsorge und Verrichtung vielfältiger Aufgaben in der Pflege durch Familienangehörige eng zusammen.

2.2 Pflegebedürftigkeit im Pflegeversicherungsrecht

Die in der Einleitung genannten Zahlen zur Prävalenz von Pflegebedürftigkeit beruhen auf der Definition des Pflegeversicherungsrechtes, das im SGB XI festgeschrieben ist. Auch das Pflegeversicherungsrecht geht von einer mangelnden Fähigkeit der Selbstbetreuung aus. Im Gesetzestext bezieht sich diese auf Einschränkungen bei „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ (§14 Abs. 1 SGB XI). Welche Einschränkungen darunter fallen, ist genau festgesetzt. Anerkannt werden Einschränkungen bei insgesamt 21 festgeschriebenen Verrichtungen in den Bereichen

- *Körperpflege* (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung)
- *Ernährung* (mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Aufnahme der Nahrung)
- *Mobilität* (Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppesteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung) und
- *hauswirtschaftliche Tätigkeiten* (Einkaufen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen) (Klie 1999: 18).

Personen, die hier „in erheblichem oder höheren Maße (§15) der Hilfe bedürfen“ (§14 Abs. 1 SGB XI) gelten als Pflegebedürftig und haben Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung, die ihnen eine Unterstützung in diesen Verrichtungen ermöglichen sollen. Je nach Intensität des per Definitionem benötigten Hilfebedarfs werden Pflegebedürftige in drei Pflegestufen eingeteilt. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit erfolgt über die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Für jede Stufe ist ein bestimmter Zeitbedarf veranschlagt, den Pflegebedürftige für Hilfeleistungen von anderen benötigen. Zudem muss für den Leistungsanspruch erfüllt sein, dass der Betreuungsbedarf krankheits- oder behinderungsbedingt ist und die erwartete Dauer der Pflegebedürftigkeit mindestens sechs Monate betragen wird (§ 14 SGB XI; Klie 1999: 18).

Tabelle I: Die Pflegestufen des SGB XI

Pflegestufe	Hilfebedarf in den Bereichen:		Täglicher Zeitaufwand einer Pflegeperson	Anteil der LeistungsbezieherInnen (%); 2002	
	Körperpflege/ Ernährung/ Mobilität	Hauswirtschaftliche Versorgung		ambulant ⁴	stationär ⁵
Stufe I Erhebliche Pflegebedürftigkeit	Mind. zwei Verrichtungen täglich	+ mehrfach wöchentlich	90 Minuten (davon mehr als 45 Minuten Grundpflege)	56,0	38,4
Stufe II Schwer-Pflegebedürftigkeit	Mind. dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten	+ mehrfach wöchentlich	3 Stunden (davon mind. 2 Stunden Grundpflege)	33,0	41,6
Stufe III Schwerst-Pflegebedürftigkeit	Täglich rund um die Uhr	+ mehrfach wöchentlich	5 Stunden (davon mind. 4 Stunden Grundpflege)	11,0	20,0

Quellen: SGB XI; BMGS 2003a

Darstellung in Anlehnung an Rosendahl 2003: 35

Als Leistungsform kann in der häuslichen Pflege zwischen Geld- und Sachleistungen oder einer Kombination beider Leistungsformen gewählt werden. Geldleistungen erhalten die Pflegebedürftigen direkt. Gedacht ist, dass diese damit privaten HelferInnen ein Entgelt für ihre Leistungen zukommen lassen können. Die Gewährung von Sachleistungen bedeutet, dass Pflegebedürftige und ihre Familien Pflege- und Versorgungsleistungen von einem

⁴ Schneekloth & Leven 2003: 8; bezogen auf LeistungsbezieherInnen der Sozialen und der Privaten Pflegeversicherung; gesamt: 1,397 Mio.

⁵ BMGS 2003; nur LeistungsbezieherInnen der Sozialen Pflegeversicherung; gesamt: 600.000

nach dem Pflegeversicherungsrecht anerkannten ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen können, deren Geldwert über die Pflegeversicherungskasse abgerechnet werden kann. Die Höhe der Leistungen ist in Tabelle II dargestellt⁶.

Tabelle II: Höhe des Pflegegeldes und monetärer Wert der Sachleistungen in der häuslichen Pflege aus der Pflegeversicherung nach Pflegestufe

	Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	Pflegesachleistungen (ambulante Dienste)
Pflegestufe I	205 Euro	384 Euro
Pflegestufe II	410 Euro	921 Euro
Pflegestufe III	665 Euro	1432 Euro

Quelle: Rosendahl 2003: 36

Es muss darauf verwiesen werden, dass die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung konzipiert ist. Der Versicherungsträger hat also nicht den Anspruch, dass der definierte Hilfe- und Pflegebedarfs mit dem tatsächlich anfallenden Hilfebedarf übereinstimmt. In der Praxis muss ein erheblicher Anteil der Leistungsempfänger für die Pflege aus eigener Tasche aufkommen, ist auf Sozialhilfe und/oder auf freiwillige, unbezahlte Hilfe von Familienmitgliedern angewiesen (Rosendahl 2003: 35).

Dass Pflege im Alltag weiter greift als es das Pflegeversicherungsrecht vorsieht, wird auch deutlich, wenn die Pflegeaufgabenbereiche der sozialrechtlichen Definition dem oben skizzierten Alltagsverständnis von häuslicher Altenpflege gegenüber gestellt werden. Dennoch könnte die Übernahme des Pflegebedürftigkeitsbegriffes für meine eigene Arbeit geeignet sein, eben mit der Kenntnis, dass in den untersuchten Haushalten die Pflegepraxis tiefergreifend ist. Die Literaturlauswertung hat ergeben, dass eine Übernahme der sozialrechtlichen Definition für meine Arbeit nicht sinnvoll ist. In Expertenkreisen gilt der Pflegebegriff weitgehend einstimmig als zu kurz gefasst.

„Die restriktive gesetzliche Definition von Pflegebedürftigkeit hat dazu geführt, dass der Bevölkerungsanteil der Bezieher von Leistungen aus der Pflegeversicherung erheblich unter dem Bevölkerungsanteil derjenigen liegt, die nach gerontologisch- pflegewissenschaftlichen Kriterien als pflegebedürftig anzusehen sind“ (Deutscher Bundestag 2002: 231).

⁶ Der Vollständigkeit halber sei hier erwähnt, dass zudem Pflegehilfsmittel (Verbrauchsmittel, technische Hilfsmittel und finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds), soziale Sicherung (Unfallversicherung, Anrechnung von Pflegezeiten auf die Rente) einer privaten Hauptpflegeperson gewährt werden (Klie 1999: 22).

Zentraler Kritikpunkt ist, dass der verrichtungsbezogene Pflegebegriff insbesondere an den spezifischen Fähigkeitsstörungen von Personen mit psychischer und sozialer Beeinträchtigung vorbei geht. Wenn psychisch oder sozial Beeinträchtigte „nur“ einen allgemeinen, keiner speziellen Verrichtung zuzuordnenden Hilfebedarf aufweisen, darf dieser Bedarf im Rahmen der geltenden Begutachtungsrichtlinien keine Berücksichtigung finden, da dies im Katalog der Hilfeleistungen nicht aufgenommen ist (Deutscher Bundestag 2002: 232). In der Literatur, aber auch aus Erfahrungsberichten von professionellen und privaten Pflegepersonen ist bekannt, dass so ein erheblicher Teil eigentlich Pflegebedürftiger Personen nicht unter die Definition des Pflegeversicherungsrechtes fällt.

Weiterer Kritikpunkt, der mit dem erst genannten verbunden ist, in der Literatur aber häufig nicht explizit verwiesen wird, bezieht sich auf den Umgang mit hauswirtschaftlichem Hilfebedarf. Hauswirtschaftlicher Hilfebedarf ist, wie in Tabelle I verdeutlicht, nicht allein leistungsauslösend und kann nur in Verbindung mit Hilfebedarf in den anderen Hilfebereichen geltend gemacht werden. Dabei ist hauswirtschaftlicher Hilfebedarf weit definiert, und bezieht sich beispielsweise auf Hilfen bei der Haushaltsführung und Essenszubereitung oder Wohnungsreinigung und Wäschepflege sowie der Übernahme bzw. Begleitung von Einkäufen (vgl. Schneekloth & Leven 2002: 7, vgl. Borchers 1998: 190). Diese Unterschätzung der Bedeutung hauswirtschaftlicher Versorgung ist in Anbetracht ihrer Bedeutung im Alltagsleben nicht nachvollziehbar. Erstens bedeutet sie, wenn sie umfassend geleistet wird untrennbar umfassende Sorgearbeit für die hilfebedürftige Person, fällt also unter das Alltagsverständnis von Pflege. Zweitens konnte Borchers aufzeigen, dass jene nicht unmittelbar zur Pflege zählenden Leistungen insgesamt noch zeitintensiver sind (Borchers 1998: 190).

Nach einer Studie von Infratest Sozialforschung leben knapp drei Millionen vorrangig hauswirtschaftlich Hilfebedürftige in Privathaushalten, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten⁷. Je 27 % der Personen in dieser Gruppe können allein unmöglich einkaufen und saubermachen, und bei weiteren 46 % sind diese Tätigkeiten nur mit Schwierigkeiten alleine möglich und sie auf Hilfen von anderen angewiesen. 8 % können unmöglich alleine ihre Mahlzeiten zubereiten und 11 % können ihre Finanzen nicht alleine

⁷ Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI; in der hier zitierten Studie von Infratest Sozialforschung liegt Hilfebedarf dann vor, wenn bei mindestens einer der 24 Items umfassenden ADL/iADL-Liste, die für die Messung von funktionalen Einschränkungen im Alltag üblicherweise eingesetzt wird, „allein unmöglich“ oder „mit Schwierigkeiten“ und „mit regelmäßiger fremder Hilfe“ angegeben wurde und kein Pflegebedarf im Sinne des Pflegeversicherungsrechtes vorliegt (Schneekloth & Leven 2003: 5ff).

regeln (Schneekloth & Leven 2003: 7ff). Übernimmt eine Tochter für ihre Mutter komplett den Einkauf, reinigt die Wohnung, hilft ihr täglich bei der Nahrungszubereitung und regelt die Miete, Versicherungen, Arztkostenabrechnungen und was sonst noch so anfällt, dann ist es unsinnig, ihr zu erklären, dass sie *nicht* Pflegende ist.

2.3 Pflegende im Verständnis dieser Arbeit

In den vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, dass pflegerische Hilfen nur ein Ausschnitt der Gesamtheit der anfallenden Hilfen sind, die aus gesundheitlichen Problemlagen erwachsen (Wingefeld 2000: 339). Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI trägt diesem Sachverhalt nicht in dem Ausmaß, in dem umfassender versorgerischer Hilfebedarf nötig ist, Rechnung. In der vorliegenden Arbeit wird daher ein weiter gefasste Vorstellung von Pflegebedürftigkeit und Pflegenden verwendet. Es ist sinnvoll, bestimmte Personen auch dann als Pflegende zu bezeichnen, wenn sie nicht Pflegebedürftige nach der Definition des Pflegeversicherungsrechtes versorgen. Dies hat nicht nur Folge für die Fallauswahl sondern auch für den Zeitpunkt, an dem eine Person zur Pflegenden wird. Pflegende sind im Verständnis dieser Arbeit Personen, die einem Menschen Versorgungs-, Pflege-, und Beziehungsarbeit regelmäßig und in ihrem umfassenden Sinn zukommen lassen. Die Unterstützungsleistungen gehen einher mit einer grundlegenden „Neuorientierung“ der Alltagsgestaltung der Pflegenden, die im Zeichen des Hilfebedarfes des Gepflegten stehen. Die Problematik einer Grenzziehung zwischen Pflegenden und Helfenden wird hier zur Kenntnis genommen. Sie stellt sich manchmal auch im individuellen Fall, wenn die pflegebedürftige Person schleichend die Kompetenzen zur Selbstbetreuung verliert. Daneben kann der Übergang durch ein plötzliche Ereignis wie Krankheit oder Unfall, oder das Ausscheiden eines bisherigen Helfers sehr abrupt erfolgen (ESVLA 1993: 65f).

Eine solche weitreichendere Verwendung der Begriffe Pflegebedürftigkeit und Pflegende ist in der sozialwissenschaftlichen Forschung allgemein üblich. „Für die Definition der pflegenden Tochter bedeutet dies, dass die regelmäßige Unterstützung der Alltagskompetenzen der Pflegebedürftigen in den Vordergrund tritt (vgl. Geister 2004: 16). Zuletzt weise ich darauf hin, dass in dieser Arbeit dennoch, aufgrund der Datenlage, häufig Studien zitiert werden, die den Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI zugrunde legen.

3 Familiäre, intergenerationale Unterstützungsleistungen

Die Pflege alter Eltern ist eine intergenerationale Unterstützungsleistung im Familienverbund auf intensivem und hohem Niveau. Vor dem Hintergrund einiger Schlagworte unserer modernen Gesellschaft, wie Mobilität, Frauenerwerbsarbeit und Unabhängigkeit der Generationen wirkt es geradezu paradox, dass viele Töchter in den mittleren Lebensjahren diesen häuslichen Verantwortungsbereich übernehmen. Bevor die konkreten Faktoren, die eine Pflegeübernahme bestimmen, näher aufgezeigt werden (siehe 3.2), wird die Familie selbst näher in das Blickfeld gerückt. Anhand von theoretisch und empirisch verfügbarem Material wird skizziert, wie sich die Beziehungen zwischen den Generationen heute gestalten. Dies ist nicht nur sinnvoll, da sich die Übernahme einer Pflege oft schleichend entwickelt und als Teil einer Familienbiographie und jahrzehntelang bestehenden Austauschs zwischen den beiden erwachsenen Familiengenerationen zu verstehen ist. Pflegenden Töchtern nehmen in der Regel, d.h. wenn sie selbst eine Familie gegründet haben - eine Sandwichposition zwischen der Herkunftsfamilie und der Gründungsfamilie ein. Ihre Situation in der Familie kann nur verstanden werden, wenn sie in einer generationenübergreifenden Perspektive betrachtet wird⁸.

3.1 Allgemeine Erkenntnisse zum Miteinander der Generationen in der Familie

Schon früh, als Reaktion auf Parsons These von der „strukturellen Isolation der Kernfamilie“ (Parsons 1943), brachte Litwak (1965) das Modell der „modifizierten erweiterten Familie“ in die sozialwissenschaftliche Diskussion ein. Das Modell der Mehrgenerationenfamilie, in der zwar nicht alle Generationen unter einem Dach leben und dennoch lebhaft und beständige „Familienbeziehungen“ gepflegt werden hat auch für die heutige Situation Gültigkeit (Marbach 1991; Schütze & Wagner 1995: 301). Die „multilokalen Mehrgenerationenfamilien“ (Bertram 2000) bzw. die „Multilokalität späterer Familienphasen“ (Lauterbach 1995) sind vielzitierte Schlagworte. In mehreren Studien wurde aufgezeigt, dass Familienmitglieder zwischen den Generationen ihre Beziehungen über die Grenzen von Haushalten recht intensiv aufrechterhalten (z.B. ‚Alters-Survey‘ 1996, insb. Kohli & Kühnemund 2000; ‚Drei-Generationen-Studie‘ des Deutschen Familieninstituts, insb. Bien 1994).

⁸ Intragenerationelle Zusammenhänge, die zum Verständnis pflegender Töchter und Ehefrauen beitragen, werden in 3.2 aufgegriffen.

Im Rahmen des Alters-Survey 1996– einer für die deutsche Bevölkerung im Alter von 40 bis 85 Jahre repräsentativen Studie - gaben 75 % der befragten erwachsenen Kinder an, dass sie mindestens einmal pro Woche Kontakt zu ihren Eltern haben, rund 24 % haben sogar täglichen Kontakt (Szydlik 1998: 120). Die Beziehungen werden von beiden Seiten – den erwachsenen Kindern wie den alten Eltern mehrheitlich positiv bezeichnet. Über 90 % der Eltern und 75 % der Kinder gaben an, eine enge oder sehr enge Beziehung zu haben. (Kohli et al. 2000: 237).

Während Beziehungen auch über weitere Wohnortdistanzen per Telefonkontakt aufrechterhalten werden können, zeigt sich die *geographische Nähe* sich als die wichtigste Determinante für die Besuchshäufigkeit und den Austausch instrumenteller Hilfeleistungen (Wagner 2002: 238). Die These, dass unsere Gesellschaft immer mobiler werde, hat sich bisher nicht bestätigt. Wanderungen⁹ haben in den 70er Jahren sogar deutlich abgenommen und sind bis Ende der 80er auf relativ niedrigem Niveau geblieben sind (Wagner 2002: 242; vgl. Wagner 1989). Zwar verlassen mehr als 90 % der Kinder, meist im dritten Lebensjahrzehnt, ihr Elternhaus. Häufig bleiben die Kinder aber in der Nähe der Eltern wohnen. Laut Im Jahre 1996 wohnten bei etwa 50 % der Kinder die Eltern in demselben Ort oder näher, 80 % der Eltern geben an, dass ein Kind im Ort oder näher wohnt (Kohli et al. 2000: 186). Borchers zeigte auf dass ein Drittel der in der Studie Befragten die Entfernung als Hinderungsgrund für die Realisierung von Netzwerkhilfe angaben (Borchers 1998: 195). Betrachtet man nur die Besuche, dann sinkt die Kontakthäufigkeit zwischen den Generationen ab. Dennoch haben 14% der Eltern und Kinder täglich Besuchskontakt (Dallinger & Schmitt 2001: 28). Bezüglich der räumlichen Voraussetzungen für instrumentelle Unterstützungsleistungen ergibt sich also ein differenziertes Bild. Obgleich sie in vielen Familien bestehen, sind sie eben nicht in allen Familien vorhanden. Gerade mit höherem Bildungsniveau und mit steigender Qualifikation der Kinder nimmt die Wohnortmobilität zu.

Welche Unterstützungsströme werden zwischen den Generationen geleistet? Um unterschiedliche Ströme und Muster abbilden zu können, werden verschiedene Unterstützungsbereiche betrachtet. Es ist üblich, finanzielle Transfers, Dienstleistungen und emotionale Unterstützung zu unterscheiden. Um ein aussagekräftiges Bild zu erhalten ist es sinnvoll,

⁹ Die Wanderungen beziehen sich auf Westdeutschland vor der Wiedervereinigung und wurden zwischen den alten Bundesländern untersucht. Es ist allerdings auch darauf zu verweisen, dass sich heute die Rahmenbedingungen für viele ostdeutsche Familien gewandelt haben. Durch die Abwanderung von Personen im erwerbsfähigen Alter nach Berlin und Westdeutschland leben wurden räumliche Mehrgenerationenstrukturen auseinander gezogen.

die mittlere Generation in ihrer spezifischen Position, also die drei Generationen übergreifende Perspektive darzustellen.

Finanzielle Transfers werden hauptsächlich generationenabwärts geleistet. Auffällig ist, dass der größere Teil von der mittleren Generation selbst ausgeht. Während zwar immerhin 10 % von den (Schwieger-)Eltern monetäre Unterstützung erhalten, leisten 24 % Unterstützung für ihre Kinder, die sich häufig in Ausbildungs- oder Familiengründungsphasen befinden (Szydlik 1998: 105). Da finanzielle Transfers abhängig von einem hohen Einkommen bzw. einem Vermögen sind, sind finanzielle Transfers auf bestimmte Bevölkerungsteile beschränkt und daher beschränkt aussagekräftig. Das Schwergewicht der Unterstützungsströme zwischen den Generationen liegt ohnehin bei den *Dienstleistungen* und der *emotionalen Unterstützung*. Zentrale Hilfearten sind die Hilfen im Haushalt und die Pflege bzw. Betreuung von Mitgliedern der anderen Generationen. Haushaltsbezogene Dienstleistungen werden am stärksten von der mittleren Generation für die (Schwieger-)Eltern geleistet. 25 % der Befragten gaben an, in diesem Bereich Unterstützung für die (Schwieger-)Eltern zu leisten. Bei den personenbezogenen Dienstleistungen ist insbesondere die Enkelbetreuung, mit rund 35 % der Befragten, der bedeutendste Unterstützungsbereich. In dieser Befragung gaben 12,3 Prozent an, eine Pflege der Eltern zu leisten.. Lediglich bei der emotionalen Unterstützung ist die mittlere Generation überwiegend Empfänger, insbesondere die Kinder stehen mit Rat (47,5%) und Trost (44%) zur Seite (Szydlik 1998: 105; Dallinger & Schmitt 2001: 36).

Andere Studien bestätigen die Ergebnisse des Alters-Survey, dass die Sandwichposition zu einer verstärkten Leistung in beide Richtungen führt. Interessant ist hier insbesondere die Studie von Borchers, da hier die Leistungen über Tagebuchaufzeichnungen sehr detailliert erfasst wurden und zeitlich quantifiziert werden konnten. Hier tritt das Ungleichgewicht von erbrachter zu erhaltener Leistung deutlich zu Tage. Die Mitglieder der mittleren Generation leisten eine zweifache höhere Unterstützung als sie erhält (Borchers 1998: 191).

Frauen und Männer agieren im Mehrgenerationenverband nicht erst bei der Pflege der Eltern verschieden, schon die täglichen Kontakt mit den (Schwieger-)Eltern pflegen insbesondere die Frauen in der mittleren Generation (Szydlik 1998: 120). In ihrer Rolle als „kin keeper“ schaffen sie häufig die Grundlage für Unterstützungsleistungen im Familien- und Verwandtschaftsverband. Sie halten durch umfangreichen sozialen Kompetenzen ihre eigene und die Familie des Mannes zusammen. Sie sind häufig die Initiatorinnen und Organisatorinnen der familialen Austauschs und Zusammenhalts (Hagestad 1986: 150). Meist

stellen sie dann die konkreten Hilfen auch bereit. In der Studie von Borchers konnte ein geschlechtsspezifischer Unterschied deutlich aufgezeigt werden: Die befragten Frauen wendeten durchschnittlich 25 Stunden in der Woche an Unterstützung für andere auf, während es bei den Männern lediglich 16 Stunden waren. Dabei ergibt sich der Zeitunterschied wesentlich daraus, dass Frauen ein breiteres Leistungsspektrum für andere erbringen (Borchers 1998: 190). Dieses Ergebnis überrascht nicht. Hilfen im Haushalt, die Pflege Älterer und die Betreuung kleiner Kinder sowie Kontakte und Kommunikation sind die klassischen Bereiche, die Frauen in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung übernehmen.

Nicht zuletzt ist darauf zu verweisen, dass sich natürlich nicht alle pflegenden Töchter in einer Sandwichposition befinden. Der Trend zur Zunahme der Kinderlosigkeit ist bekannt und hat auch den heutigen Kohorten der mittleren Lebensjahre eine höhere Bedeutung als zur Zeit ihrer Eltern (vgl. Nave-Herz 2002: 53ff). Kinderlosigkeit wird dazu führen, dass die heute Pflegenden wenn sie im Alter selbst auf die Unterstützung anderer angewiesen sind, nicht auf die gleichen strukturellen Voraussetzungen wie ihre Eltern zum innerfamiliären Empfang dieser Hilfen zurückgreifen können. Aufgrund der Kinderlosigkeit zeigt sich im Bevölkerungsquerschnitt heute ein interessanter Trend. Die Unterstützung der (Schwieger-)Eltern hat für Frauen im mittleren Lebensalter zumindest aufgrund der Familienkonstellationen eine wachsende Bedeutung gegenüber der Unterstützung für die Kinder, wenn man sich die heute typische „Familienpyramide“ vor Augen führt: Sie ist durch eine „top heaviness“ geprägt, in der Paare der mittleren Generation heute im Durchschnitt mehr lebende Elternteile als Kinder haben (Hagestad 1989: 42).

3.2 Motivationen zur Übernahme und Fortsetzung der häuslichen Pflege eines Familienmitglieds

Es wurde aufgezeigt, dass die mittlere Generation im Bevölkerungsquerschnitt ein hohes Maß an Unterstützung für die Eltern generation leistet. Allerdings wäre es nicht schlüssig schon aufgrund der genannten Ergebnisse darauf zu schließen, dass auch eine Pflege übernommen wird. Zwar könnte man auf eine Kontinuität der Generationenbeziehungen schließen, in der die Pflege eine Fortsetzung der bisherigen Unterstützungsleistungen, nur eben auf höherem Niveau ist, doch ist eine Pflege aufgrund der Intensität der darin geleisteten Unterstützung gesondert zu betrachten. Gegen eine Pflegeübernahme sprechen beispielsweise Erkenntnisse zum Beziehungsgeschehen zwischen den Generationen. Die Formel „Intimität durch Abstand“ (Rosenmayr & Köckeis 1965) charakterisiert die Bezie-

hungswünsche der älteren Generationen in einer Familie treffend. D.h. die Generationen führen eine emotional nahestehende Beziehung, wollen aber gegenseitige Autonomie und Selbstständigkeit, wie sie im getrennt geführten Haushalt zum Ausdruck kommt (vgl. Dallinger & Schmitt 2001: 28ff). Eine Pflege aber, in der Versorgungsverpflichtungen eingegangen werden müssen, steht mit diesem Wunsch nach Autonomie im Widerspruch. Antworten die zum Verständnis einer Pflegeübernahme führen können nur in einer Betrachtung individueller Beweggründe gefunden werden.

Die Pflegebereitschaft von Personen, die selbst (noch) nicht pflegen wird generell als hoch eingeschätzt. In einer repräsentativen Erhebung gaben 89,5 Prozent der Frauen an, dass sie ihre Eltern pflegen wollen. Überraschend ist hier ein annähernd gleich hoher Anteil (82,7 Prozent) an „pflegebereiten“ männlichen Befragten, der sich nicht in einer tatsächlichen Pflegeübernahme niederschlägt (Fuchs 1998: 395). Dies verdeutlicht, dass die Aussagekraft der Ergebnisse solcher Befragungen eingeschränkt ist. Vermutlich wird das Antwortverhalten dadurch beeinflusst, dass eine Pflegeübernahme als sozial erwünscht gilt.

Die Pflegebereitschaft muss von einer Reihe von Faktoren abhängen, über die Befragungen von Personen, die bereits eine Pflege übernommen z.T. besser Aufschluss geben können. Als besonders wichtige Voraussetzungen zur Übernahme einer Pflege ergaben sich hier ‚Ausreichend Zeit‘, ‚Sympathie und Zuneigung‘ und ‚die eigene Gesundheit‘ genannt. Daneben wurden günstige Rahmenbedingungen, die Unterstützung und finanzielle Voraussetzungen als wichtige Faktoren von den Befragten angegeben (Fuchs 1999a: 186). Außerdem erwähnen Pflegenden in vielen Studien, dass es für sie „selbstverständlich“ war, die Pflege zu übernehmen. Allerdings wird dies bei näheren Analysen bezweifelt (Geister 2004: 19f).

In der Literaturlauswertung ergeben sich schließlich vier Faktorengruppen, die eine Motivation zur Übernahme und Fortsetzung der Pflege eines Elternteils auf der individuellen Ebene der (potentiell) Pflegenden bestimmen können:

- psychischen Faktoren
- äußere, moralische und/oder sozial geforderte Pflicht
- fehlendes, nicht bezahlbares oder nach den Wünschen/ Bedürfnissen nicht geeignetes Dienstleistungsangebot
- materielle Faktoren (Dallinger 1993: 110).

Psychische Faktoren, die für die Bereitschaft zu einer Pflege sind eine hohe emotionale Verbundenheit zu der Pflegebedürftigen Person. Das Moment der Liebe als Beweggrund wird von Töchtern häufig gegenüber der Pflege der Mutter erwähnt. Die Liebe zur Mutter ist dabei häufig verbunden mit dem Gefühl der Dankbarkeit. Aber auch eine Sinngebung, die Pflegenden in ihrer Pflegearbeit finden zu den psychischen Faktoren gezählt werden. In vielen Studien wurde aufgezeigt, dass die zentrale Motivation nicht in der Beziehung zu finden ist. In den meisten Studien zeigte sich, dass das die Pflegeübernahme das Resultat innerfamiliärer und gesellschaftlicher Einflussfaktoren ist (Geister 2004: 20).

Als wichtig erweist sich eine generelle *Norm* der Familiensolidarität. Diese Norm scheint allerdings für Frauen und Männer nicht gleichermaßen gültig zu sein. Frauen können sich dem normativen Anspruch zur Pflegeübernahme schlechter entziehen als Männer. Dies wird in einigen feministischen Forschungsarbeiten bestätigt (Bracker 1988; Dallinger 1993, 1997; Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 51). Pflegenden Töchter begründen ihre Pflegebereitschaft häufig mit einer Pflicht als Tochter (Dallinger 1993: 110). Dagegen übernehmen Männer eine Pflege häufig erst dann, wenn es keine Alternativen gibt (Lamprecht et al. 1992, zit. nach Fuchs 1998: 394).

Während die Notwendigkeit zur „töchterlichen Pflichterfüllung“ in einer Person internalisiert sein kann, kann sie aber auch durch das unmittelbare soziale Umfeld ausdrücklich eingefordert werden. Wahl und Wetzler haben aufgezeigt, dass „insbesondere die Töchter und tendenziell auch die Schwiegertöchter [...] die Pflege auch unter familiärem Druck übernommen haben (Wahl & Wetzler 1998: 191). Allerdings muss dieser Druck nicht immer offen ausgesprochen sein. Zeman (2000) spricht von einem moralischen Anrecht, dass in den Familien erworben werden kann. Wenn gegenseitige Unterstützungsleistungen zwischen den Generationen über den Lauf des Lebens bestand hatten, erscheint die grundsätzliche Thematisierung des Hilfebegehrens überflüssig. „Die explizite Verneinung intergenerativer Unterstützung wäre nur verzeihlich, wenn die Lebensumstände sie erzwingen“ (ebd.: 183f). Vermutlich trägt auch das nähere soziale Umfeld zu einer Pflegeübernahme aus normativen Gesichtspunkten bei. So ist zu erwarten, dass sich Töchter in ländlichen, stärker traditionell geprägten Wertestrukturen schlechter einer Pflegeübernahme entziehen können.

Das Fehlen eines *geeigneten Dienstleistungsangebotes* als Ursache für die Pflegeübernahme wurde insbesondere in der Studie der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen (1993) aufgezeigt. Seit der Erhebung dieser Studie haben

sich in Deutschland die Rahmenbedingungen durch Einführung der Pflegeversicherung verbessert. Mittlerweile liegt ein weitgehend flächendeckendes Angebot an ambulanten und stationären Versorgung vor. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Verhinderung eines Heimeintritts für viele Pflegende weiterhin ein zentraler Beweggrund zur Fortführung der Pflege ist (ESVLA 1993: 73). So gibt es keine Anzeichen, dass das negative Heimimage in den vergangenen Jahren überwunden wurde. Auch die Finanzierungsmöglichkeiten von professionellen Dienstleistungen haben sich trotz Pflegeversicherung durch deren Teilkaskocharakter auch nur verbessert. Entweder kann die Lücke durch zusätzliche privat finanzierte Inanspruchnahme geschlossen werden, oder die Arbeit muss in Eigenleistung der Familie übernommen werden.

Nur schwierig kann die tatsächliche Eignung des Angebots an stationären und ambulanten Dienstleistern eingeschätzt werden. Die Unzufriedenheit mit dem Angebot ambulanter Dienstleister und Probleme bei der Interaktion mit „Fremden“ im eigenen Haushalt sind Hinweise aus Pflegestudien, dass das Angebot verbesserungswürdig ist. Darüber hinaus scheint das „gemeinsame Pflegen“ privat und professionell Pflegenden grundsätzlich problematisch (Zeman 1999). Mit der Professionalisierung der Altenpflege und dem Ausbau verschiedener Versorgungsformen wird versucht, ein für verschiedene Bedarfe der Gepflegten geeignetes Angebot zur Verfügung zu stellen. Dabei ist es sicher eine Frage der Qualität und Finanzierbarkeit von Angebotsformen, ob diese für potentielle Klienten geeignet sind.

Die *materiellen Beweggründe* können vielfältig sein. Manchmal sind Pflegeverpflichtung direkt an die Haus- und Bodenvererbung oder das Wohnrecht gekoppelt (Dallinger 1993: 110). Auch der allgemeine Wunsch, das Familienvermögen zu erhalten, ist realistisch. Wie bereits erwähnt, spielen aber auch direkt anfallende ökonomische Kosten bei einer Pflege durch Dritte eine Rolle. In den Studien zu „Pflegekulturellen Orientierungen“ von Blinkert & Klie (2000, 2004) wird indirekt die Bedeutung ökonomischer Kosten hervorgehoben. Auf Basis eines Milieuansatzes konnten die ForscherInnen aufzeigen, dass die größte Bereitschaft zur Übernahme häuslicher Altenpflege in den Unterschicht Milieus besteht, während in den bürgerlichen Milieus größeres Interesse an einer Heimpflege besteht. Erklärungsmächtig erwies sich eine individuelle Kosten-Nutzen-Bilanz der potentiell Pflegenden. Mit steigendem strukturellen Kapital (hier: Einkommen und Schulabschluss) verringert sich die Bedeutung der mit der Heimunterbringung verbundenen ökonomischen Kosten und steigen die mit Selberpflegen verbundenen Opportunitätskosten. Zwischen erwerbstätigen Männern und Frauen waren auch in dieser Studie keine wesentlichen Unter-

schiede im Hinblick auf ihre Pflegebereitschaft zu beobachten. Die nicht erwerbstätigen Frauen weichen in allen Milieus deutlich von dem allgemeinen Trend ab (Blinkert & Klie 2000).

Dallinger zeigte auf, dass Entscheidungsfindungen zur Ausgestaltung der häuslichen Altenpflege, intragenerationell, also innerhalb der Gründungsfamilie unter familienökonomischen Aspekten ausgehandelt wird. Basierend auf verfügbarem Familieneinkommen und Strategien der Einkommenserzielung entscheiden Ehepaare welches Handeln in ihrer Situation geeignet ist. (Dallinger 1998: 110). Auch dieser Aspekt würde neben dem Motiv der Pflicht erklären, warum Frauen häufiger die Pflege übernehmen als Männer. So betrug das durchschnittliche Jahresbruttoeinkommen der in Westdeutschland lebenden Frauen im Jahr 1997 nur etwa 75 % der Männerlöhne (BMFSFJ 2002a: 40).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Entscheidung zur Übernahme und Fortsetzung der häuslichen Altenpflege äußerst vielschichtig ist. Einige wesentliche Faktoren konnten angesprochen werden. Dabei ist davon auszugehen, dass sich hinter der „Selbstverständlichkeit“ der Pflegeübernahme von Töchtern eine Entscheidungsfindung „im Spannungsfeld von materiellen, ideellen und emotionalen Dimensionen“ (Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 53) steckt. Die eigentliche Selbstverständlichkeit ist weniger im individuellen Pflegehandeln begründet sondern normativ codiert. „Die Fähigkeit, andere zu pflegen und zu versorgen, wird immer noch für spezifisch und natürlich weiblich gehalten“ (Wegener 1996: 34).

4 Die Situation pflegender Töchter

Um Kriterien zu entwickeln, welche Ressourcen und Rahmenbedingungen in der häuslichen Altenpflege wichtig sind wurde die Literatur, die sich mit der Situation von Pflegenden beschäftigt für das folgende Kapitel ausgewertet. Die zitierten Studien beziehen sich dabei nicht ausschließlich auf pflegende Töchter. Dennoch wurde versucht möglichst auf ihre spezifische Situation einzugehen bzw. auf ihre Situation übertragbare Erkenntnisse aufzunehmen.

4.1 Veränderung der eigenen Lebensplanung

Das Auftreten von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit macht eine Umorganisation haushälterischer Versorgungsbezüge und eine Neueinstellung des Haushaltssystems notwendig. Pflegende Frauen müssen einen Weg finden, die Pflege neben den Anforderungen und Wünschen des täglichen Lebens, die ja weiterbestehen zusätzlich zu integrieren. Dabei trifft die Übernahme einer Pflege Töchter in verschiedenen Lebensphasen und Lebensformen. Zur Illustration seien drei mögliche Lebenssituationen skizziert:

Beispiel 1: Es war schwierig für Frau X., den Einstieg auf dem Arbeitsmarkt nach einer zehnjährigen Kindererziehungsphase im mittleren Lebensalter zu schaffen. Zwar ist sie überqualifiziert für ihre heutige Stelle, in ihrem erlernten Beruf aber konnte sie keine Anstellung mehr finden. Nun konzentriert sie sich voll auf die neuen Möglichkeiten. Eine weitere „Pause“ aber würde zu einer endgültigen Abstinenz auf dem Arbeitsmarkt führen.

Beispiel 2: Frau Y. ist durchgängig erwerbstätig gewesen, hat auf Kinder verzichtet oder möglichst kurze Kindererziehungszeiten genommen. Der Beruf spielte in ihrem Leben eine dominante Rolle und sie konnte sich eine gute Position erarbeiten. Nun hat sie daneben das Bedürfnis, der Mutter beizustehen, möchte die Arbeit aber beibehalten. Eine Reduzierung auf eine Teilzeitstelle aber ist für den Arbeitgeber in ihrer Position nicht vorstellbar.

Beispiel 3: Frau Z. und ihr (Ehe-)Mann mussten in ihrem Leben auf einige Träume verzichten. Die Erziehung der Kinder und finanzielle Knappheit waren in den ersten 30 Ehejahren dominant. Die Kinder sind nun selbstständig, das Haus weitgehend abbezahlt. Frau Z. und ihr Mann haben geplant, bald in Rente zu gehen. Das Paar hat viele Pläne für die Zukunft geschmiedet, will auf Reisen gehen und sich endlich verstärkt den Hobbies widmen. Doch am wichtigsten ist nun, dass die Beiden endlich Zeit für sich und die Pflege ihrer Partnerschaft haben werden.

Diese Beispiele zeigen eine Auswahl typischer Erwerbs- und Familienkonstellationen, in denen sich Frauen in den mittleren Lebensjahren befinden können, wenn sie mit der Pflegebedürftigkeit eines Elternteils konfrontiert werden. Diese Frauen sind durch die Pflege verstärkt in widersprüchlichen Rollenanforderungen ausgesetzt. Sie alle haben Vorstellungen von ihrer Zukunft und konkrete Lebenspläne, in denen die Pflege der Eltern über einen längeren Zeitraum hinweg nicht enthalten ist. Die Planungs- und Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen Lebens aber werden in zentralen Bereichen nun über einen nicht absehbaren Zeitraum eingeschränkt. „Das bedeutet für Pflegende unter Umständen einen ständigen Konflikt: Sie sehen ihre eigene Zeit verrinnen und dabei ihre Pläne sich ins Nichts auflösen“ (Hedtke-Becker 1996:7f). In einem solchen Konflikt aber ist die Unzufriedenheit mit der Pflegesituation vorprogrammiert.

4.2 Die Pflegesituation

In der Literatur werden zwei Erfahrungsebenen der Pflegesituation beschrieben. Die meisten Studien verweisen auf belastende Erfahrungen. Belastungsfaktoren sind insbesondere die Art der Erkrankungen der Pflegebedürftigen, Art und Umfang der Unterstützung der Pflegenden sowie die soziale Integration der Pflegenden innerhalb und außerhalb der Familie, der Gesundheitszustand der Pflegenden sowie Wohnbedingungen und materielle Ressourcen (Kruse 1995, nach Schmidt 2004: 2). Daneben werden aber auch positive, d.h. entlastende Pflegeerfahrungen von Pflegenden genannt. Die Nähe zum Gepflegten wird hier angegeben, sowie eine Befriedigung und Sinnfindung in der Pflegearbeit selbst (Kesselring 2002: 92). Allerdings dominieren im Erleben der Pflegenden zumeist die Belastungen (Holz 2000: 353). 83 % der Hauptpflegepersonen fühlen sich „sehr stark“ oder „eher stark“ belastet (Schneekloth & Leven 2003: 23).

Insbesondere die *zeitliche Beanspruchung* der Pflegenden ist erheblich. Im Schnitt wenden Hauptpflegepersonen 36,6 Stunden pro Woche für Hilfe, Pflege oder Betreuung auf. Bei sonstigen Hilfebedürftigen wird der Aufwand von den Befragten auf 14,7 Stunden pro Woche geschätzt 64 % der Hauptpflegepersonen übernehmen die Betreuung täglich „Rund-um-die Uhr“, weitere 26 % täglich stundenweise (Schneekloth & Leven 2003: 22). Besonders belastend erleben die Pflegenden meist nur unzureichende oder sogar fehlende Möglichkeit, den eigenen Tag zeitlich einzuteilen. Häufig sind sie es nicht mehr selbst, die ihren Tag strukturieren können, sondern die Pflegeanforderungen geben dies vor. Der hohe Zeiteinsatz und die fehlende Planbarkeit aber erschweren die Aufrechterhaltung von Hob-

bies, soziale Kontakte oder einer Erwerbstätigkeit. Eine hohe zeitliche Beanspruchung führt so häufig zu Isolationstendenzen der Pflegenden (Kesselring 2002: 98)

Allerdings kann die Belastung mit objektiven Faktoren allein nicht ausreichend bestimmt werden. Der Vielfach beschriebene Rückzug der Pflegenden von Sozialkontakten und Sozialaktivitäten beispielsweise wird gerade durch die psychische Belastung der Pflegenden verstärkt. Pflegende berichten immer wieder von der Schwierigkeit, mit belastenden, eigenen Gefühlen wie Erschöpfung, Widerwillen und Abscheu zurechtzukommen. Häufig haben sie zugleich Schuldgefühle, dass solche negativen Gefühle gegenüber der Mutter oder dem Vater überhaupt empfunden werden (Kesselring 2002: 93). Auf der psychischen, subjektiven Ebene wirkt es besonders belastend, wenn die Persönlichkeit des Gepflegten stark verändert ist, sich der Zustand des Gepflegten trotz aller Anstrengungen verschlechtert. Daneben spielen Beziehungsaspekte eine wichtige Rolle, denn die Pflege wird belastender erlebt, wenn eine schwierige Beziehung zum Patienten besteht oder es zu einer Verschlechterung der Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern kommt (Kesselring 2002: 91)

Folge der Belastungen ist bei vielen Pflegenden eine Beeinträchtigung der Lebenszufriedenheit und der eigenen Gesundheit. Pflegende sind gesundheitlich stärker gefährdet als nichtpflegende Altersgenossinnen (Boeger & Pickartz 1998: 319; Gräbel 1996: 15ff). Typisch sind folgende Beeinträchtigungen:

- hohe Prävalenz depressiver, z.T. auch psychiatrischer Symptome
- körperliche Leiden, insbesondere Rückenbeschwerden durch Tragen, Heben und Bücken,
- pflegende Angehörige schlafen weniger als nicht pflegende Angehörige, sie zeigen typische Erschöpfungszustände, Magenbeschwerden, Herzbeschwerden, Nervosität oder ständige Anspannung (Kesselring 2002: 99; Hedtke-Becker 1996:7).

Die Gesundheit der Pflegenden ist eine wichtige Voraussetzung für ihr Wohlbefinden und auch den Fortbestand der häuslichen Pflege. Zudem birgt die Überlastung von pflegenden Angehörigen die Gefahr, dass eine hohe Pflegequalität nicht geleistet werden kann. Überlastete Pflegende neigen zu Vernachlässigungen und Aggressionen gegenüber Pflegebedürftigen wurden beschrieben (Holz 2000: 353).

4.3 Erwerbstätigkeit und Pflege

Erwerbstätigkeit und Pflege werden in der Literatur aus zwei Blickwinkeln betrachtet. Zum einen interessieren die Auswirkungen der Pflegeübernahme auf die Erwerbstätigkeit, zum anderen die Bedeutung der Erwerbstätigkeit für die Pflegenden.

60 Prozent der Pflegenden im erwerbsfähigen Alter sind nicht erwerbstätig. Sechs Prozent gehen einer geringfügigen Beschäftigung und 15 Prozent einer Teilzeitbeschäftigung nach. Nur 19 Prozent haben eine Vollzeit-Stelle (Schneekloth & Leven 2003: 20). Die Erwerbsbeteiligung von pflegenden Töchtern liegt bei etwa 44 % (Geister 2004: 29). Verheiratete Frauen neigen eher dazu, die Erwerbstätigkeit aufgrund einer Pflege aufzugeben (Geister 2004: 29). Etwa die Hälfte der 35- bis 54jährigen Pflegenden Frauen und Männer, die einer Berufstätigkeit nachgehen, haben diese eingeschränkt (Fuchs 1999a: 337f). Das Ausmaß, in dem zusätzlich zur Pflege einer Erwerbstätigkeit nachgegangen werden kann, ist natürlich direkt von Art und Umfang der zu leistenden Hilfe/Pflege abhängig und die Möglichkeit, beide Bereiche zu vereinbaren, mit steigendem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit ab (Reichert 2000: 359). Eine Reihe von Schwierigkeiten die vielfältigen beruflichen, pflegerischen und familiären Tätigkeiten zu koordinieren entstehen aber meist direkt am Erwerbsarbeitsplatz. Die wesentlichen sind:

- *Versäumen von Arbeitszeit:* Erwerbstätige Pflegende stehen meist unter massivem Zeitdruck. Sie haben häufig eine auf die Minute geplante Tageszeitorganisation. Trotz des häufig kunstvollen Zeitumgangs kommt es in der Pflege immer wieder zu unvorhergesehenen Zwischenfälle oder Termine, die während der regulären Arbeitszeit erledigt werden müssen, und die Möglichkeit einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung erfordern.
- *Beeinträchtigung des Leistungsvermögens am Arbeitsplatz:* Eine Pflege wirkt sich auf Leistungsfähigkeit, Konzentrationsvermögen und Belastbarkeit am Arbeitsplatz häufig negativ aus. Angehörige berichten, dass sie „nicht abschalten“ können und in Gedanken bei der Pflegesituation bleiben. Problematisch ist insbesondere, dass Pflegende die üblichen Regenerationsphasen wie Feierabend, Wochenende und Urlaub nicht für sich sondern für die pflegebedürftige Person aufwenden.
- *Mangelndes Verständnis von Vorgesetzten und Kollegen:* Flexibilität und die Bereitschaft für Überstunden wird von vielen Vorgesetzten geradezu selbstverständlich vorausgesetzt. Wenn Pflegende damit konfrontiert werden, diese aber nicht leisten können, so sind Probleme mit Vorgesetzten vorprogrammiert. Aber auch

Probleme mit Kolleginnen, denen das Verständnis für die Situation der Pflegenden fehlt, und die sich sogar aufgrund deren „Bevorzugung“ durch Nichtübernahme von Überstunden benachteiligt fühlen wird berichtet. Häufig führen diese Probleme zu einer „inneren Kündigung“ der Pflegenden.

- *Verminderte Chancen für Karriere und Weiterbildung* ergeben sich fast folgerichtig aus den vorigen Problempunkten. Wenn Zeit und Kraft auf dem Arbeitsplatz knapp werden, und Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nicht noch zusätzlich durchgeführt werden können, wird der Karriereaufstieg für Pflegende unwahrscheinlich (Reichert 2000: 360).

Frauen, die ein höheres schulisches und berufliches Qualifikationsniveau aufweisen, können die Pflege meist flexibler in ihre Erwerbsarbeit einbinden. Zudem wirkt sich eine günstige ökonomische Lage der Pflegenden positiv auf die Vereinbarkeit aus (Geister 2004: 29), vermutlich, da in diesen Fällen ausreichend finanzielle Spielräume für den Einkauf ergänzender Dienstleistungen vorhanden sind.

Ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wird insbesondere dann wahrscheinlich, wenn massive negative Effekte am Arbeitsplatz zu beobachten sind. Dabei wirkt die Entscheidung zur Berufsaufgabe meist nicht entlastend. Pflegende haben das Gefühl des Versagens, können ihre beruflichen Fähigkeiten und Fertigen nun nicht mehr anwenden und vermissen soziale Kontakte am Arbeitsplatz (Reichert 2000: 361). Gelingt es hingegen, die Erwerbsarbeitsbelastung auf ein erträgliches Maß zu halten, so hat eine gleichzeitige Erwerbstätigkeit positive Effekte für viele Pflegende. Die Berufstätigkeit wird dann ein wichtiges Gegengewicht zur Pflege. Sie wirkt einer drohenden Isolierung der Pflegenden entgegen und ermöglicht den Abstand von der Pflegesituation und den Erhalt eines ‚eigenes‘, ‚normalen‘ Lebens. Seubert (1993) resümiert im Zusammenhang dieser Effekte: „Die Pflege (...) erschwert die Erwerbstätigkeit, doch die Erwerbstätigkeit erleichtert die Pflege“ (ebd: 75; zit. nach Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 43).

4.4 Die finanzielle Situation

Während die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit bisher vor allem von ihrer immateriellen Seite her betrachtet wurde, sind natürlich auch finanzielle Aspekte bei Erhalt bzw. Aufgabe der Erwerbsarbeit wichtig. So ermöglichen Erwerbseinnahmen ggf. eine vermehrte Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen.

Auch ehpartnerschaftliche Einkommensstrategien, scheinen die finanzielle Situation von Pflegenden zu begünstigen. So sind allein stehende Töchter am stärksten finanziell belastet (Bracker et al. 1988).

Die finanzielle Situation der Pflegenden ist wenig näher erforscht, dennoch sind negative Auswirkungen eher als positive erwartbar. In einer Befragung von etwa 400 Pflegenden¹⁰ gaben 16,6 % der Pflegenden aus Westdeutschland bzw. 9,4 % der ostdeutschen Hauptpflegepersonen an, dass die Pflege für sie eine finanzielle Belastung ist (Halsig 1998: 220). Heute haben Pflegende die Möglichkeit, das Pflegegeld quasi als finanzielle Entschädigung für ihre Pflegeleistungen zu beziehen. Allerdings ist zu Bedenken, dass das Pflegegeld an die Pflegebedürftigen gezahlt wird. Es ist bekannt, dass immer noch eine Reihe der Pflegenden eine Monetarisierung der Pflegebeziehung ablehnen. Von den Helfern aus dem informellen Unterstützungsnetzwerk - erhalten rund 50 Prozent eine Bezahlung (Blinker & Klie 1999: 199). Die Höhe der Bezahlung und die Verteilung (Fokussierung auf die Hauptpflegeperson, Bezahlung von Nachbarn, Bekannten) wurde in der Studie leider nicht erfragt. Das Pflegegeld ist jedenfalls im Verhältnis zur anfallenden Arbeitszeit in der häuslichen Pflege äußerst gering, um als Lohn verteilt zu werden. Unklar ist, inwieweit vielleicht sogar ein intergenerationaler finanzieller Ausgleich über das Pflegegeld hinaus für die Pflegende in Form eines Einkommens geleistet wird. Teilweise findet sogar ein umgekehrter Transfer, von der Gepflegten zur Pflegebedürftigen statt. Gerade bei Pflegebedarf in Haushalten mit Niedrigeinkommen müssen die Töchter die entsprechenden Kosten häufig mit finanzieren (Runde et al. 1996: 98).

Bei der finanziellen Situation sind auch die zukünftigen Auswirkungen einer Pflegeübernahme auf das Einkommen einzubeziehen. Mit Einführung der Pflegeversicherung erhalten informell Pflegende Ansprüche auf eine Rente. Doch wirkt sich die informelle Pflegeübernahme bei Erwerbsunterbrechungen oder -einschränkungen negativ auf Rentenansprüche aus (Lorenz-Meyer 2001: 245ff). Dies ist aufgrund der tatsächlichen Ansprüche nicht überraschend: „Für jedes Jahr, das sie eine schwerstpflegebedürftige Person mit dem höchstmöglichen Stundenaufwand pflegen, würde sich ihre Rente um etwa 35 DM im Monat erhöhen“ (Wegener 1996: 35).

¹⁰ Im Rahmen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“ (MUGSLA). Die Studie wurde vor Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt.

4.5 Bedeutung des sozialen Netzwerkes in der häuslichen Altenpflege

In den bisherigen Ausführungen zur Situation der Pflegenden wurde ihr soziale Umfeld weitgehend ausgeblendet. Im Folgenden soll aufgezeigt werden welche Bedeutung das private und dem professionelle Umfeld bei der Bewältigung der Pflegeaufgaben in der Praxis hat.

4.5.1 Das private Umfeld der Pflegenden

36 Prozent der Pflegenden¹¹ können auf keine regelmäßige Hilfe aus dem privaten Umfeld in der häuslichen Pflege zurückgreifen. 29 Prozent der Pflegenden erhalten regelmäßig von einer Person aus diesem Kreis Unterstützung bei der Pflege, 16 Prozent von zwei Personen und 11 Prozent von drei und mehr Personen. Weitere HelferInnen in der häuslichen Altenpflege stammen zumeist aus dem engeren Familienkreis der Pflegenden (Schneekloth & Leven 2003: 18; vgl. Fuchs 1999a). In der Literatur wird häufig von der einseitigen Belastung einer Pflegenden in der Familie berichtet. Die Zahlen bestätigen diesem Befund allerdings nicht generell, widersprechen ihm aber auch nicht. In weiteren Untersuchungen konnte aber aufgezeigt werden, dass weitere Hilfeleistende des innerfamiliären Pflegesystems in der Regel eine sekundäre Verantwortung übernehmen (Whitlatch & Noelker 1996: 255). Sie übernehmen darin meist die festgeschriebene Aufgaben, wie kleine, zeitlich überschaubare Erledigungen oder - zeitlich begrenzt - die Aufgaben der Hauptpflegeperson wenn diese verhindert ist (Halsig 1998: 212). Häufig greifen Helfer des sekundären Systems auch eher auf indirekte Weise oder sporadisch in den Pflegeablauf ein. Es fällt schwer, eine pauschale Aussage über die Bedeutung der weiteren Hilfspersonen zu treffen. Sinnvoll ist, die Bedeutung einzelner Familienmitglieder zu erfassen.

Die Rolle des *Ehemannes* stellt sich sehr verschieden dar. Ehemänner übernehmen teilweise die Hausarbeit und helfen besonders bei Pfllegetätigkeiten, die eine starke körperliche Belastung sind. Insgesamt sind sie allerdings wenig präsent und bleiben meist eher außenstehend. Ein wichtiger Beitrag des Ehemannes liegt häufig in der emotionalen Unterstützung der Pflegenden. Häufig ist es auch der Ehemann, der die Pflegende auf ihre eigenen Grenzen aufmerksam macht und ggf. eine Beendigung der Pflege forciert. Viele Befragte berichten aber auch von Schwierigkeiten in der ehelichen Beziehung, die durch die Pflege bedingt sind, z.B. das Gefühl des Ehemannes, vernachlässigt zu werden. Diese

¹¹ Hier bezogen auf Pflegende, die eine Pflegebedürftige Person i.S.d. SGB XI pflegen.

Schwierigkeiten wirken im Alltag der Pflegenden zusätzlich belastend (ESVLA 1993: 84; Geister 2004: 36; Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 134).

Bezüglich der Rolle der *Kinder* der Pflegenden sprechen einige Studien von einer instrumentellen und emotionalen Entlastung. In der Studie der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen werden insbesondere solidarische Reaktionen seitens der Kinder positiv hervorgehoben. Die Bedeutung der Kinder liegt scheinbar hauptsächlich in einer emotionalen, Rat gebenden Funktion. In Hinblick auf die instrumentelle Mithilfe weisen einige Studien auf eine „Funktionslosigkeit der Kinder von heute“ hin. Diese bezieht sich nicht nur auf eine geringe Beteiligung, sondern auch darauf, dass Kinder von der Pflegenden nicht oder selten zur Mithilfe herangezogen werden (ESVLA 1993: 83; Geister 2004: 37).

Auch die Rolle der *Geschwister* ist sehr unterschiedlich. Sie sind für einige Pflegende die größten Quellen an instrumenteller Unterstützung. Andere Studien zeigten auf, dass Geschwister sich nur selten mitverantwortlich fühlen und kaum oder wenig mithelfen. Konflikte auf der Geschwisterebene treten vor allem zu Beginn der Pflege auf, wenn Pflegende erfahren, dass sich die Geschwister entgegen der Erwartungen der Pflegenden und moralischen Vorstellungen zurückziehen. Meist kommt es dann zu einer dauerhaften Störung des Verhältnisses oder einem Abbruch der Beziehungen. Häufig treten aber auch bei regelmäßiger Unterstützung in der alltäglichen Interaktion zwischen den Geschwistern eine Reihe Konflikte zu Tage, die eine zusätzliche Belastung für die Pflegenden bedeuten können (Gröning, Kunstmann & Rensing: 2004: 133f; Geister 2004: 37).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einbettung in eine Herkunftsfamilie für die Situation vieler Pflegende positive Effekte hat. In einer amerikanischen Studie wurde festgestellt, dass verheiratete pflegende Frauen das höchste Familieneinkommen, die meisten Helfer in der Pflege und das größte Wohlbefinden haben (Brody et al. 1995, nach Geister 2004: 37f). Dies ist verständlich, da für Pflegende schon ein gelegentlicher Besuch Anderer bei der Gepflegten eine zwar nur kleine aber wichtige Hilfe sein kann. Bracker et al. (1988) zeigten auf, dass Frauen ohne Familie sich schwieriger gegen eine eigene Pflegeübernahme stellen können und sie durchschnittlich auf einen kleineren Kreis potenzieller Entlastungspersonen zurückgreifen können.

Die Bedeutung des *nichtfamilialen, privaten Umfeldes* liegt für die Pflegenden insbesondere in der emotionalen Unterstützung. Zum Teil beklagen Pflegende aber auch einen Rückzug von Freundschaften, „weil die gegenseitigen Lebensumstände zu unterschiedlich

seien“ (Geister 2004: 39). Verwandte, Nachbarn, Freunde und Bekannte leisten einen eher marginalen Beitrag an instrumenteller Unterstützung (Dallinger & Schmitt 2001: 42). Dies kann auch im Verhalten der Pflegenden mitbegründet sein. So gaben Pflegende an, dass sie im Freundes- und Bekanntenkreis nur selten um kleinere Hilfeleistungen bitten, um die Freundschaft nicht zu belasten. Bekannt ist, dass eine kleine Gruppe von Pflegebedürftigen die nicht oder sehr eingeschränkt auf Hilfen von Familienmitgliedern zurückgreifen können Unterstützung aus dem außerfamilialen Personenkreis in erstaunlich hohem Maße erhalten (Blinkert & Klie 1999, nach Schmidt 2002: 196). Dies gibt Hinweise, dass eine gewisse Bereitschaft des außerfamilialen privaten Umfeldes zur Mithilfe durchaus existiert.

4.5.2 Das professionelles Umfeld in der häuslichen Altenpflege

Das Hinzuziehen professioneller HelferInnen in der häuslichen Pflege wird heute als wichtige Entlastung vor Überforderung und dem Erhalt lebensweltlicher Pflegeressourcen angesehen. Zunächst soll kurz ein systematischer Überblick über die Vielfalt an sinnvollen Schnittpunkten mit dem professionellen Sektor in der häuslichen gegeben werden (in Anlehnung an Halsig 1998: 225).

- *alltagsbezogene Hilfen*: z.B. ambulante versorgerische und pflegerische Dienstleistungen, teilstationäre Angebote, Angebote der vollstationären Kurzzeitpflege, Service-Wohnen
- *psychologische und soziale Hilfsangebote*: z.B. Beratung durch psychologische Fachkräfte, Psychotherapie, (Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger)
- *Informationen und Beratung*: z.B. zum Angebot professioneller und ehrenamtlicher Dienste, zum Umgang mit Behörden, Ärzte etc, Pflegekurse
- *kontextbezogene und technische Hilfen*: Bereitstellung von technischen Pflegehilfsmitteln, finanzielle Hilfen für Pflegende
- *präventive Maßnahmen*: z.B. zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Pflegebedürftigen, zur Förderung einer bewussten und reflektierten Entscheidung zur Übernahme bzw. Ablehnung häuslicher Pflegeübernahme

Da es im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen würde, alle diese möglichen Interventionsformen in der ihnen angemessenen Form zu diskutieren, soll an dieser Stelle die wohl zentrale Dimension zur Bewältigung des Pflegealltags näher diskutiert werden, die alltags-

bezogene Entlastung der Pflegenden durch professionelle HelferInnen der ambulanten Hilfe. Mögliche Leistungen der ambulanten Hilfe sind pflegerische und versorgerische Leistungen sowie Transport- und Fahrdienste. Ambulante Hilfen werden hauptsächlich über Pflegedienste bezogen.

Die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienst ist von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Wesentlich stellte sich nach Blinkert und Klie (1999) die Stabilität des informellen Unterstützungsnetzwerkes heraus. Im Falle labiler Netzwerke ist der Rückgriff auf professionelle Pflegedienstleistungen deutlich höher (ebd.: 198). Auch mit zunehmendem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit werden vermehrt professionelle HelferInnen involviert (Fuchs 1999a: 341). Allerdings bekommen insgesamt nur etwa drei von zehn Pflegenden professionelle Unterstützung (Fuchs 1999b: 42), was auf eine „Nachgeordnetheit“ professioneller Helferinnen im Pflegealltag schließen lässt.

Was sind die Gründe für eine geringe Inanspruchnahme? In einer Regionalstudie konnte Evers Vorbehalte gegenüber dem Hinzuziehen von Fremden in die häusliche Umgebung aufzeigen (Evers 1997: 147). Fuchs vermutet, dass Ursache der geringen Nachfrage eine Geringschätzung praktischer fachlicher Unterstützung, Wunsch nach Schutz der Privatsphäre, Angst vor der Einmischen in Familienangelegenheiten und Misstrauen gegenüber Pflegediensten ist. Pflegende Männer haben offensichtlich weniger Scheu professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und greifen häufiger auf professionelle Hilfen zurück (Fuchs 1999b: 42). Die Rahmenbedingungen, unter denen Frauen pflegen, stellen sich hier also in der Regel als deutlich belastender dar (Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 37). Geister nennt zudem negative Einstellung der pflegebedürftigen Person gegenüber Pflegediensten als Grund einer fehlenden Inanspruchnahme (Geister 2004: 39f).

Runde et al. (1999) haben aufgezeigt, dass das normative Regulierungsprinzip, Angehörige selbstverständlich zu Pflegen an Bedeutung verliert. „Statt dessen nimmt ein Wahlalternativdenken zu, dass andere Personen und Pflegedienste einschließt.“ (ebd.: 177). Der Trend zeigt einen Rückgang des Organisationstypus „Nur Angehörigenpflege“ und eine Entwicklung zur Pluralisierung von Pflegeorganisationsmodellen (ebd.: 179). Die Daten der zweiten Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes von 2001 bestätigen einen solchen Trend hin zur professionellen Pflege durch ambulante Pflegedienste. Gegenüber der ersten Erhebung im Jahre 1999 hat die Anzahl der Pflegebedürftigen die ambulante Pflegedienste über die Pflegeversicherung in Anspruch nehmen um 4,7 Prozent zugenommen (Stat. Bundesamt 2003: 9). Dennoch liegt die Präferenz weiterhin deutlich auf dem Pflegegeldbezug.

Über zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind Pflegegeldempfänger, nur 12 Prozent haben sich für einen reinen Sachleistungsbezug und 15 Prozent für Kombinationsleistungen entschieden. Das Verhältnis verschiebt sich erst in Pflegestufe 3 deutlich zugunsten der Wahl von Kombinationsleistungen (Schneekloth & Leven 2003: 25).

Daneben ist interessant, ob Pflegende neben oder anstatt eines Sachleistungsbezugs privat finanzierte Hilfeleistungen organisieren. Die Daten ermöglichen nur Auskunft über das Hinzuziehen bezogen auf Haushalte, in denen eine pflegebedürftige Person lebt. 9 Prozent der Haushalte aller Pflegebedürftigen beschäftigten im Jahre 2002 danach eine private hauswirtschaftliche Hilfe, 4 Prozent nahmen ein Essen auf Rädern - Angebot in Anspruch und ebenfalls 4 Prozent Leistungen von Sozialstationen. Eine private Pflegekraft beschäftigten 4 Prozent der Haushalte von Pflegebedürftigen (Schneekloth & Leven 2003: 27).

Ebenfalls bezogen auf die Pflegebedürftigen, ist bekannt, dass Angehörige der oberen Mittelschicht in sehr viel höherem Maße, fast zu einem Drittel, auf professionelle ambulante Dienstleister zurückgreifen. Sozial und einkommensstarken Haushalten scheint es also besser zu gelingen, ambulante Dienste zu integrieren (Zeman 1999: 378f). Es wäre sicher ein Trugschluss, dass durch die Pflegeversicherung die ökonomischen Möglichkeiten zur Dienstleistungsnutzung in den privaten Haushalten gleicher verteilt werden.

Wenn Pflegende ambulante Dienstleister hinzuziehen, übernehmen diese meist regelmäßige Tätigkeiten wie Körperpflege, Mahlzeitenzubereitung, Baden sowie An- und Auskleiden. Häufig fragen Pflegende ambulante Pflegedienste gerade in der Anfangsphase einer Pflege oder nach Krankheitsschüben und verändertem Hilfebedarf nach, um eine Einführung in Pflegetätigkeiten und Pflegeroutinen zu erlernen (Geister 2004: 40). Bei einer Befragung von 1600 Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person des IfeS, Nürnberg gaben 70 % der Befragten Pflegenden an, dass sie nicht auf professionelle Dienstleister zurückgreifen, weil diese nur bestimmte Tätigkeiten verrichten und die eigentliche Arbeit liegen bleibe. 62 % lehnen den häufigen Wechsel der Pflegekräfte ab, und 51 % waren mit der mangelnden Sicherstellung der Hilfe an Wochenenden und Feiertagen unzufrieden (Mattmüller & Vogel 1995, nach Zeman 1999: 379f).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Hinzuziehen professioneller HelferInnen zwar eine zeitliche Entlastung für die Pflegenden ist, aber die Wirkung auf die Situation der Pflegenden darüber hinaus relativ beschränkt ist. Eine fehlende Inanspruchnahme, aber auch konkrete Interaktionsprobleme sind hier Ursache. Die Vernetzung von professionell

und lebensweltlich Pflegenden scheint schwierig. Dies liegt nicht zuletzt in den unterschiedlichen Voraussetzungen und Erwartungen, mit denen private und professionelle HelferInnen in der häuslichen Pflege aufeinander treffen. Während professionelle Pflegekräfte Pflege als berufliche Erwerbsarbeit verstehen, die zwischen Fachorientierung, Berufsethos und Sicherung des Arbeitsplatz geleistet wird, sehen Angehörige ihre Leistungen für die Pflegebedürftigen als „alltagsorientierte Sorgearbeit“, in der verstärkt die Beziehung zur pflegebedürftigen Person in den Vordergrund tritt (Evers & Olk 1996; Zeman 1999, 383ff).

5 Häusliche Altenpflege aus sozialpolitischer Perspektive

Handlungsspielräume für den Ressourceneinsatz in der häuslichen Altenpflege ergeben sich nicht nur auf der Mikro- und Mesoebene sozialen Handelns. Sie werden geprägt durch gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und kulturelle Orientierungen einer Gesellschaft (Meier, Preuße & Sunnus 2003: 52f; von Schweitzer 1991: 142). Zwei sozialpolitische Bereiche möchte ich in der hier gebotenen Kürze diskutieren, um die Grundzüge des sozialpolitischen Umgangs mit Pflegebedürftigkeit hierzulande aufzuzeigen, die Familien und die Pflegepolitik. Zunächst (5.1) werde ich das Handlungsfeld Pflege aus familienpolitischer Perspektive diskutieren.

5.1 Familie und Pflege im Spiegel der Familienpolitik

Der vierte Familienbericht (1986) der Bundesregierung legt den Schwerpunkt auf die Perspektive der älteren Menschen in der Familie. Der Bericht ist als Stellungnahme an prominenter Position zu verstehen, mit der dem Leistungsaustausch zwischen den erwachsenen Familiengenerationen ein gestärktes familienpolitisches Gewicht zukommt. Die Frage des familienpolitischen Kurses bezüglich der wachsenden Konfrontation der Familien mit der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen wäre zunächst offen: die Forcierung der Auslagerung der Pflege-Funktion aus der Familie steht im Prinzip gegenüber einer Stärkung familialer Ressourcen zur Übernahme der Pflege. Die Bundesregierung betont in diesem Bericht, dass sie familiäre Versorgungsbezüge grundsätzlich erhalten möchte: „Nach Auffassung der Bundesregierung ist es menschlich und vernünftig, dass Pflegebedürftige die Zuwendung ihrer Angehörigen erfahren und die sozialen Bindungen der Pflegebedürftigen durch Verbleiben in der gewohnten Umgebung erhalten bleiben.“ (ebd.: XI) Demgegenüber kritisiert sie ein Vorgehen, in dem „die unmittelbare Verantwortung der Menschen für sich selbst und für andere aus personalen Bezügen in überschaubaren Gruppen an anonyme Systeme oder den Staat übertragen“ werden. Eine Reihe von wohnungspolitischen Maßnahmen werden vorgestellt, die das Zusammenleben mehrerer Generationen unter einem Dach erleichtern sollen.

Sicher sind diese Aussagen vor dem Hintergrund parteipolitischer Programmatik der damals regierenden CDU/CSU-Partei zu bewerten (weiterführend: Backes 1992). Dennoch kann der eingeschlagene Weg nicht auf die Linie einer konservativen Regierungspartei

reduziert werden. Er ist vielmehr kennzeichnend für die ‚familienpolitische Leitkultur‘ in der Bundesrepublik und hat auch jenseits des Regierungswechsels zwischen schwarz-gelb und rot-grün eine eigentümliche Konstanz bewiesen. Die Arbeitsteilung im Bereich sozialer Sicherung ist traditionell durch das Subsidiaritätsprinzip geprägt. Das Prinzip stammt aus dem Gedankengut der katholischen Soziallehre (Kaufmann 2003: 135ff) und danach sollen die den Betroffenen nächsten Institutionen erster Ansprechpartner zur Erbringung sozialer Leistungen sein. In Art 6 (2) GG heißt es „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“. Auch die von Ehepartnern und der direkten Generationenlinie privatrechtlich abverlangte Solidarität zur finanziellen Unterstützung für Ältere ist in Rückgriff auf das Subsidiaritätsprinzip begründet (Hoch & Lüscher 2002; Coester-Waltjen & Coester 2002). Die Familie ist danach primär zuständiger Leistungserbringer, dann Kirchen, Verbände und gemeinnützige Träger – und zunehmend werden auf dieser Ebene auch privatwirtschaftliche Dienstleistungsanbieter einbezogen - zuletzt erst der Staat.

Das Prinzip der Subsidiarität wird in der öffentlichen Diskussion moralisch bestärkt durch ein privatistisches Verständnis von Familie. Dieses Verständnis wird insbesondere bei der (Klein-)Kinderziehung forciert (vgl. Schultheis 1999: 39ff), aber auch bei der Pflege älterer Familienmitglieder wird dieser Kurs gehalten. Wie in der feministischen Forschung aufgezeigt wurde, steckt eine enge Verquickung von ‚care for‘ und ‚care about‘ in dieser Anschauung. Die Übernahme von Sorgearbeit aus Liebe wird als natürlicher Prozess dargestellt und gilt als die beste Grundlage für eine gelungene Dienstleistung (Finch 1993: 13f). Weiter zugespitzt legt diese Ansicht also nahe, dass „Nächstenliebe als persönliche Haltung eine bessere Qualitätsgarantie der Arbeitserledigung sei als systematische Ausbildung“ (Krüger: 2003). Sicher wäre Familienpolitik Unrecht getan, wenn sie auf ihr Agieren nach dem Subsidiaritätsprinzip verkürzt würde. So wird trotz der „Krise des Sozialstaats“ der Ausbau familienergänzender Angebote in den 90er Jahren verstärkt zum politischen Ziel erklärt (Pfau-Effinger 2001). Dennoch gab es nie einen Bruch mit der Hierarchisierung der Zuständigkeiten, und so wirkt sie dort wo sie besteht eigentümlich selbstverständlich, aber auch der Weg der Rückverlagerungen in familiäre Zuständigkeit wird letztlich offen gehalten (Krüger 2003).

Die Spurensuche nach den Grundzügen familienpolitischer Gestaltung der häuslichen Altenpflege wird fortgesetzt in den Altenberichten des „Familienministeriums“. Zunächst ist festzuhalten, dass in der Beauftragung einer Altenberichtscommission ein Perspektivenwechsel des Verhältnisses von Alter und Familie erkennbar ist: So scheint sich die Lebensphase Alter zunehmend von einer Kontextualisierung in familialen Lebenswelten zu emanzipieren. Alte Menschen werden zunehmend als Individuen mit eigenen Interessen wahrgenommen. Zugleich bleibt der Blick auf die Familie insbesondere im Bereich der Hilfe und Unterstützung Älterer weiterhin wichtig (Backes 1997: 338). In ihrer kritischen Analyse des Ersten Altenberichts (1993) fragt Backes nach den vertretenen politischen Linien und Konzepten sowie dem zu Grunde gelegten Gesellschaftsbild. Sie konstatiert für die Stellungnahme der Bundesregierung ein propagiertes „Wunschbild“ von der Familie als Bezugs- und Unterstützungssystem, das mit differenzierten Ergebnissen soziologischer Analysen und fortlaufenden gesellschaftlichen Entwicklungen wie Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit, regionale Mobilität und eben der Veränderungen der Altersstruktur in eklatantem Widerspruch liegt (Backes 1997: 340). Dennoch wird schon im Ersten Altenbericht erkennbar, dass Maßnahmen zur Unterstützung familialer Pflege stärker betont werden. Die „Message“ des Berichts – der vor Einführung der Pflegeversicherung erstellt wurde – ist für den Bereich der häuslichen Altenpflege die Notwendigkeit des Ausbaus ambulanter Pflegedienste. Diese Sichtweise setzt sich in den Folgeberichten fort und wird zunehmend differenziert. Auch die Bundesregierung unterstreicht den von den Kommissionen eingeschlagenen Kurs. Die Förderung des Mehrgenerationenwohnens beispielsweise ist in der Stellungnahme der Bundesregierung nicht mehr wiederzufinden, sie weicht der Fokussierung auf versorgungs-technischen und infrastrukturellen Anforderungen von altengerechter Wohnung und Wohnumfeld (insb. BMFSFJ 1997). Im Vierten Altenbericht wird eine Vernetzung eines vielfältigen professionellen Unterstützungsangebot als zentrale Aufgabe gesehen: „Derzeit weist das Hilfesystem noch eine Reihe von Defiziten auf. Die Strukturen sind unübersichtlich und zu wenig miteinander vernetzt, die Hilfen oft nicht aufeinander abgestimmt“ (BMFSFJ 2002: 23).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auch in den Altenberichten die „Familie als Wert an sich“ als starker normativer Überbau bestehen bleibt. Diese normative Vorstellung wird eng verknüpft mit der familienpolitischen Leitlinie einer Stabilisierung familialer Unterstützungsleistungen auf hohem Niveau. Dennoch zeigt die Bearbeitung des Themas familiäre Pflege mit jüngerem Datum der Berichte tendenziell eine differenziertere Ausrichtung.

Die Thematisierung von solidarischen Generationenbeziehungen in der Familienpolitik entwickelt sich im Zeitablauf von einem aner kennenswerten Tatbestand, der immer ein wenig als „selbstverständlich“ wahrgenommen wird, zu einem zentralen Steuerungsprinzip familienpolitischen Handelns. Das Ziel des Erhalts lebensweltlicher Pflegeressourcen soll durch die Verbesserung der Lebenssituation der Pflegenden, insbesondere aber durch die Ausdifferenzierung flankierender Hilfen in der häuslichen Altenpflege zur Entlastung von Pflegenden erreicht werden.

5.2 Die Pflegeversicherung

Die Verbindung aus Verortung der Pflege in der Familie auf normativer Ebene und einer zunehmenden Differenzierung des Leistungsangebotes in der sozialstaatlichen und sozialrechtlichen Steuerung ist auch in der Pflegeversicherung wiederzufinden. Der Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege bei Stabilisierung von Solidarleistungen zur Pflegeunterstützung unter Angehörigen und Nachbarn (§ 3 SGB XI) sind als Grundsätze verankert. Auch die zur anstehenden Reform der Pflegeversicherung eingereichten Konzepte der Rürup- und Herzog-Kommission halten an diesem Grundsatz fest (vgl. BMGS 2003b; CDU 2003). Forciert werden soll dies durch weitere Maßnahmen der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation aber auch eine restriktive Zugangspraxis zu vollstationären Einrichtungen.

Die Pflegeversicherung will die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Pflegebedürftigen stärken (§ 2 SGB XI). Durch die Einräumung eines Wahl- und Wunschrechts, das im Kern aus der Möglichkeit eines Geldleistungs, Sachleistungs oder Kombinationsleistungsbezugs besteht, können sich Pflegebedürftige und Angehörige ihrer Lage gemäß entscheiden. Prinzipiell zielen die Leistungen auf eine Stärkung der Situation von Pflegebedürftigen durch Stärkung ihrer Kaufkraft. Der Geldwert der Sachleistungen liegt hierbei höher als das ausgezahlte Pflegegeld. Dadurch soll ein Anreiz gegeben werden, professionelle Hilfe auf dem „Quasi-Markt“ ambulanter Pflegedienste in Anspruch zu nehmen, und zugleich auch die Nachfrage nach nichtqualitätskontrollierten Pflegediensten und Privatpersonen im grauen Markt gering zu halten (Runde & Giese 1999a: 95). Die Pflegeversicherung hat eine starke Anreizwirkung für den Ausbau mobiler Dienstleistungen gezeigt. So kann mittlerweile in vielen Regionen auf ein ausgebautes Netz mobiler Dienstleistungsanbieter zurückgegriffen werden (BMFSFJ 2001: 108f, zur Bedeutung und Entwicklung der Pflegepolitik der Bundesländer: Schölkopf 2002).

Ambulante Pflegeeinsätze, die unter das Leistungsrecht der Pflegeversicherung fallen, können allerdings nur im Rahmen der Leistungskomplexsystematik abgerechnet werden. Die dort festgeschriebenen hoch selektiven und punktuellen Leistungen müssen als erhebliche Einschränkung des Wahlrechts gesehen werden. Unzulänglich ist, dass die Situation der informell Pflegenden nicht einfließt. „Die *Pflege des häuslichen Unterstützungsnetzwerks* im Falle von Stress oder Brüchigkeit [...] kann im Rahmen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden (Schmidt 2004: 1f; Hervorhebung im Original). Eine Flexibilisierung des Leistungsrechts ist nötig, damit Pflegende und Pflegebedürftige die Leistungen autonomer und ihren Bedürfnissen entsprechend wählen können. Eine solche Flexibilisierung findet auch in den Empfehlungen von Herzog- und Rürup-Kommission Eingang. Im Rahmen eines Modells wird die Einführung von Personenbezogenen Budgets getestet. Die Budgets sind Geldleistungen, die zum Einkauf von Sachleistungen auf dem Pflegemarkt bestimmt sind. Nach einer Phase der Probe mit Evaluation ist beabsichtigt, die Budgets in das Dauerrecht zu übernehmen (Schmidt 2004: 4).

Aber auch eine Rationierung des Zugangs zur vollstationären Pflege wird als legitimes Mittel gesehen. Schon nach derzeitigem Recht müssen die Pflegekassen bei Pflegebedürftigen der Stufen I und II nach Begutachtung durch MitarbeiterInnen des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einer Unterbringung zustimmen. Wird diese nicht als erforderlich gesehen, wird weiterhin nur die Höhe der Pflegesachleistungen für häusliche Pflege gewährt und nicht die höheren Zuschüsse die für diese Art der Versorgung eigentlich vorgesehen sind (Schmidt 1999: 44). Folgt man den Empfehlungen der beiden Kommissionen bezüglich der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, so wird es zu einer Angleichung der Leistungssätze für ambulante und stationäre Dienstleistungen bei den Pflegestufen I und II in Richtung der Höhe ambulanter Leistungssätze - und kaum darüber - kommen. Nach dem Rürup-Papier werden die Zuschüsse für die vollstationäre Versorgung in Stufe I drastisch (von 1023 auf 400 Euro/Monat) und in Stufe II deutlich (von 1279 auf 1000 Euro/Monat) beschnitten (Rürup-Kommission 2003: 194). Eine solche Restriktion des Heimzugangs läuft eindeutig gegen das propagierte Wahl- und Wunschrecht. Dabei ist zu bedenken, dass das Leben in Heimen keineswegs attraktiv ist, so dass meist gute Gründe im privaten Unterstützungsnetzwerk für einen Heimeintritt vorliegen. Private Personen werden sich verstärkt als „billige Lösung“ zu einer Pflegeübernahme gedrängt sehen. Dort aber, wo aufgrund ökonomischer Zwänge Entscheidungen für die häusliche Pflege getroffen werden müssen, werden defizitäre Pflegearrangement, die eine geringere Qualität an Pflege leisten können, wahrscheinlicher.

Eine Reform der Pflegeversicherung ist aufgrund des prophezeiten gewaltigen Defizits nicht mehr abwendbar. Sie sollte als Chance für verbesserte Lösungen im Leistungsangebot genutzt werden. Fest verankert wird das Ziel der häuslichen Pflege bleiben. Bei den Maßnahmen zur Umsetzung dieses Ziels ist darauf zu achten, dass der Grundsatz der Wahl- und Wunschfreiheit nicht konterkariert wird. Positiv ist zunächst die Aufnahme von Pflegebudgets als erweiterte Gestaltungsoption für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Es ist zu erwarten, dass damit das Versorgungsniveau angehoben wird, da sich die Leistungswahl am Bedürfnis orientieren kann. Ob damit allein eine deutliche Verbesserung der Verzahnung von informellen und professionellen Hilfesystemen erreicht werden kann, bleibt allerdings zu bezweifeln.

6 Häusliche Altenpflege – forschungstheoretisches Fundament

6.1 Der Forschungsansatz der Giessener HaushaltswissenschaftlerInnen

Für die Haushaltswissenschaften ist der Privathaushalt die vermittelnde Instanz zwischen Individuum und Gesellschaft. Individuen agieren in der Gesellschaft unter „Vorerfahrung“ kollektiver haushälterischer Gestaltungsleistungen aus Haushalts- und Familienstrukturen heraus (Meier 2001). Privathaushalte sind zusammen wohnende und eine wirtschaftliche Einheit bildende Personengemeinschaften sowie Personen, die allein wohnen und wirtschaften (Stat. Bundesamt 2004: 24). Privathaushalte sind sozialökonomische Gebilde. In der Perspektive auf den Privathaushalt kann zwischen dem Privathaushalt als Handlungssystem und als Institution unterschieden werden. In seiner institutionellen Dimension wird die Stellung und Bedeutung in Wirtschaft und Gesellschaft betrachtet. Private Haushalte treten darin nicht allein als Orte der Konsumtion von Gütern und Dienstleistungen, die von externen Märkten bereitgestellt werden, in Erscheinung. Vielmehr sind sie zugleich Orte der Produktion haushaltsspezifischer Güter und personenbezogener Dienstleistungen.

Die Gesamtheit der haushälterischer Leistungen kann unter dem Begriff der Haushaltsproduktion zusammengefasst werden. Diese unbezahlt übernommen und größtenteils von Frauen erbrachten Leistungen entfalten neben ihrer Bedeutung für die individuelle Wohlfahrt auch bei gesellschaftsweiter Wohlfahrtsbetrachtung ihre Wirkung (Meier 1995). Auf Grundlage der Daten der Zeitbudgeterhebung 1991/92 wurde erstmals ein Satellitensystem Haushaltsproduktion neben die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung gestellt. Es stellt den Versuch dar, den ökonomischen Wert von Haushaltsproduktion für die Gesellschaft aufzuzeigen. Danach stehen den 48 Mrd. Stunden, die nach der Zeitbudgeterhebung 1991/ 1992 in der Erwerbswirtschaft geleistet wurden, 77 Mrd. Stunden in der Unterhaltswirtschaft gegenüber. Es wurde aufgezeigt, dass die privaten Haushalte mit einer Bruttowertschöpfung aus Haushaltsproduktion von 1051 Mrd. DM als durchaus gleichrangig zu den Leistungen der Waren- (1068 DM) und Dienstleistungsproduzenten (1516 DM) zu betrachten sind (Hesse & Judt 1994: 173ff).

Haushaltswissenschaftliche ForscherInnen haben immer wieder darauf hingewiesen, dass die Bedeutung der Haushaltsproduktion in und für die gesellschaftliche Wohlfahrt nicht oder nicht ausreichend Anerkennung findet. Politik und Gesellschaft greifen geradezu selbstverständlich auf die Wertschöpfung der „unbezahlten“ Arbeit zu.

Pflege ist aber keineswegs für jene selbstverständlich, die sie leisten. In dieser Arbeit konnten die spezifischen Arbeitsbedingungen der Pflegearbeit aufgezeigt werden:

- Zeiteinsatz häufig Tag und Nacht, ohne Ferien und Freizeit
- keine spezifischen Rückzugs- und Abgrenzungsmöglichkeiten wie sie professioneller HelferInnen möglich ist
- Soloarbeit, d.h. wenig oder kein Austausch mit Gleichbeschäftigten
- seltene und prekäre materielle Vergütungen
- wenig befriedigende Resultate bezogen auf das Ziel, den Gesundheitszustand der Gepflegten zu verbessern
- niedriges soziales Prestige der Pflegearbeit; ‚Hülle des Schweigens‘
- keine Aufstiegsmöglichkeiten
- enge Verschränkung von beziehungsdefinierenden und instrumentellen Aspekten im Handeln der Pflegenden (vgl. Kesselring 2002: 95f)

Häusliche Pflege erweist sich als äußerst problematisch für die häuslich Pflegenden. Ihre Sprengkraft erhält sie aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und der faktischen Benachteiligung von Frauen durch Mehrfachbelastungen im öffentlichen und privaten Bereich. Zentrales Anliegen haushaltswissenschaftlicher Forschung ist, die Bedingungen, unter denen Menschen ihre Ressourcen weiterhin einsetzen wollen und können aufzuzeigen. So wird auch in dieser Arbeit die Frage gestellt, welche haushälterischen Ressourcen sowie infrastrukturellen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der Alltagsversorgung und des Wohlbefindens Pflegenden und Gepflegter nötig sind. Erst wenn der „Privathaushalt als Privathaushalt“ (von Schweitzer 1991) auf der Mikroebene haushälterischen Handelns in seinen Funktionslogiken und –weisen verstanden wird, können darauf Antworten gefunden werden. Schließlich können aus diesem Wissen geeignete Handlungsansätze für Politik und Gesellschaft formuliert werden. Dabei gehört es gerade auch zu den Anliegen haushaltswissenschaftlicher Forschung, auf Grenzen der Zumutbarkeit oder Machbarkeit hinzuweisen.

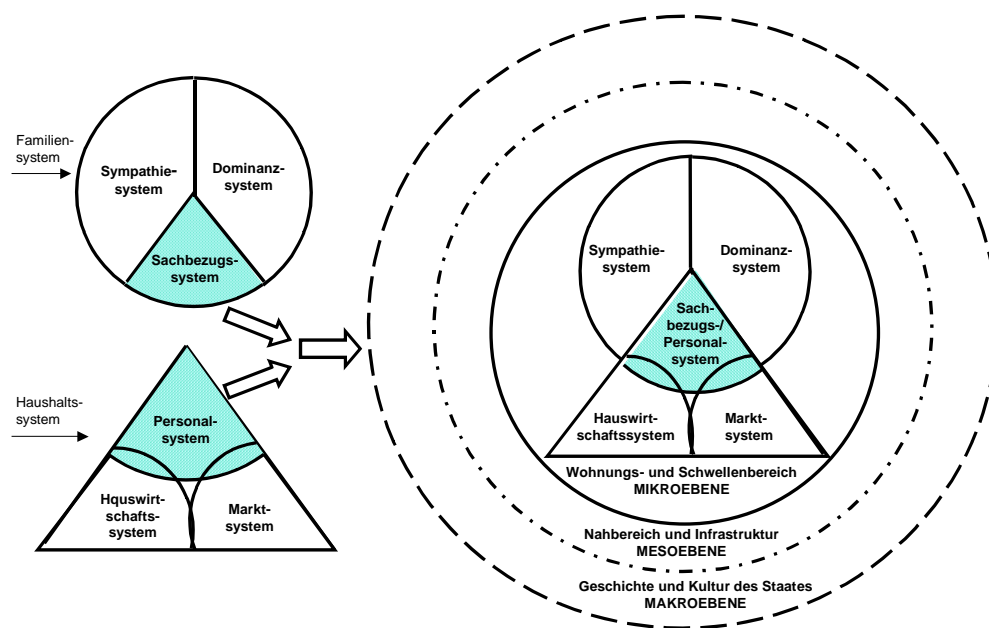
In ihrer kulturanthropologisch begründeten Haushaltslehre betrachtet von Schweitzer den Privathaushalt als mikro-sozialökonomisches Handlungssystem. Der Privathaushalt zeichnet sich durch haushälterisches Handeln aus: „Die haushälterischen Aktivitäten zur Lebenserhaltung, Persönlichkeitsentfaltung und zur Gestaltung der Kultur des Zusammenlebens in persönlicher Verantwortung als Ganzes ist der Privathaushalt (..)“ (von Schweitzer 1991: 26). Die Perspektive auf haushälterische Versorgungszusammenhänge geht hier über ein rein mikroökonomisches, zweckrationales Verständnis von haushälterischen Handlungen hinaus. Grundlegend ist die weitreichende Erkenntnis, dass Menschen in komplexen Lebenswelten handeln, die durch Alltagsroutinen und -verpflichtungen, Lebenspläne und Wertorientierungen der beteiligten Personen gekennzeichnet sind. In diesem Kontext müssen Menschen mit knappen Ressourcen haushalten. Handlungsoptionen werden dabei immer auch aus Erfahrungen heraus beurteilt und entwickelt. So ist es zum Verständnis aktueller haushälterischer Versorgungszusammenhänge sinnvoll, frühere Entscheidungen und Wege zur Gestaltung der Alltagsversorgung und die darin verankerten Haushalts- und Familienbiographien mit einzubeziehen.

Der Ressourcenbegriff ist für das haushälterische Handeln von zentraler Bedeutung. Ressourcen werden als Vorgegebenheiten des Haushalts verstanden. Sie stellen also die Voraussetzung für haushälterisches Handeln dar. Als grundlegende Ressourcen eine Haushaltes können Geld, Zeit und Alltagskompetenzen beschrieben werden. Alltagskompetenzen sind dabei das haushaltsinterne, personengebundene „Bindeglied“ zum Einsatz der Ressourcen. Sie können in drei Kompetenzbereiche gegliedert werden, die in ihrer Gesamtheit die Qualifikationen für die Daseinsvorsorge bilden: Haushälterische Fachkompetenzen, berufliche Fachkompetenzen und Kompetenzen zur Sicherung der Daseinsvorsorge (Meier et al. 2004: 113).

Haushälterische Handlungen erfolgen in einem sinnstiftenden Einsatz der Ressourcen. Sinn kann gebündelt über Wertorientierungen und Lebenskonzepte aber auch den Lebensstandard erfasst werden (von Schweitzer 1991: 160). Handlungsspielräume zum Ressourceneinsatz ergeben sich aus der Kombinationen von haushaltsinternen Ressourcen und den Zugriffsmöglichkeiten auf haushaltsexterne Ressourcen. Nach der Möglichkeit der Einflussnahme für den Haushalt werden diese zwei Ressourcentypen unterschieden (Meier et al. 2004: 56). Externe Ressourcen erwachen aus den Umfeldebene, in die der Haushalt eingebettet ist: sie werden durch das infrastrukturelle Umfeld (Mesoebene) und durch

gesamtgesellschaftliche Strukturen (Makroebene) bestimmt. Ein Haushalt kann sich mit dem infrastrukturellen Umfeld verknüpfen ggf. unter Austausch von internen Ressourcen (z.B. Arbeitsleistung gegen Geldleistung) und nach Beurteilung der Sinnhaftigkeit eines Austauschs für die Bedürfnisse des Haushalts. Die Bezeichnung Infrastruktur beinhaltet dabei sowohl die informellen als auch die formellen Netzwerke mit ihren spezifischen Funktionslogiken im Umfeld des Haushaltes. Auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene schließlich werden allgemeine Strukturvorgaben gesetzt, die konkrete Vorgaben für das häusliche Handeln beinhalten (z.B. Steuer- und Sozialversicherungsrecht) oder leitkulturellen Charakter haben (z.B. Traditionen, kulturelle Regeln)

Abb. 1 : Das Familienhaushaltssystem und sein Umfeld



Quelle: Schweizer, R. von, 1984

Meier et al. (2004) beschreiben als Ressourcen eines Haushalts:

- die verfügbaren materiellen Güter und zugänglichen Dienstleistungen des Haushalts,
- die physische Konstitution und psychische Verfassung der einzelnen Haushaltsmitglieder,
- ihre im Prozess der Humanvermögensbildung entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Daseinsvorsorge und Alltagsbewältigung sowie
- vorhandene private und institutionelle Netzwerke des Haushalts (ebd.: 56).

Im haushälterischen Kontext finden Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse zwischen den Haushaltsmitglieder zum Einsatz der Ressourcen statt. Diese müssen im Rahmen ihrer individuellen Bedürfnisse und Interessen, Wertvorstellungen und Lebensstilpräferenzen koordiniert werden. Als typische Muster der Alltagsorganisation von privaten Haushalten etablieren sich spezifische Haushaltsstile zur Sicherung der Daseinsvorsorge:

„Sie [Haushaltsstile, K.H.] werden einerseits bestimmt durch die verfügbaren Ressourcen eines Haushalt und andererseits durch die getroffenen Lebensplanungen seiner Mitglieder. Haushaltsstile werden von den persönlichen Wertorientierungen und von Geschlechter- und Generationenbeziehungen, aber auch von den Rahmenbedingungen des haushälterischen Umfelds maßgeblich beeinflusst. Haushaltsstile ändern sich entlang der Haushaltsbiografie.“ (Meier et al. 2004: 53).

6.2 Häusliche Pflegearrangements in haushaltswissenschaftlicher Perspektive

Die Ressourcenverteilung in der häuslichen Pflege grundlegend durch das initiierte Pflegearrangement festgelegt.

„Ein Pflegearrangement ist die auf die Versorgungsbedürfnisse einer Person abgestellte Kombination von Pflegeleistungen und Helfern. Pflegearrangements beschreiben also, welche Hilfearten ein Pflegebedürftiger erhält, von wem die Hilfen erbracht werden, wann diese Leistungen erfolgen und evtl. auch, über welchen Zeitraum sie sich erstrecken [...]“ (Blinkert & Klie 1999: 101).

Tabelle III: Alternative Pflegearrangements

Informelle Pflegearrangements	Formelle bzw. professionelle Pflegearrangements
Selbsthilfe	Ambulante Pflege durch Hilfe- und Pflegedienste
Laienpflege durch Angehörige, Freunde, Nachbarn	Teilstationäre Pflege in Tages-/ Nachheimen Stationäre Pflege in Pflegeeinrichtungen

Quelle: Mager 2002: 99

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen¹² in Privathaushalten lebt in Ein- und Zwei-Personen-Haushalten (31 Prozent und 41 Prozent) leben (Schneekloth & Leven 2003: 9f). Gerade bei den Unterstützungsströmen der intergenerationalen Pflegedyade werden die Haushaltsgrenzen überschritten. Wenn die zwei Hauptpersonen eines Pflegearrangements, die Pflegende und die Gepflegte nicht in einem Haushalt leben, so ist zunächst zu klären, ob ein Denken in Haushaltssystemen geeigneter Analyserahmen für die Pflegesituation ist oder ob bezogen auf das Pflegearrangement netzwerkbezogene Ansätze günstiger sind.

Mit der Etablierung netzwerktheoretischer Forschungsansätze richtete sich der Fokus verstärkt auf Haushaltsgrenzen übergreifende Kontakte und Unterstützungsströme. Zugleich geriet einen Haushaltsansatz forschungskonzeptionell in Kritik. Bei einem Haushaltsansatz würden, so die KritikerInnen, jene Änderungen im Ressourceneinsatz der pflegerischen Versorgung unterbelichtet, die aus einer Interaktion zwischen Personen des Pflegearrangements ohne unmittelbaren Einbezug des betrachteten Haushaltes resultieren. Die Netzwerkforschung betrachtet „Familien als Netzwerke“. Die Forscher subsumieren im „Familiennetzwerk“ eine Vielzahl von Beziehungen verschiedener Qualitäten und sehen die Bedeutung des Netzwerkes für das Individuum als Sozialkapitals im Sinne Bordieus. So beschreibt Marbach Familiennetzwerk „als einen Gelegenheitsraum für den Tausch sozialer Ressourcen [...], dessen normative Codierung als Solidarmilieu zwar soziale Unterstützung begünstigt, aber im Einzelfall keineswegs garantiert“ (Marbach 2001: 144).

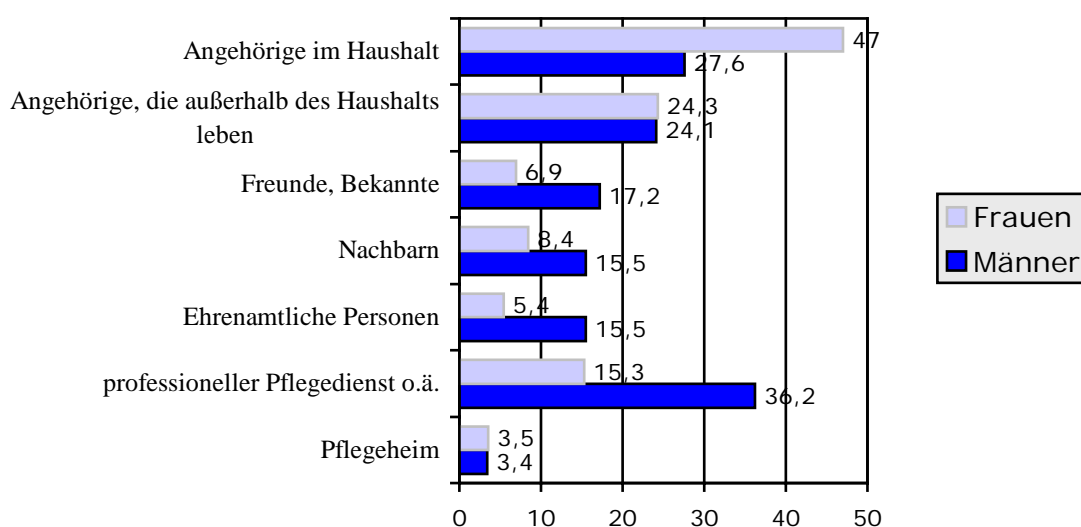
Zur Betrachtung von Versorgungs- und Pflegesituationen greift der Begriff des sozialen Unterstützungsnetzwerks besser. Er bezieht sich auf den funktionalen Aspekt im Netzwerk, also auf einen tatsächlichen Austausch an Ressourcen. Eine Loslösung vom Familienhaus-

¹² Hier: Personen mit Pflegebedarf im Sinne des SGB XI.

halt als Ort von Familie schien auf den ersten Blick durch die Ergebnisse der Familien-
 netzwerkforschung, z.B. zur „multilokalen Mehrgenerationen-Familien (Bertram 2000)
 bestätigt. Allerdings hat die Netzwerkforschung überraschend wenig Erkenntnisse zur Be-
 deutung des Austauschs im Netzwerk für die Alltagsversorgung beigetragen. So werden
 große Netzwerke und Netzwerkbeziehungen oft unhinterfragt positiv konotiert, ohne nähe-
 re Bedingungen zu erfassen. Ein eindringliches Verständnis von Alltagszusammenhängen
 aber ist erst dann möglich, wenn Inhalt und Wirkung der Hilfeleistungen und
 –beziehungen, beispielsweise auch die „Kosten“ für die Aktivierung anderer Hilfspersonen
 aufgezeigt werden. So kann eine unzuverlässige Unterstützungsperson eher be- als entlas-
 tend wirken.

Deutlich wird auch – gerade durch die Ergebnisse von Netzwerkuntersuchungen selbst,
 dass die Betrachtung von Haushalten nicht ersetzt werden kann (Marbach 2001: 168). Die
 häusliche Gemeinschaft präsentiert sich heute weiterhin als die bedeutendste Unterstüt-
 zungsinstanz. Bei der Befragung von pflegende Angehörigen im Rahmen der Studie
 „Auswirkungen der Pflegeversicherung auf Familien und Haushalte“, wurde gefragt, von
 wem diese Unterstützung bei der Pflege erhalten. Angehörige, die im gleichen Haushalt
 leben wurden am häufigsten genannt.

Abbildung 1: Unterstützung pflegender Angehöriger nach helfender Person/Organisation

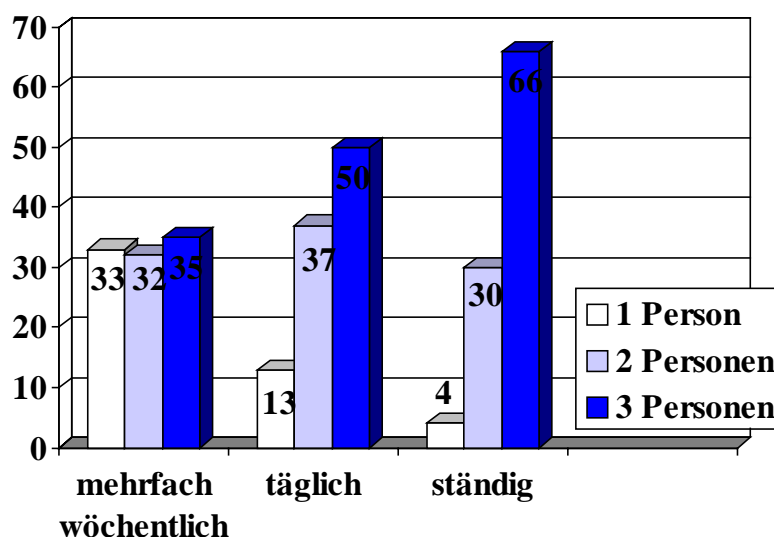


Mehrfachnennungen möglich; n=354

Quelle: Fuchs 1999a: 340; Daten BZPH-Projekt C 11

Haushaltsinterne Beziehungen sind von der Netzwerkforschung aber noch wenig geklärt. Auch die Erforschung von Einflüssen des Haushaltstyps auf das haushaltsexterne Netzwerk finden in der Netzwerkforschung zu wenig Berücksichtigung (Wagner 2002:251). Dabei hat sich gezeigt, dass Veränderungen im Haushalt gerade auch eine tragende Rolle für die Dynamik des Familiennetzwerkes haben (Marbach 2001: 169). Schließlich können Haushaltsdynamiken von Pflegehaushalten sehr aufschlussreich sein: So steigt mit zunehmendem Betreuungsbedarf der Anteil der Pflegebedürftigen, die in Haushalten mit drei und mehr Personen leben oder in ein Heim eintreten kontinuierlich an (Dallinger & Schmitt 2001: 43f). Hier zeigt sich, dass intensive Pflege ist scheinbar über Haushaltsgrenzen hinweg nur schwer zu leisten.

Abbildung 2: Pflegebedürftige nach Haushaltsgröße und Pflegebedarf



Quelle: Infratest Sozialforschung 1992: 28. Eigene Darstellung

Mit der Theorie vom haushälterischen Handeln aber gelingt es die Systeme Familie und Haushalt konzeptionell miteinander zu verbinden. Eine Verknüpfung auf ebene des Familienhaushalts erfolgt dadurch, dass das Sachbezugssystem der Familie und das Personalsystem des Haushalt identische Subsysteme im Familienhaushalt sind. Der Haushalt der Pflegenden wird über den Einbezug des Beitrags der weiteren Haushaltsmitglieder bei der Betrachtung der Situation als Pflegende integriert. Die Bedeutung der anderen Haushalts- und Familienmitglieder für das Zustandekommen der momentanen Lage des Haushalts und für das zukünftige Handeln sind also immer einzubeziehen.

Zugleich wirkt die Gesamtsituation des Haushalts auf die einzelnen Haushalts- und Familienmitglieder und bestimmt deren Handlungsalternativen. Im Falle getrennter Haushalte von Pfleger und Gepflegter, ist eine Erhaltung des Haushalts der pflegebedürftigen Person oft nur durch die Unterstützung der pflegenden Angehörigen und weiterer Familienangehöriger, also durch den familialen Verband möglich wird. Dies wird durch Haushaltsverknüpfungen darstellbar. Der familialen Lebenslauf wird so auch in den späteren Familienphasen in seinen Konsequenzen auf beide Haushaltssysteme auch in Mehrgenerationenfamilien abbildbar (von Schweitzer 1989; von Schweitzer 1991; Meier, Preuß & Sunnus 2003: 50f).

7 Methodisches und konzeptionelles Vorgehen

7.1 Allgemeines Verständnis: qualitativer Forschungsansatz

Auf Basis des erarbeiteten theoretischen Wissens und konzeptioneller Anregungen aus durchgeführten haushaltswissenschaftlichen Studien (vgl. Meier, Preuße & Sunnus 2003) soll eine genuin haushaltswissenschaftliche Perspektive auf die Situation von Pflegenden und den Ressourceneinsatz in der häuslichen Pflege entwickelt und erprobt werden. Hierzu wurden Interviews mit pflegenden Töchtern durchgeführt und auf Basis des qualitativen Forschungsparadigmas analysiert.

Eine Reihe von Gründen führten zu einer eigenen empirischen Erhebung nach einer qualitativen Vorgehensweise. Zunächst ist hier die Unerschlossenheit des Themas unter haushaltswissenschaftlichen Gesichtspunkten anzuführen. Gesichtete Datensätze aus Erhebungen anderer Professionen zeigten eine geringe Eignung für eine solche Auswertung. Zur Erschließung des Forschungsfeldes ist eine offene Herangehensweise sinnvoll, wie sie in der qualitativen Forschung zum Programm erhoben ist. Sie ermöglicht die Analyse vermittelnder Variablen wie Einstellungen, Denkgewohnheiten und spezifische Wahrnehmungsmuster der pflegenden Töchter bei der Herstellung ihrer alltäglichen Versorgungsbezüge (vgl. Hopf 1984: 20). Wesentliche haushälterische Strukturzusammenhänge im Handlungsfeld Pflege können im ganzheitlichen Fokus auf die Lebenslagen der Pflegenden verständlich gemacht und interpretiert werden.

Die Stärke qualitativer Forschungsansätze ist, soziales Handeln in dem durch die Handelnden selbst zugewiesenen Sinn zu verstehen (Lamnek 1995a: 219). Das Prinzip des *interpretativen Verstehens* steht hier über dem Prinzip einer hauptsächlich dem Erklären von Zusammenhängen verpflichteten quantitativen Forschungstradition. Zur Annäherung an die soziale Wirklichkeit und Vermeidung von falschen Interpretationen ist dabei eine permanente Überprüfung und Korrektur von Daten und gewonnenen Einsichten im Verlauf des gesamten Forschungsprozesses nötig (ebd: 232). Der Kontext des Handelns wird dabei als komplexer Handlungszusammenhang mit erfasst. Soziale Zugehörigkeit sowie sozialräumliche Bezüge und der zeitgeschichtliche Kontext (Historizität) sind mit dem interpretativen Paradigma untrennbar verbunden. (ebd: 231f). Eine offene und aufgeschlossene Haltung der Forschenden – wie sie mit dem Paradigma der Offenheit gefordert wird – durchzieht den gesamten Forschungsprozess auf seinen verschiedenen Ebenen gleich einem roten Faden. Angefangen bei der angestrebten Unvoreingenommenheit gegenüber

dem Untersuchungsgegenstand und den untersuchten Personen, über die Interviewtechnik bis hin zu den Erkenntnischancen, die sich bei der Analyse ergeben können: ein offenes Einlassen auf alle Situationen soll dazu führen, eigene Vorstellungen und Absichten, sofern sie als Störfaktoren eines Erkenntnisgewinns wirken, möglichst abzulegen. Das Prinzip der Offenheit ermöglicht auch Methodologie und Methoden der qualitativen Sozialforschung flexibel einzusetzen.

Meine eigene empirisch geleitete Analyse zur Situation pflegender Töchter hat zu Teilen den Charakter einer qualitativen Vorstudie. Sie basiert auf einer kleinen Stichprobe. Zudem ist die Fragestellung deutlich begrenzt. Nicht alle Faktoren, die zu umfassenden Erkenntnissen führen würden wurden einbezogen. Gründe für diese Vorgehensweise sind die geringen zeitlichen und materiellen Möglichkeiten, die mir mit einer Diplomarbeit zur Verfügung standen. Gerade durch die Begrenzung konnte ich meine Ressourcen für ein anspruchsvolles und explizites Arbeiten mit dem Material einsetzen. Ich habe dabei solche qualitative Forschungstechniken ausgewählt und angewandt, die eine klare Strukturiertheit und eng gefasste Analysebereiche ermöglichen. Die Gefahr, sich in der Fülle des Materials zu verlieren, konnte so vermieden werden. Es gelang, wesentliche Gesichtspunkte der häuslichen Strukturzusammenhänge der analysierten Pflegesituationen herauszuarbeiten. Weiterführend wäre es fruchtbar, die qualitativen Analysemöglichkeiten intensiver zu nutzen und - auf der Basis größerer Fallzahlen - schließlich zu einer Typenbildung zu gelangen. Diese Typenbildung schließlich wäre geeignete Grundlage für die Entwicklung eines quantitativen Instruments, mit dem am qualitativen Material generierte Theorien und Hypothesen getestet werden könnten.

7.2 Datenerhebung: Das problemzentrierte Interview

Als Erhebungstechnik habe ich das problemzentrierte Interview gewählt. Beim problemzentrierten Interview geht die/ der Forschende mit einem bereits bestehenden wissenschaftlichen Konzept in die Gesprächssituation. Hier wird also eine streng induktive Vorgehensweise durch „eine Kombination aus *Induktion und Deduktion* mit der Chance auf *Modifikation der theoretischen Konzepte* des Forschers“ (Lamnek 1995b: 74f) abgelöst. Als Hilfsmittel habe ich einen Interviewleitfaden entwickelt, der Anhaltspunkte für den Gesprächsverlauf gibt (vgl. Anhang). Zu Beginn des Interviews gab ich mit einleitenden Sätzen das allgemeine Gesprächsthema vor. Im weiteren Interviewverlauf wurde der Leitfaden nicht strikt „abgearbeitet“, um zu vermeiden, dass das Konzept den Befragten

aufkrotyiert wird. Mit offene Fragestellungen brachte ich interessierende Themenbereiche ein. Sie wurden als erzählgenerierender Stimulus angeboten. Die Gesprächspartnerinnen sollten möglichst zu einer Erzählweise in ihrer eigenen Logik befähigt werden. „Die Bedeutungsstrukturierung der sozialen Wirklichkeit bleibt dem Befragten allein überlassen.“ (Lamnek 1995b: 75). Nachfragen und auch das Hinzufügen von eigenen Interpretationen dienten dabei als Klärung von Verständnisproblemen. Die Interviews dauerten 60-85 Minuten. Mit der offenen Fragetechnik akzeptierte ich auch verschiedene Schwerpunktsetzungen der Gesprächspartnerinnen, sodass im individuellen Gesprächsverlauf einige Themen intensiver angesprochen wurden, andere weniger. Dennoch gelang es, jeweils alle Themenbereiche abzudecken. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und später transkribiert.

Nach Abschluss des Interviews wurden mit einem standardisierten Kurzfragebogen sozioökonomische Daten der Pflegebedürftigen und Pflegenden (Alter, Einkommen, Schul- und Ausbildungsabschlüsse) sowie der Erwerbsverlauf der Pflegenden erfasst. Er diente zur Entlastung des Informationsbedarfs im Gespräch. Zudem habe ich ein Forschungstagebuch geführt. Dort wurden Themen festgehalten, die bei vorigen telefonischen Kontakten und vor und nach der Tonbandaufzeichnung angesprochen wurden. In Anschluss an das Interview habe ich meine persönlichen Empfindungen während des Interviews, sowie subjektive Eindrücke zur Stimmung und Verhaltensweise der Befragten mit Notizen festgehalten. Bei der Interpretation der Daten diente das Forschungstagebuch als Hilfsmittel. So konnte die Forschungssituation selbst mit in die Interpretation der erhobenen Daten einbezogen werden. Dies trägt dem Postulat der Reflexivität Rechnung, nach dem der Erhebungsprozess selbst zum Gegenstand der Analyse wird (vgl. hierzu: Schmidt 1997: 546).

7.3 Die Stichprobe

Das Problem einer fehlenden Bereitschaft von Pflegenden zur Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen ist in der Pflegeforschung allgemein bekannt. In einem Suchzeitraum von vier Monaten gelang es schließlich zwölf Interviewpartnerinnen zu gewinnen, wobei mehrere Zugangswege erforderlich waren, nämlich:

- Annonce in einem Berliner Stadtmagazin
- Ansprache von Pflegediensten und der Bitte, eine schriftliche Kurzinformation zu meinem Forschungsvorhaben an Pflegende weiterzuleiten

- Auslage der Kurzinformation in Apotheken
- Aktivierung über Bekannte und Interviewpartnerinnen (Schneeballsystem)

Die erforderliche Selbstaktivierung der Pflegenden zur Teilnahme am Interview führt zu dem Problem einer sekundären Selektion. Es ist davon auszugehen, dass das Sample aus „aktiveren“ und „vernetzteren“ Pflegenden gegenüber dem Durchschnitt besteht. So zeigt sich eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme von professionellen Pflegediensten (fünf von sieben Fällen) und in der Überzahl Gesprächspartnerinnen, die gewohnt sind, von ihrer persönlichen Situation zu berichten (z.B. TN an Selbsthilfegruppen, große Unterstützungsnetzwerke). Insgesamt finde ich das Sample zufriedenstellend, da diese Frauen den Einblick in ihre individuellen Bewältigungsstrategien und heterogen organisierte Pflegearrangements ermöglichen.

Zu Beginn wurden zwei Pretests durchgeführt. Von den zehn folgenden Interviews konnte ich sieben im Rahmen dieser Arbeit auswerten. Die Kriterien für die Auswahl seien kurz erläutert: Ein Interview wurde für die Auswertung verworfen, da sonst ein übermäßiger Anteil von Töchtern im Sample wäre, die die Entscheidung für die Wohn- und Versorgungsform einer Alten-WG (mit-)getragen haben. Ursprünglich war geplant, eine kleine Anzahl pflegender Söhne als Kontrollgruppe einzubeziehen. Doch mit der Beteiligung lediglich eines Mannes konnten Aussagen zu geschlechtsspezifischer Unterschieden in der Bewältigung von Pflegeaufgaben in die Analyse nicht einbezogen werden. Ein drittes Interview konnte aufgrund eines technischen Defekts des Aufzeichnungsgerätes nicht verwendet werden.

7.4 Auswertung der Fälle und Darstellung der Ergebnisse

Die Auswertung der Transkripte orientiert sich an der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse, insbesondere wie sie von Philipp Mayring formuliert wurde. Diese Methode bietet ein Bündel an Verfahrensweisen zur systematischen, regelgeleiteten Analyse von Text, die zur Bewältigung von Textmassen geeignet sind. Die methodischen Stärken einer quantitativen Inhaltsanalyse, wie sie insbesondere in den Kommunikationswissenschaften für die Analyse von Massenmedien entwickelt wurde, werden hier teilweise übernommen. Es sind dies die Theoriegeleitetheit, die Regelgeleitetheit, die Einordnung in ein Kommunikationsmodell (Festlegung des Ziels der Analyse, Kontextanalyse), die Kategorienorientiertheit (Zusammenfassung) und die Orientierung an Gütekriterien, wie die Nachvollziehbarkeit (Mayring 2000: [1]-[6]). Sie werden zu einem qualitativ orientierten Instrumentarium mit einer ausgeprägten Ori-

ausgeprägten Orientierung am Material ausgeweitet. Die wesentliche Erweiterung erfolgt hierbei durch den Einbau einer Prozedur zur induktiven Kategorienentwicklung und der deduktiven Kategorienanwendung (Mayring 2000: [8]).

Die speziell für diese Arbeit eingesetzte Vorgehensweise ist eine Mischform zwischen hermeneutisch-interpretierender und empirisch-erklärender Inhaltsanalyse. Sie soll in Form des chronologischen, schrittweisen Auswertungsverlauf kurz vorgestellt werden. Vier Schritte können voneinander unterschieden werden¹³:

Im *ersten* Schritt werden die Auswertungsdimensionen entwickelt. Hierbei wird zum Programm, dass Auswertung ein „Austauschprozess“ zwischen Material und theoretischen Vorverständnis ist (Schmidt 1997: 545). Auswertungsdimensionen können nicht ausschließlich schon vor der Erhebung bestimmt und festgelegt werden, damit dem Material keine deutenden und ordnenden Kategorien von außen aufgedrängt und überstülpt werden (Schmidt 1997: 547f). Zunächst eher vage Dimensionen werden im Vorfeld in einem „ersten“ Kodierleitfaden expliziert. Als Grundlage zur Bildung der Auswertungsdimensionen verwendete ich zwölf Lebenslageindikatoren, die Meier et al. zur Analyse der Lebenslage von Haushalten in prekären Lebenslagen entwickelt haben. Die Indikatoren wurden leicht modifiziert, damit sie für die spezifische Situation von Pflegehaushalten passend sind. Dieser Schritt erfolgte durch das probeweise Kodieren zweier Interviews. Die Ausdifferenzierung der Unterkategorien dieser Dimensionen erfolgte nach der gleichen Vorgehensweise.

Im *zweiten* Schritt wird das Material unter den Auswertungsdimensionen kodiert. Hierzu werden jeder Auswertungsdimension in einem gesonderten Transkript-„Durchgang“ Textpassagen zugewiesen. Als Hilfsmittel dient das Textverarbeitungsprogramm WinMax, das speziell für die qualitative Auswertung von Texten entwickelt wurde und die Zuteilung von Kategorien zum Text und Festhalten von Memos zu einzelnen Textstellen ermöglicht. Anschließend werden pro Fall *spezifische* Ausprägungen für alle Textstellen einer Kategorie vergeben, die für den Fall dominant sind oder am besten passen. Schmidt schlägt die Vergabe immer nur einer Ausprägung pro Kategorie vor; dies hat sich aber bei den gewählten Kategorien als wenig praktikabel erwiesen.

Auch die Feldnotizen zur subjektiv erlebten Interviewsituation finden an dieser Stelle Verwendung, indem sie eine Art Plausibilitätsüberprüfung der Ausprägungen ermöglichen (Schmidt 1997: 557f).

¹³ In Anlehnung an die Vorgehensweise, die Christiane Schmidt (1997) in ihrem Aufsatz „„Am Material’: Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews““ vorschlägt.

Der *dritte* Schritt beinhaltet die Darstellung von Fallübersichten aus der Codierung in Form von Tabellen. Diese Zusammenschau stellt die Fälle nach Ausprägungen in den Kategorien dar und ist lediglich als „Zwischenergebnis“ zu verstehen, die einen Überblick über die Fälle ermöglicht. Im *vierten* Schritt werden vertiefende Fallinterpretationen durchgeführt. Unter bestimmten Fragestellungen wird ein Interviewtranskript mehrmals intensiv gelesen und interpretiert. Die Antworten, die der Fall bietet werden formuliert und anhand von Textpassagen wird die Interpretation untermauert (Schmidt 1997: 563).

Die Ergebnisse der Auswertung des Interviewmaterials werden in folgender Form dargestellt:

Zunächst werden die Fälle einzelfallbezogen beschrieben. Zu Beginn wird ein Überblick über die familiäre und haushälterische Situation um die Pflegende und die pflegebedürftige Person gegeben. Der darauf folgende Abschnitt orientiert sich an der chronologischen Entwicklung der Versorgungs- und Pflegesituation. Im dritten Abschnitt wird ein Überblick über das Zusammenspiel der Ressourcen im Haushalt und vorhandene Handlungsspielräume des Haushalts gegeben. Ziel ist, Möglichkeiten und Grenzen einer gelungenen Bewältigung der spezifischen Pflegesituation aufzuzeigen und Hilfebedarfe nach Außen zu formulieren.

Im Anschluss an die einzelfallbezogene Darstellung werden vergleichende Fallanalysen durchgeführt. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Einzelfällen dienen als Grundlage zur fallübergreifenden Darstellung von Strukturen in der Bewältigung der Versorgung und Pflege.

7.5 Erläuterung der Auswertungsdimensionen

Fähigkeiten und Hilfebedarfe der pflegebedürftigen Person

Die Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person ist zentraler Angelpunkt, um den ein geeignetes Pflegearrangement aufgebaut werden muss. Er wird in dieser Dimension einbezogen, wobei diese weiter greift als es der Rückgriff auf einen klinischen Krankheitsbegriff vermögen könnte. Hier werden die Fähigkeiten und Hilfebedarfe der pflegebedürftigen Person aus dem Alltagsverständnis der Pflegenden heraus dargestellt. Dabei werden auch Hilfebedarfe im Kontext der Wünsche der Pflegebedürftigen aufgezeigt, sofern diese angesprochen wurden. So haben der Wunsch von einer

sprochen wurden. So haben der Wunsch von einer nahestehenden Person betreut zu werden, aber auch eine beispielsweise demenzinduzierte Abweisung von fremden Hilfspersonen Auswirkungen auf die Hilfebedarfe der pflegebedürftigen Person. Die befragten Töchter sind mit unterschiedlichen Hilfe- und Pflegebedarfen konfrontiert, sodass diese zur vergleichenden Betrachtung der Situationen stets einzubeziehen sind. Der Umgang mit den verschiedenen Bedarfslagen erfordert von den Pflegenden ihre Kompetenzen den spezifische Anforderungen an die Pflege, Betreuung und Versorgung gemäß zu entwickeln. Über die Ausprägungen in dieser Dimension können bereits erwartbare Belastungen aufgezeigt werden. Gerade auch zeitliche und finanzielle Bedarfe für die Versorgung sind eng an den Gesundheitszustand gekoppelt.

Finanzielle Situation

Die Betrachtung der finanzielle Situation ermöglicht zunächst den objektiven Vergleich der finanziellen Ausgangslage. Hierzu werden die Einkommen der pflegebedürftigen und des Haushalts der Hauptpflegeperson erfasst. Allerdings liegt der Fokus nicht auf einer objektiven Bilanz von Einnahmen und Ausgaben. Der Vorteil des qualitativ erhobenen Datenmaterials ist, dass ein tiefergehendes Verständnis der Bedeutung der finanziellen Situation gewonnen werden kann. Das Datenmaterial ermöglicht ein Aufzeigen der Möglichkeiten und Fähigkeiten, den Bedürfnissen und Bedarfen gemäß Einkommen und Vermögen einzusetzen. Die Bedeutung von Einkommen und Vermögen wird also vor dem Hintergrund der Wünsche und Wertorientierungen in der Alltagsversorgung aufgezeigt. Subjektiv formulierte Knappheit sowie Zufriedenheit mit der finanziellen Ausstattung werden hier zunächst als zentral gesehen. Dabei werden zwei Lebens- und Wirtschaftsbereiche nebeneinander fokussiert. Zum einen die finanziellen Möglichkeiten zur Sicherstellung eines für die Beteiligten zufriedenstellenden Pflegearrangements. Hier werden die Zugriffsmöglichkeiten auf dem Markt der pflegerischen, versorgerischen und anderer relevanter Dienstleistungen betrachtet sowie auf Güter für die alltägliche Versorgung, wie Medikamente, Lebensmittel, Wohnen und Gebrauchsgüter. Der zweite Bereich ist die finanzielle Lage des Haushalts der Pflegenden selbst. Hier interessieren beispielsweise Auswirkungen auf das Einkommen durch die Bereitstellung von Pflegeleistungen. Zudem soll aufgezeigt werden, welche Bedeutung der Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung für das Pflegearrangement hat.

Zeitliche Situation der Pflegenden

Personen setzen ihre Zeit in drei Bereichen ein:

- öffentliche Zeit für Erwerbstätigkeit oder Ehrenamt
- familiäre Zeit für Haushaltsarbeiten oder Netzwerkhilfe
- persönliche Zeit für Freizeitaktivitäten und Regeneration
(Meier, Preuße & Sunnus 2003: 117)

Bei der Darstellung der zeitlichen Situation der Pflegenden orientiere ich mich an diesen drei Bereichen. Zunächst soll die Arbeitszeit der Pflegenden aufgezeigt werden, wobei hier öffentliche und familiäre Zeit zusammen gefasst werden. Allerdings ist eine objektivierete Zeitstruktur nicht Aussagefokus dieser Dimension, sondern die Beurteilung der Pflegenden zu ihrer zeitlichen Situation selbst. Es sollen insbesondere Zusammenhänge zwischen den drei Zeit-Bereichen aufgezeigt werden. Die Verfügbarkeit über persönliche Zeit für Freizeitaktivitäten und persönliche Regeneration ist für viele Pflegenden ein knappes Gut. Aufgezeigt werden sollen zeitliche Überlastungen ebenso wie Entlastungen. Dabei wird beachtet, dass Versorgungs-, Pflege- und Betreuungsleistungen schwierig in festen Zeitbedarfen ausgedrückt werden können. Die Beurteilung der zeitlichen Situation durch die Pflegenden selbst gilt hier als zentraler Maßstab. Kennzeichen des Zeiteinsatzes in der Pflege ist häufig die Abwesenheit von Routine bzw. das Wechselspiel zwischen Routine und Anpassungsstrategien. Daher wird die zeitliche Situation der Pflegenden auch dahingehend beurteilt, ob es möglich ist, die zeitliche Pflegeorganisation so zu gestalten, dass andere Alltagsverpflichtungen weiter übernommen werden können. Entscheidend ist hierbei häufig die Möglichkeit, feste und planbare Zeiten zur Verfügung zu haben, in denen die Pflegenden anderen Aktivitäten nachgehen können.

Gesundheitliche Situation der Pflegenden

Gesundheitliche Beeinträchtigungen können faktische Grenzen der Pflegeübernahme sein. So kann z.B. schwere Hebearbeit, die bei Bettlägerigkeit geleistet werden muss, die physischen Grenzen der Pflegenden überschreiten. Es ist zu erwarten, dass gesundheitliche, insbesondere physische Beeinträchtigungen vermehrt bei Pflegenden, die selbst im höheren Lebensalter sind, an Bedeutung gewinnen. Häufiger wird auch bei Pflegenden im jüngeren Lebensalter von psycho-somatischen Reaktionen der Pflegenden berichtet. Überanstrengung, Nervosität und Reizbarkeit, Schlaflosigkeit bis hin zu depressiven Zuständen sind hier Anzeichen. Die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit der Pflegenden

und der Pflegesituation selbst ist wenig eindeutig. So kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob eine gesundheitliche Verschlechterung oder Krankheit der Pflegenden aus der Pflegesituation resultieren. Allerdings ist davon auszugehen, „dass letztere kaum positive Auswirkungen auf die Gesundheit hat.“ (ESVLA 1996: 80).

Psychosoziale Situation der Pflegenden

Während im Bereich Gesundheit manifestierte physische und psychische Beeinträchtigungen zusammengefasst werden, stehen in dieser Dimension der prozessuale Blick auf psychosoziales Wohl- und Belastungsempfinden der Pflegenden im Vordergrund. Dabei werden die Pflegesituation selbst sowie ihre Wechselwirkungen mit anderen Lebens- und Arbeitsbereichen in ihrer Wirkung auf das psychosoziale Wohlbefinden der Pflegenden erfasst. Vier zentrale Bereiche haben sich gezeigt:

- Belastungen, die in der persönlichen Interaktion mit der Pflegebedürftigen Person entstehen. Hier werden Belastungen aus Konflikten in der Pflegebeziehung und der Konfrontation mit Krankheit erfasst
- Belastungen aus Konflikten im familialen und privaten Umfeld. Hier werden zwischenmenschliche Konflikte erfasst, die neben oder im Zusammenhang mit der Pflegesituation aufbrechen bzw. verstärkt werden.
- Belastungen, die durch das Pflege- und Versorgungsmanagements bedingt sind. Hierzu zählen Kontakte mit Institutionen, beispielsweise aus den Bereichen Verwaltung, Pflege und Medizin sowie die Koordination von Helfenden und Hilfeleistungen für die Sicherstellung der Versorgung und Pflege.
- Belastungen in anderen Arbeitsbereichen. Konflikte zwischen Erwerbsarbeit und Pflege sowie weiteren Familientätigkeiten und Pflege.

Das Aufzeigen dieser typischen Belastungsbereiche ermöglicht die Darstellung der psychosozialen Situation der Pflegenden. Die Bedeutung psychosozialen Wohlbefindens liegt nicht darin, dass es als wesentliche Voraussetzung für eine stabile Pflege- und Lebenssituation gesehen werden muss.

Formelles Netzwerk

In dieser Dimension soll die Frage untersucht werden, welche Bedeutung formelle Netzwerke für die Bewältigung der Pflegesituation haben. Die Wirkung formeller Netzwerke wird dabei im Kontext der spezifischen Probleme und Hilfebedarfe der Pflegenden und der Pflegebedürftigen erfasst werden. Zum einen wird hier das Ausmaß der Entlastung durch den Einbezug von formellen Netzwerk-Personen an direkten Versorgungs-, Pflege- und Betreuungsaufgaben für die pflegebedürftige Person betrachtet. Zum anderen werden sog. indirekte Entlastungen, z.B. durch beraterische Hilfestellung für die Pflegenden oder eine psychologische Begleitung fokussiert. Hierzu wird die Zufriedenheit der Pflegenden mit dem Angebot sowie der Qualität der tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen erfasst. Leistungen des formellen Netzwerks sind dann qualitativ gut, wenn die Pflegenden zufrieden mit der erbrachten Dienstleistung sind und sie die Interaktion mit den Dienstleistungserbringern positiv empfinden. Auf einer stärker abstrahierenden Betrachtungsstufe soll beurteilt werden, ob auf dem institutionellen Sektor ein den Problemen der Pflegenden angemessenes und passgenaues Hilfeangebot vorhanden ist.

Im Bereich Pflege kann es zu einer Vielzahl von institutionellen Schnittstellen kommen. Zentral sind der Pflegesektor und der medizinische Sektor, sowie haushaltsbezogene Dienstleistungen aber auch psychosoziale Beratungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen. Neben den institutionellen Netzwerken des öffentlichen, ehrenamtlichen und erwerbsförderlich organisierten Bereichs werden in dieser Dimension auch über den „grauen Markt“ engagierte HelferInnen einbezogen. Die gemeinsame Betrachtung hat sich als sinnvoll erwiesen, da sich in den Interviews gerade bei einem unzulänglichen Dienstleistungsangebot ein vermehrter Rückgriff auf den grauen Markt gezeigt hat.

Familiales Unterstützungsnetzwerk

In dieser Dimension wird die Verfügbarkeit und Qualität von Unterstützungsleistungen im Familiennetzwerk dargestellt. Auch hier interessiert, wie hoch das Ausmaß der Entlastung durch Familienmitglieder ist bzw. ob eventuell sogar zusätzliche Belastungen für die Pflegenden entstehen. Die Qualitätskriterien, die an das verfügbare informelle Netzwerk herangetragen werden – Zufriedenheit der Pflegenden mit den Leistungen und eine gelungene Interaktion – werden auch hier angelegt. Da die Beziehungen in der Familie auf Basis z.T. sehr enger persönlicher Bindungen, gemeinsamer Vergangenheiten und Familienbiographien geprägt sind, ist hier die Interaktion erwartbar komplexer und vielschichtiger.

Beziehungs- und familienbiographische Aspekte werden einbezogen sowie familiäre Aushandlungsprozesse zur Gestaltung der Situation. Familiäre Netzwerke organisieren sich in spezifischen Logiken, bei denen Freiwilligkeit, aber gerade bei Familiennetzwerken auch familiäre Normen und Werteorientierungen eine starke Rolle spielen.

Die Kategorien zur Beurteilung der Leistungserbringung von Personen aus dem informellen Netzwerk sind schließlich:

- Qualität der Interaktion/ Beziehungsqualität,
- Verfügbarkeit für Leistungen,
- Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit,
- Flexibilität,
- und Eigenaktivität und Eigenverantwortung der Helfenden bei der Übernahme von Leistungen.

Außerfamiliales Netzwerk

In diesem zweiten Bereich des informellen Netzwerks wird die Verfügbarkeit und Rolle von weiteren Netzwerkpersonen erfasst. Hier werden Nachbarn, Freunde und Bekannte berücksichtigt, die im Pflegearrangement unterstützend wirken. Die Unterstützung kann in Form instrumenteller Hilfeleistungen im Pflegearrangement erfolgen. Zudem wird auch die emotionale Begleitung der Pflegenden oder der pflegebedürftigen Person erfasst. Personen des außerfamilialen Netzwerks treten häufig als wichtige Quelle für den Informationsaustausch in Pflege- und Versorgungsfragen in Erscheinung und übernehmen hier z.T. beratende Funktionen. In dieser Dimension soll die Verfügbarkeit sowie die Bedeutung der Unterstützung für die Pflegenden aufgezeigt werden.

Alltagskompetenzen der Pflegenden

Der Begriff der Alltagskompetenzen hat sich in den letzten Jahren haushaltswissenschaftlicher Forschung verstärkt etabliert. Der Begriff und Ausmaß der Alltagskompetenzen ist nicht quantifizierbar und erfordert daher speziell eine qualitative Herangehensweise. Meier et al bezeichnen Alltagskompetenzen als „übergeordnete Kompetenzen zur Sicherung der Daseinsvorsorge“ (Meier, Preuß & Sunnus 2003: 143) und grenzen diese Dimension damit von einer Perspektive auf einzelne häusliche Fachkompetenzen ab. Als wichtige

Bereiche haben sich in meinen Interviews folgende drei Ebenen zur Bestimmung der Alltagskompetenzen der Pflegenden herausgestellt:

- Wahrnehmung und Beachtung der Wünsche und Bedarfe der pflegebedürftigen Person
- Wahrnehmung und Beachtung eigener Wünsche und Bedürfnisse
- Eigenaktivität bei der Alltagsversorgung

Meier et al. weisen darauf hin, dass die Beurteilung von Alltagskompetenzen im Kontext milieuspezifischer Werte zu betrachten ist (Meier, Preuße & Sunnus 2003: 142). Es muss darauf acht gegeben werden, dass kein vorschnelles „Urteil“ getroffen wird. Pflegebedürftigkeit und pflegerisches Handeln sind eng mit ethischen Fragen verknüpft. Eine Beurteilung der Kompetenzen macht erforderlich, diese vor den Wertorientierungen der Beteiligten Personen selbst zu betrachten. Zum Teil führt ein reflektiertes Treffen von Entscheidungen auch zum Verzicht auf medizinischer Hilfen. Erst durch den Einbezug des Entscheidungsprozesses aber wird deutlich, dass ein hohes Maß an Kompetenz in einer auf den ersten Blick vielleicht unzulänglichen Entscheidung liegen kann.

Tabelle IV: Auswertungsdimensionen und Unterkategorien

<p>Fähigkeiten und Hilfebedarfe der pflegebedürftigen Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennzeichnend für Krankheitsverlauf • Aktuelle* physische und psychische Einschränkungen • Aktuelle Hilfebereiche: <ul style="list-style-type: none"> - Hauswirtschaftliche Versorgung (Wohnungs- und Wäschepflege, Beköstigung etc) - Mobilität – Transport - Körperpflege/ Ernährung - Haushaltsmanagement (Einkaufsplanung, Kontakt mit Ärzten, Ämtern, Versicherungen etc.) - Soziale Kontakte/ Gespräche • Aktueller zeitlicher Umfang an Betreuungsbedarf • Fähigkeit, Hilfen anzunehmen <p>Finanzielle Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung des Einkommens zur Sicherstellung der Versorgung, Pflege und Betreuung • Finanzielle Situation der Pflegenden bzw. des Haushalts der Pflegenden <p>Zeitliche Situation der Pflegenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitszeit (Haushalt, Erwerbsarbeit und Ehrenamt) • Zeitliche Vereinbarkeit der Tätigkeitsfelder • Persönliche Zeit <p>Gesundheitliche Situation der Pflegenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitliche Beeinträchtigungen <p>Psychosoziale Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit der pflegebedürftigen Person und deren Hilfebedarf • Ent-/ Belastungen im familialen privaten und Umfeld • Belastungen durch Versorgungs-/ Pflegemanagement (Schnittstellenkommunikation) • Konflikte mit weiteren Arbeitsbereichen (Familientätigkeit, Netzwerktätigkeit, Erwerbsarbeit, Ehrenamt) <p>Formelles Netzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutzungsgrad von Angebote • Entlastung durch direkte Hilfen für die pflegebedürftigen Person • Entlastung durch indirekte Hilfe (z.B. Pflegeberatung, Selbsthilfegruppe, Psychotherapie für Pflegenden) • Angemessenheit und Passgenauigkeit institutioneller Angebote <p>Weiteres familiales Unterstützungsnetzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit • Beziehungsqualität/ Qualität der Interaktion • Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit • Flexibilität • Eigenverantwortung/ Eigenaktivität <p>Sonstiges Unterstützungsnetzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit • Bedeutung der Unterstützung <p>Alltagskompetenzen der Pflegenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung und Beachtung der Wünsche und Bedarfe der pflegebedürftigen Person • Wahrnehmung und Beachtung eigener Wünsche und Bedürfnisse • Eigenaktivität und Eigenverantwortung bei der Alltagsversorgung
--

* Aktuelle Situation bezieht sich auf die kennzeichnende Situation der letzten Zeit. Wobei die Zeiträume unterschiedlich abgegrenzt werden. So ist es z.T. nicht sinnvoll, kurze Zeiträume zu wählen, wenn regelmäßige Krankenhausaufenthalte und akute Verschlechterungen kennzeichnend für die Situation sind, aber hier nicht erfasst würden. Ist eine Situationsänderung erst vor Kurzem eingetreten und wird wahrscheinlich fortbestehen so wird diese Situation angegeben.

8 Einzelfallbezogene Darstellung der Versorgungs- und Pflegesituationen

In den folgenden Auswertungen wurde darauf geachtet, dass die Anonymität der Pflegenden gewährleistet ist. Alle genannten Personen erhielten fiktive Namen. Weiterführend wurden einige Informationen nicht aufgenommen bzw. soweit geändert, dass sie keine Hinweise auf die Identität der Personen geben können. Dies sind beispielsweise räumliche und biographische Angaben der Pflegenden und ihres familialen Umfeldes. Die Zitationsweise von Aussagen aus dem Interview folgt nach vergebener Interview-Nr (z.B. D=4; F=6). Dahinter werden die Zeilennummern angegeben, wie sie bei Einlesen des Textes in das Programm WinMax generiert wurden (z.B. I_4: 99-101).

8.1 Frau Diedrichs

„Ganz sicher war ich mir nicht, ob das wirklich das Beste ist, aber... Also ehrlich gesagt hab ich auch gedacht, na ja, die kümmern sich dann schon. Und ich konnte es mir bis zu dem Zeitpunkt eigentlich nicht vorstellen, dass sie nach Berlin kommt. Überhaupt nicht. Weil ich hab mir das dann so vorgestellt, ich lebe jetzt nur noch für meine Mutter. Und ehm das wollte ich auch nicht. Aber dann haben sich die Ereignisse überschlagen“ (I_4: 345-352).

Überblick über die familiale und haushälterische Situation

Frau D. ist 35 Jahre alt. Sie ist Diplom-Heilpädagogin und lebt seit 10 Jahren in Berlin. Seit acht Jahren arbeitet Vollzeit sie in einer Wohngruppe für geistig und körperlich behinderte Jugendliche. Ihre Arbeit und ein großes Netz von Freundschaften sind wichtige Lebensbereiche von Frau D. Sie lebte die letzten Jahre in verschiedenen Wohngemeinschaften und wird in Zukunft alleine leben.

Frau D. ist im Saarland aufgewachsen. Sie ist die Jüngste von drei Geschwistern. Ihr Bruder lebt in Westdeutschland und ihre Schwester in Süddeutschland. Beide sind verheiratet und haben je zwei Kinder. Die Mutter von Frau D. lebte seit dem Tod ihres Mannes vor 15 Jahren alleine im Haus der Familie im Saarland. Frau D. schildert die Beziehung der Mutter zu ihren drei Kindern als gut. Die Familienmitglieder besuchten sich über die Jahre regelmäßig untereinander, verbrachten die Feiertage und auch gelegentliche Kurzurlaube miteinander. Besonders intensiv ist der Kontakt zwischen der Mutter und der Schwester von Frau D. Seit Geburt deren Kinder verbrachte die Mutter häufig mehrere Wochen im

Haushalt ihrer ältesten Tochter, um sie bei der Betreuung der Kinder zu entlasten. Frau D. erwähnt auch, dass die Mutter den drei Geschwistern häufig Geldgeschenke machte. Wiederum erhielt auch hier speziell die Tochter im Allgäu zur Finanzierung eines Eigenheims eine beträchtliche Summe. Innerhalb der Geschwister waren es insbesondere Frau D. und ihre Schwester, die sich sehr nahe stehen.

Die Mutter ist heute 69 Jahre alt. Sie stammt aus einer bürgerlichen Berliner Familie und ist im Zuge einer standesgemäßen Heirat 1959 in den Harz gegangen. Die Ehe war eine traditionelle Hausfrauenehe. Frau D. beschreibt ihre Mutter als sehr gebildete Frau. Sie war ehrenamtlich engagiert, kulturell interessiert und reiste viel. Die Mutter lebt seit dem Tod ihres Mannes vor 15 Jahren alleine im Haus der Familie. Nach dem Tod zog sie sich allmählich von ihren sozialen Kontakten zurück. Die letzten Jahre hatte die Mutter keine nahestehenden Freunde und keine verwandtschaftliche Kontakte vor Ort. Frau D. beschreibt ihre Mutter als „stolze Dame“, die sich gerne präsentiert aber Hilfebedarf gegenüber Dritten nicht zugeben mag.

Entwicklung der Versorgungs- und Pflegesituation

Die Geschwister beobachteten im Jahr 2002 einen Wandel in der Persönlichkeit ihrer Mutter. Sie wurde zunehmend in sich gekehrt, nahm kaum aktiv an der Kommunikation teil und wurde in ihren Ausdrucksformen aggressiv. Unordnung und Schmutz zogen in den ehemals gut geführten Haushalt ein. Im Herbst 2002 diagnostizierte ein Arzt Alzheimer bei der Mutter. Die Geschwister fahren im folgenden Jahr regelmäßig zur Mutter, um diese im Alltag zu unterstützen. Sie besprechen, dass die Mutter bei Fortschritt der Krankheit in die Nähe der älteren Schwester ziehen soll. Im Herbst 2003 tritt die Mutter mit einer Seniorenreisegruppe noch einen Italienurlaub an. Während der gesamten Reise war sie auf die Betreuung einer Mitreisenden angewiesen. Frau D. bringt die Mutter bei deren Rückkunft sofort in ein Krankenhaus in der Nähe des Wohnortes der Schwester.

Während des Krankenhausaufenthaltes kommt es zum Streit zwischen der Schwester und deren Ehemann auf der einen Seite und Frau D. und ihrem Bruder auf der anderen Seite. Angelpunkt ist Uneinigkeit, wie die Mutter bei der Schwester versorgt werden und leben soll. So ist das Geschwisterpaar gegen das Vorhaben der Schwester, eine Eigentumswohnung für die Mutter zu kaufen. Zudem zeigt sich, dass die Ehe der Schwester kurz vor dem Bruch ist. Das Geschwisterpaar fürchtet, dass die Mutter in dieser schwerwiegenden Krise der Eheleute nicht gut betreut wird. Als die Schwester versucht, den anderen beiden

Geschwister die Vorsorgevollmacht für die Mutter zu entziehen, schaltet der Bruder einen Anwalt ein. Frau D. nimmt ihre Mutter mit nach Berlin. Zunächst leben sie 6 Wochen gemeinsam in der Wohngemeinschaft.

Schließlich findet Frau D. eine geeignete Wohnung in einer Senioren-Sevice-Wohnanlage, die die Mutter im Januar diesen Jahres bezogen hat. Die Mutter hat keine körperliche Beeinträchtigung, kann Treppen steigen, kochen, Ausflüge machen etc. Allerdings muss sie „erinnert“ werden. Erschwerend kommt ihre Verweigerung gegen jegliche Aktivitäten hinzu. Sie verbringt ihre Tage im Bett liegend, isst nicht und nimmt ihre Medikamente nicht ein. Frau D. vermutet eine Depression, Ein großes Problem ist die abwehrende Haltung der Mutter gegen Hilfe von außen. Nur die Hilfeleistungen von Frau D. nimmt die Mutter an. Auch zu weiteren medizinischen Untersuchungen bezüglich ihrer Alzheimer-Erkrankung ist sie nicht bereit. Frau D. versuchte, sie zu überzeugen, akzeptierte aber letztlich den Willen der Mutter.

Zur Unterstützung der alltäglichen Versorgung der Mutter hat Frau D. allerdings eine Reihe von Hilfen organisiert. Das Mittagessen wird über „Essen auf Rädern“ bezogen. Zudem hat sie einen Pflegedienst beauftragt, der zweimal täglich zur Mutter kommt.. „Die kommen nur für die Medikamente. Die schmeißt sie aber raus regelmäßig. Und die kommen zur Zeit nur noch pro forma, um sich rausschmeißen zu lassen. Und zu kucken, ob sie noch lebt. Für mich“ (I_4: 607-613). Mehr Erfolg hat Frau D. mit einer privat bezahlten Helferin. Diese Frau reinigt einmal wöchentlich die Wohnung der Mutter. Nach anfänglichen Schwierigkeiten beginnt die Mutter nun Vertrauen zu fassen. Frau D. hat die Frau aktuell beauftragt, zusätzlich die Mutter zu besuchen „um mit ihr was zu machen, was immer sie gerne machen möchte. Oder auch um Vorschläge zu machen“ (I_4: 634-635).

Frau D. besucht die Mutter täglich. Sie schaut nach dem Rechten, macht ihr das Essen warm. Daneben erledigt sie Einkäufe, alleine oder zusammen mit ihrer Mutter, begleitet die Mutter zu Arztterminen. Vor einem gemeinsamen Termin übernachtet Sie auch mal bei der Mutter, damit am nächsten Morgen alles klappt. Die Besuche bei der Mutter sind für Frau D. sehr anstrengend und psychisch belastend. Daher versucht sie, die Besuchszeit auf ein Mindestmaß zu begrenzen. Sie kann die anfallenden Erledigungen relativ gut mit ihrer Arbeitszeit koordinieren, da sie im Schichtdienst arbeitet. Allerdings sieht sie ihre momentane Beteiligung nur als Übergangslösung. Sie ist sich bewusst, dass sie in dieser Situation nicht auf Dauer leben kann und möchte: „Aber das geht jetzt ungefähr ein halbes Jahr so mit meiner Mutter. Dass ich da so dicht dran bin. Und das mache ich vielleicht ein Jahr.

Und beim zweiten Jahr dann werde ich auch krank“ (I_4: 920-929). Sie wünscht sich einen Rückzug aus der Versorgerrolle gegenüber der Mutter und möchte eine andere Beziehungsqualität aufbauen: „JA, schöne Sachen. Also was unternehmen. Nicht so den Blick.... Mein erster Blick ist, ich komme in die Wohnung, was stimmt nicht? Was muss gemacht werden? Was ist wieder nicht richtig? Das ist zur Zeit leider mein Blick“ (I_4: 880-883).

Das Zusammenspiel der Ressourcen

Die *psychosoziale Situation* von Frau D. ist problematisch. Sie fühlt sich überfordert mit der Aufgabe, für die hilfebedürftige Mutter zu sorgen. Einen geeigneten Lösungsweg hat sie noch nicht gefunden. Dabei macht sie deutlich, dass sie die Versorgung und Pflege ihrer Mutter nicht alleine bewältigen kann und will. Diese Aufmerksamkeit der eigenen Bedürfnisse ist sicher eine Stärke. Allerdings besteht die Schwierigkeit für Frau D. in der Umsetzung einer geeigneten Grenzziehung. So kämpft sie auch mit Schuldgefühlen gegenüber der hilfebedürftigen Mutter. An einigen Tagen beschließt sie, nie wieder zur Mutter zu gehen. Sie berichtet von Wutausbrüchen gegenüber der Mutter. An anderen Tagen wieder glaubt sie, dass sie nun mit der Situation umgehen zu kann. In diesem Wechselspiel ist der Aufbau eines guten und ausgeglichenen Verhältnis zur Mutter verständlicherweise kaum möglich. Die ambivalenten Gefühle sind auch vor dem Hintergrund verständlich, dass ihr eine gute Versorgung der Mutter sehr wichtig ist. Diese kann aber nicht ohne Frau D.'s tägliche Hilfe bereit gestellt werden, solange sich die Mutter gegen andere HelferInnen versperrt. Frau D. respektiert hier die Wünsche der Mutter, auch wenn es auf Kosten ihres eigenen Wohlbefindens geht.

Frau D. hat verschiedene Beratungsstellen für Angehörige von Pflegebedürftigen aufgesucht, um sich grundlegend über Pflegeversicherung sowie Versorgungs- und Wohnformen zu informieren. Sie wünscht sich weitere Informationen, fühlt sich aber durch den nötigen Arbeitsaufwand für das Pflegemanagement zusätzlich belastet: „Was mach ich zuerst? So viele Dinge, die man machen muss. Was mache ich denn zuerst? Keine Ahnung. Dann habe ich die wichtigsten Dinge einfach gar nicht gemacht. Zum Beispiel Pflegeversicherungsantrag noch mal neu stellen. Die Kraft hatte ich dann gar nicht mehr dazu. Nur so einen Zettel auszufüllen und wegzuschicken. Konnte ich nicht mehr“ (I_7: 1165-1172). Auch wenn Frau D. das Gefühl hat, dass sie grundlegende Aufgaben nicht erledigt, hat sie einen entscheidenden Schritt bereits frühzeitig getan: der Aufbau eines Netzwerkes von HelferInnen. Sie stellt dieses Netzwerk zur Verfügung, auch wenn die Mutter diese Hilfe

bisher kaum annimmt. Hier zeigt sie eine starke Eigeninitiative. Sie versucht, für sich und ihre Mutter langfristig tragbare Lösungen zu treffen. Dieses Handeln ist Frau D. letztlich durch die gute *finanzielle Situation* der Familie möglich. Die verstärkte Einbindung der privat bezahlten Helferin ist für sie zur Zeit die einzige hoffnungsvolle Option, da sich die Mutter nicht auf die verschiedenen PflegerInnen des Pflegedienstes einstellen kann. So will sie bei Bewilligung der Pflegeversicherung Geldleistung wählen, um diese Frau zu bezahlen. Sinnvoller erscheint allerdings, dass eine professionelle Kraft als feste Bezugsperson in das Arrangement aufgenommen wird. Diese könnte die Mutter dauerhaft begleiten und Frau D. durch eine fachlich fundierte Klärung von pflegerischen und medizinischen Unsicherheiten mehr Sicherheit geben.

Auch die Situation im *Familiennetzwerk* ist sehr problematisch. Regelmäßige Hilfen der anderen Geschwister sind aufgrund der Wohnentfernung nicht möglich. Der Bruder beteiligte sich an der Auflösung des Familienhauses im Harz und am Umzug der Mutter. Allerdings übernahm Frau D. die Planung und Organisation in Eigenregie. Der Bruder tritt als Gehilfe und weniger mit Selbstinitiative in Erscheinung. Sie beschreibt die Haushaltsauflösung im Elternhaus: „Das hab ich eigentlich alles gemacht. Und es ist schon so, ich ruf meinen Bruder dann an und sag: Du wir müssen doch noch, hast du schon dran gedacht, hast du da schon nachgefragt.... Also ich bin so die treibende Kraft eigentlich. Ist jetzt auch nicht so schlimm. Aber es nervt halt manchmal“ (I_4: 1088-1093). Dennoch ist der Kontakt zum Bruder wichtig. Die Intensivierung der Beziehung im Zuge der vergangenen Ereignisse empfindet sie als eine große persönliche Bereicherung für ihr Leben. Der Bruch mit der Schwester ist für Frau D. sehr belastend. Frau D. vermisst die Schwester, als Freundin und als Beraterin in Fragen des Umgangs mit der Mutter. „Aber was ja aktuell jetzt passiert, das weiß sie eigentlich nicht. Und ich fühl mich derzeit auch nicht so in der Lage, sie jetzt anzurufen. Weil jetzt vereinzelte Krankenhausaufenthalte dazu kamen. Also ich hab sie dann angerufen. Aber ich kann sie jetzt nicht wegen jedem bisschen anrufen. Also das wollte ich auch noch mal klar sagen. Weil das übersteigt meine Kraft eigentlich auch. Weil ich würd mir eigentlich auch wünschen, dass sie sich meldet. Und das hab ich ihr auch schon gesagt“ (I_4: 94-102). Der Freundeskreis in Berlin unterstützt Frau D: „Also auf der emotionalen Ebene, da auf jeden Fall. Zum Teil auch mit gemeinsamen Besuch. Oder auch mal alleine. Aber das ist jetzt nicht regelmäßig. Das ist Mal“ (I_4: 619-621). Ein vermehrtes Hinzuziehen von Freunden möchte Frau D. nicht. Sie ist bemüht um eine Grenzziehung zwischen den beiden Lebensbereichen. „Ich will jetzt auch nicht mehr nur noch meine Mutter zum Thema machen. Irgendwann ist auch Schluss. Es gibt auch noch

andere Dinge in meinem Leben“ (I_4: 811-813). Deutliche Konflikte ergeben sich mittlerweile zwischen der belastenden Situation um die Mutter und ihrer Erwerbstätigkeit. So wird eine Stelle als Wohngruppenleiterin frei. Sie verzichtete auf eine eigene Bewerbung, da sie sich diese zusätzliche Aufgabe zur Zeit nicht mehr zutraut. Frau D. hatte lange auf Chance, eine solche Stelle zu besetzen, hingearbeitet.

Trotz einiger Potentiale in diesem Pflegearrangement ist der Aufbau einer stabilen Versorgungssituation um die Mutter noch nicht gelungen. Frau D. sieht als letzte Möglichkeit eine Zwangseinweisung in ein Heim, sieht dies aber weder für Sie noch für ihre Mutter als eine geeignete Lösung. Es ist sinnvoll, hier eine geeignete ambulante Versorgungsform aufzubauen. Dabei kann eine intensive professionelle Beratung und Begleitung des Falls hilfreich sein. War die erste Zeit eher vom Bedarf nach allgemeinen Informationen gekennzeichnet, so äußert Frau D. nun der Wunsch nach einer Beratung, die Lösungswege im Kontext ihrer spezifischen Situation aufzeigt. Eine wichtige Ressource ist die gute Rente und das Vermögen der Mutter. Wie ihr bisheriges Handeln zeigt, ist Frau D. prinzipiell bereit, dies einzusetzen.

In der Situation von Frau D. wird deutlich, wie bei Eintritt eines Pflegefalls negative Dynamiken im eingespielten familialen Beziehungsgefüge aufbrechen können. Frau D. schildert die frühere Interaktion und auch Gespräche über den Zuzug zur Schwester zwischen den Geschwistern als konstruktiv. Gemeinsame Lösungen wurden gefunden. Eine nähere Beleuchtung der Dynamiken, die zum Bruch führten ist allerdings vom Wissensstand aus dem Interviewmaterial nicht möglich und auch nicht Ziel dieser Arbeit. Festzuhalten ist, dass diese Situation entscheidend für den Entschluss von Frau D. die Mutter nach Berlin zu holen geführt hat und der „Wegfall“ der Schwester emotional als auch in Fragen der Bewältigung von Pflegeentscheidungen sehr belastend wirkt. Es wird deutlich, dass auch die familiale Situation in einer Beratung thematisiert werden müsste.

8.2 Frau Fell

„Das war ja auch wieder eine Riesen-Rennerei. Ja eine Rennerei, nich. Aber das war eine andere Rennerei. Eh wenn man sich das hinterher durch den Kopf gehen lässt. Ich hab diese erste Rennerei, das erst mal sich hineinfinden ‚Was hab ich alles zu tun‘ – Das war irgendwie doch ein bisschen deprimierender gewesen, ja. Nich, ich meine es klingt hart jetzt, aber ich kann ja nicht sagen, ich bin voller Freude da losgetrabt, nich. Das wär ja auch gelogen. Und während jetzt, wo ich wusste sie bleibt hier, und es ist toll hier und eh meine Kinder sind auch zufrieden. Da ist man so euphorisch raus gegangen, nich. War mir egal... das hier zu kündigen, und da und ... das hat mir nicht mehr so viel ausgemacht. Ich meine, bin ich nach Hause gekommen, war ich auch erschöpft. Aber anders. Ja, es hat sich doch mal wieder irgendetwas gefügt im Leben. Ein Positiv ist wieder gefunden worden sag ich mir immer“ (I_4: 981-996).

Überblick über die familiale und haushälterische Situation

Frau Fell ist 68 Jahre alt. Sie lebt mit ihrem Lebensgefährten zusammen, das Paar teilt sich die Kosten für Miete und Haushalt. Beide sind bereits verrentet. Frau F. erhält 1000 Euro Rente. Sie hat drei Kinder aus ihrer Ehe. Die Ehe wurde früh geschieden, als die Kinder noch klein waren. Als Grund nennt Frau F. ihre Alkoholabhängigkeit. Seit 32 Jahren ist sie trocken. Die Kinder sind bei ihrem Ex-Mann und dessen Eltern aufgewachsen. Frau Fell hat die Kinder in diesen Jahren regelmäßig besucht. Heute ist das Verhältnis zu ihren Kindern und ihrem Ex-Mann sehr gut. Ihre Tochter (40 J.) lebt in Berlin. Der ältere Sohn (37 J.) hat nach Jahren von Phasen zwischen Arbeitslosigkeit und Aushilfsjobs nun in Westdeutschland ein festes Arbeitsverhältnis als Versicherungsvertreter. Der jüngste Sohn arbeitet in den Sommermonaten in verschiedenen Tourismusgebieten in der Gastronomie und verbringt die Winter mit Aushilfsjobs in Berlin. Frau Fell leidet seit den Wechseljahren an einer schubweise wiederkehrenden starken Depression. Dies war auch der Grund, dass sie mit 54 verrentet wurde. Frau Fell hat die Volksschule besucht, einen Ausbildungsabschluss hat sie nicht. Sie war bis zu ihrer Rente durchgängig erwerbstätig und hatte verschiedene Angestelltenverhältnisse als Lebensmittelverkäuferin und als Schreibkraft. Die Mutter von Frau Fell ist 90 Jahre. Frau Fell ist das einzige Kind, sie und ihre Kinder die einzigen lebenden Verwandten. Die Familie hatte wirtschaftlich einige schlechte Zeiten. Die Mutter lebte seit 1935 in ihrer Wohnung. Frau Fell schildert die Wohnung als „sehr primitiv“. Die Wohnung ist sehr groß – die Mutter bewohnte nur einen Teil - wurde mit

Holzkohle beheizt und hatte kein Badezimmer, nur eine Waschgelegenheit. Frau Fell betont welche gute Rente der Mutter mit 900 Euro zur Verfügung steht.

Entwicklung der Versorgungs- und Pflegesituation

1995 beginnt Frau Fell, der Mutter regelmäßig bei der Wohnungsreinigung zu helfen. Im Herbst 1996 erkennt die Mutter Frau Fell bei einem Besuch nicht wieder. Frau Fell bringt sie sofort in ein Krankenhaus, wo Alzheimer diagnostiziert wird. Die Ärzte erklären Frau Fell, dass die Mutter betreut werden muss. Frau Fell geht nun vier Tage die Woche zur Mutter, kümmert sich um die Wohnung, kocht das Essen und begleitet sie zu Ärzten und anderen Terminen. „Und dann eben dieses zwischendurch mal hinfahren. Und dann eh zur Ruhe gekommen in dem Sinne ist man nicht so richtig, weil ich hab ja immer aufs Telefon gelauscht, nich“ (I_6: 126-129). Der Partner von Frau Fell übernimmt handwerkliche Tätigkeiten, ein arbeitsloser Bekannter schaut gegen Bezahlung regelmäßig bei der Mutter vorbei. Frau Fell informiert die Nachbarn der Mutter und bittet diese, ein Auge auf die Mutter zu haben.

Die Situation ist für Frau Fell sehr belastend. Sie merkt, dass sie wieder depressiv wird, will sich dies aber nicht eingestehen. Sie nimmt stärkere Medikamente, schränkt ihre Hilfeleistungen aber nicht ein. In einem Seniorenratgeber liest Frau F. von der Möglichkeit, einen Pflegedienst einzuschalten. Sie beauftragt die Sozialstation des Bezirks, morgens bei der Mutter vorbei zu kommen, nach dem Rechten zu sehen, ggf. nasse Vorlagen zu wechseln, ihr Medikamente zu geben und im Winter den Ofen anzuzünden. Zunächst bezahlt sie den Dienst von der Rente der Mutter. Der Pflegedienst rät ihr, einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Die Mutter wird auf Stufe Eins eingestuft. Mit den Leistungen werden die Besuche des Pflegedienstes finanziert, ein kleiner Anteil wird von der Rente der Mutter bezahlt.

Ungefähr zwei Jahre später bekommt Frau Fell einen schweren depressiven Schub. Sie wird drei Wochen stationär behandelt und kehrt nach Hause zurück: „Ja. Und habe dann zwei Monate zu Hause rumgehungen ja, kann man sagen. Habe es weiter bei ihr gemacht, aber... Also unter ganz schlimmen Umständen, ja. Ich hab viel geraucht. Und alles. Und mir war alles so egal. Aber es war meine Pflicht, hab ich mir immer gesagt. Und dann bin ich im Jahr 2000 im März noch mal auf die geschlossene gekommen“ (I_6: 295-301). Es folgt ein zweimonatiger Aufenthalt in einer stationären Einrichtung. Die Tochter von Frau Fell, der Lebensgefährte und der Ex-Mann übernehmen in dieser Zeit die Betreuung der

Mutter. In der Gruppentherapie arbeitet Frau Fell die Belastungen durch die Pflege auf. Sie verlässt die Station mit dem Vorsatz, ihre Hilfe zu begrenzen.

Nun organisiert sich ein festes Hilfenetzwerk um die Mutter: Frau Fell betreut zwei, der Ex-Ehemann zwei und die Tochter zwei Nachmittage. Der Pflegedienst kommt weiterhin morgens. Alle elektrischen Geräte in der Wohnung sind mittlerweile gesichert, so dass die Mutter sich nicht verletzen kann. Die Demenz ist weiter fortgeschritten. Das letzte Jahr in der eigenen Wohnung sitzt die Mutter teilnahmslos am Fenster, mag nicht mehr essen. Inkontinenz und Hilfe bei der Körperpflege werden wichtiger.

Im November 2002 erhält Frau F. einen Anruf der Nachbarin, dass die Mutter orientierungslos auf der Straße umherlaufe. Frau F. und die Tochter bringen sie sofort ins Krankenhaus. Der Arzt erklärt, dass die Mutter nicht mehr alleine in ihrer Wohnung bleiben könne. Eine Sozialarbeiterin kümmert sich um die Familie und schlägt die Unterbringung in einer Alten-WG vor. Die Familie ist sich einig, dass die WG die besten Versorgungsmöglichkeiten für die Mutter bietet. „Ja und dann hab ich dann die drei schwersten Wochen meines Lebens kann man sagen durchgemacht mit ihr. [...] Und jeden Tag also die schwersten Vorwürfe gehabt eh mir anhören müssen. [...] Und eh dann: ‚Jetzt schiebst du mich also ab ins Heim. Hab ich mir gleich gedacht. Hab immer gedacht ‚Wann schiebst sie mich ab‘. Und dann hab ich gesagt ‚Nein Mutti, wir haben für dich eine Wohngemeinschaft‘“ (I_6: 577-596).

Trotz der schwierigen Auseinandersetzung mit der Mutter wirkt der Umzug für Frau F. gleich einem Befreiungsschlag. Sie überzeugt, dass in der Wohngemeinschaft eine professionelle Betreuung in einer warmherzigen familiären Umgebung geleistet werden kann. Dies hat sich bestätigt. Frau F. ist begeistert vom liebevollen und würdevollen Umgang der BetreuerInnen mit den Alten. Sie verbringt jeden Freitag-Nachmittage bei ihrer Mutter in der WG, liest ihr Zeitung vor und nimmt am alltäglichen WG-Leben teil. „Und man gewöhnt sich so daran. Man erlebt so viel lustiges hier, ja. Weil die so drollig dann sind, nich. Das macht richtig Spaß“ (I_7: 1216-1217).

Das Zusammenspiel der Ressourcen

Im Pflegearrangement um Frau F.'s Mutter sind drei Konstellationen erkennbar: Die ersten drei Jahre übernimmt Frau F. die Pflege weitgehend in Eigenregie. Die nächsten drei Jahre wird die Mutter im Familiennetzwerk versorgt, in dem Frau F. weiterhin die Hauptverantwortung trägt, aber zeitlich deutlich entlastet wird. Schließlich folgt im November der

Umzug in die Alten-WG. Beide Neuausrichtungen des Netzwerks sind eng an eine Verschlechterung der Kompetenzen der Mutter geknüpft. Frau F. nennt als auslösend für den ersten Übergang ihre eigene *psychische Erkrankung*. Die Rekonstruktion des Interviews zeigt, dass sich zu dieser Zeit der Gesundheitszustand der Mutter so weit verschlechtert hatte, dass sie immer weniger Interesse und Fähigkeiten hat, an alltäglichen Interaktionen teilzuhaben. So entfallen die gemeinsamen Ausflüge, die beiden Frauen so viel Spaß gemacht hatten. Die Mutter liest die Zeitung nicht mehr und verliert die Aufmerksamkeit beim gemeinsamen fern sehen und Kreuzworträtsel lösen. Diese gemeinsamen Aktivitäten waren Frau F. immer sehr wichtig. Sie spricht hier von den guten und schönen Zeiten mit ihrer Mutter. Im letzten Jahr zu Hause schließlich baute die Mutter noch einmal deutlich ab, wollte nicht mehr Essen und trinken und musste gewaschen werden. Der Übergang zur Alten-WG geht mit einem einschneidenden, schubartigen Fortschreiten der Alzheimer einher.

In beiden Situationen reagieren nicht Frau F. und auch nicht das direkte *Hilfenetzwerk* zuerst. Die Notwendigkeit einer Veränderung wird von außen herangetragen. Anfangs versucht Frau F. bis zur Erschöpfung, die Pflege weitgehend alleine zu leisten. Sie spricht von ihrer Pflicht als Tochter, möchte aber ihrerseits ihre Kinder nicht zusätzlich belasten: „Die haben eben noch ihr Privatleben, ja. Und man möchte da ja auch nicht reinwursteln, nich“ (I_6: 349-351). Erst bei ihrem zweimonatigen Aufenthalt in der stationären Psychiatrie wird sie in der Gruppentherapie bestärkt, sich zurückzuziehen. Sie führt ihre Krankheit als Entschuldigung ein, als Ursache, dass sie nicht sehr belastbar ist. Dabei stoßen auch psychisch gesunde Menschen bei der Betreuung einer fortschreitenden Demenz an Grenzen der Belastbarkeit. Im zweiten Fall wirkt die Ärztin im Krankenhaus initiativ: „Und dann ehm sag ich ‚Katja‘ – also mit meiner Tochter hab ich am meisten drüber geredet – ,also das geht also nicht, wir könnens nicht mehr zu Hause. Das haben die Ärzte gesagt. Und Alzheimer, die Stufe zwei, das geht einfach nicht mehr zu Hause“ (I_6: 571-575). Durch die Initiative der Sozialarbeiterin bleibt der Mutter schließlich der Heimeinzug erspart.

In der Zeit der häuslichen Pflege ist die Aufteilung der Aufgaben im *Familiennetzwerk* ein wichtiger Stabilitätsfaktor. Sie ist schon aufgrund der hohen zeitlichen Entlastung für Frau F. gelungen. Während sie in den ersten drei Jahren von drastischen Belastungssituationen schildert, erwähnt sie diese im Arrangement mit Tochter und Ex-Mann nicht mehr. Es ist davon auszugehen, dass Überlastung zumindest nicht mehr der kennzeichnende Zustand dieser Zeit war. Sie beginnt, ihre Kontakte im Freundeskreis zu reaktivieren, die sie vorher auf gelegentliche Telefonate reduziert hatte. Gerade auch der Austausch mit der Tochter zu

Fragen der alltäglichen Versorgung scheint Frau F. mehr Sicherheit bezüglich getroffener Pflegeentscheidungen zu geben. Den Ex-Mann – er hatte über die Jahre immer Kontakt mit der Mutter - schildert sie als zuverlässig: „Wenn ich wusste ER ist da, dann hab ich mein Ohr auch nicht so immer aufs Telefon gehabt, ja. Und er hat ja ALLES, wenn irgendeine Kleinigkeit war. Oder unsicher war, dass es ihr nicht gut geht. Da hat er gleich angerufen dann, nich“ (I_6: 353-360). Hier wird zudem deutlich wie stark Frau F. der Rolle der Verantwortlichen verhaftet bleibt. Auch bleibt sie immer diejenige, die bei unerwarteten Ereignissen einspringt, während die anderen ihre Hilfezeiten deutlicher begrenzen können.

Die Besuche des Pflegedienstes ermöglichten der Familie, dass sie den Vormittag in der Regel frei haben. Die Zufriedenheit und Interaktionen mit dem Pflegedienst bleiben im Interview unklar. Da Frau F. berichtet, dass sie bei Fortsetzung der häuslichen Pflege den Plan hatte, die Hilfen des Pflegedienstes wenn nötig weiter auszubauen, ist zu erwarten dass eher finanzielle Knappheit als Unzufriedenheit mit den Leistungen bei der „Randstellung“ des Pflegedienstes in diesem Arrangement eine Rolle spielen.

Zur *finanziellen Situation* der Mutter und ihrer eigenen Rente äußert sie sich sehr zufrieden. In ihren Beschreibungen wird ein haushälterischer Umgang mit dem Einkommen deutlich, der es beiden Frauen ermöglichte, immer eine kleine Summe zurückzulegen. Nun verwaltet das Sozialamt das Vermögen der Mutter, das sich zu Einzugsbeginn auf 40 000 Euro belief. Später wird die Versorgung formlos über zusätzliche Hilfe in besonderen Lebenslagen sicher gestellt.

Im Verhalten von Frau F. wird deutlich, dass es ihr schwer gelingt, auf eigene Bedürfnisse zu achten und diese gegenüber Dritten anzumelden. So fasste sie erst ein paar Wochen nach ihrem Entschluss den Mut, ihre Tochter zu bitten bei der Pflege mitzuhelfen. Frau F. hat großes Glück, dass die Tochter und der Ex-Mann spontan mithalfen. Die Befriedigung der Bedürfnisse und die Sorge um das Wohlbefinden der Mutter hat Frau F. wesentlich deutlicher angestrebt. Im Interview ist eine hohe Reflexionsgabe und ein intensives Einfühlungsvermögen gegenüber der Mutter auffällig. So war es immer ihr Anliegen, der Mutter nicht zu signalisieren, dass sie krank ist. Frau F. wollte der Mutter den Wunsch, in der eigenen Wohnung zu bleiben, erfüllen. Daneben wird an mehreren Aussagen deutlich, dass sie immer auf eine gute medizinische Versorgung geachtet hat. Ein liebevoller Umgang mit der Mutter war ihr immer sehr wichtig. Es wird aber auch deutlich, dass Frau F. diesen in Zeiten schwerer Depression nicht aufrecht erhalten konnte. Schließlich findet sie ihre

Vorstellungen von einer gelungenen Pflege in der Alten WG wieder. Dies führt zu einer starken Befürwortung dieser Lebens- und Versorgungsform.

8.3 Frau Gerhard

„Und für MICH – hab ich auch meiner Mutter gesagt – ist es das selbstverständlichste, wenn Kinder ihre Eltern pflegen später. Ja die haben uns gepflegt, ja als wir klein waren. Jetzt sind WIR dran. Können wir ein bisschen was zurückgeben. Haben viel Spaß miteinander und so weiter. Und ICH lasse mich für bestimmte Dinge nicht bezahlen. Das war immer so, ja das ist unangenehm. Ja, da will sie einem zwanzig Mark geben, oder 20 Euro oder was. Aber ich will das nicht. Für mich ist das klar, dass ich das mache. Und ehm so ist das besser, wenn.. Ich kriege dafür das Geld. Und nicht von ihr. Ich will von ihr da auch nichts für haben. Ich lasse mich nicht kaufen“ (I_7: 584-595).

Überblick über die familiale und haushälterische Situation

Frau Gerhard ist 52 Jahre. Sie hat seit 3 Jahren einen festen Freund, mit dem Sie sich aber nur am Wochenende trifft. Die Beiden leben und wirtschaften getrennt, eine engere Bindung möchten sie nicht. Frau G. hat nach der mittleren Reife eine Ausbildung zur Krankenschwester absolviert. Sie war verheiratet, ihr Ehemann starb vor 20 Jahren. Aus ihrer Ehe hat Frau G. zwei Kinder. Die 27-jährige Tochter die letzten Sommer geheiratet hat und nun schwanger ist. „Die ist sehr resolut und selbstständig. Also die geht ihren Weg. Hat jetzt auch endlich einen Referendarratsplatz bekommen. Die ist Lehrerin. Und eh läuft alles sehr gut“ (I_7: 709-712). Der Sohn ist vor zwei Jahren bei der Mutter ausgezogen. „Sorgenkind ist mein Sohn so ein bisschen. Der KÖNNTE mehr machen als er tut. Aber er hat halt keinen Bock. Und wird es lernen müssen, dass er was lernen MUSS“ (I_7: 714-717). Gelegentlich hilft sie dem 21-jährigen mit einer finanziellen Unterstützung aus. „Also er hat keine Lehrstelle. Also er müsste sich ein bisschen intensiver darum kümmern“ (I_7: 274-275). Das Verhältnis zu ihren Kindern sei sehr gut. „Und es ist schön für alle Seiten. Wir haben einen guten Kontakt. Also telefonieren fast jeden Tag. Helfen uns. Sind füreinander da. Ich meine, wir haben Vertrauen zueinander. Also schon immer, ja“ (I_7: 281-284). Frau G. hatte nach dem Tod ihres Mannes genug finanzielle Sicherheit, dass sie nicht arbeiten musste und sich ganz um ihre Kinder kümmern konnte. Später ergriff sie wieder ihren Beruf als Krankenschwester. Sie arbeitete die letzten acht Jahre ihrer Erwerbstätigkeit in der Altenhilfe.

Die Beziehung zwischen Frau Gerhard und ihren Eltern war von Jugendzeit an angespannt. „Also ich war immer das schwarze Schaf der Familie“ (I_7: 238-239). Sie stößt sich an der „kleinkarierten“ (I_7: 243). Lebensweise ihrer Eltern. Offene Konflikte focht sie insbesondere mit dem Vater aus. Streitpunkte entstehen aus gegensätzlichen weltanschaulichen und politischen Ansichten von Vater und Tochter. Der Vater hatte sich freiwillig für den zweiten Weltkrieg gemeldet und bekundete offen seine Ausländerfeindlichkeit. Sie war in der links-autonomen Szene politisch aktiv. Viele Jahre war der Kontakt zu den Eltern völlig abgebrochen. Frau G. hat drei Schwestern. Zwei der Schwestern leben in der Nachbarschaft der Eltern, eine in Westdeutschland. Der Kontakt zu den Geschwister beschränkte sich in den letzten Jahren auf eine Besprechung zum Testament der Mutter. „Also die eine Schwester die hier wohnt, die kenn’ ich überhaupt nicht. Also die hat sich auch von der Familie zurück gezogen. Allerdings nicht im Streit. Ja und die andere Schwester die ehm ja, die lern ich eigentlich auch jetzt erst richtig kennen“ (I_7: 330-334). Den krebskranken Mann dieser Schwester hat Frau D. vor drei Jahren am Sterbebett begleitet, die Schwester hilft nun bei der Versorgung der Mutter.

Die Mutter ist heute 72 Jahre. Sie leidet an häufig wiederkehrenden Angina-Pectoris-Anfällen und hat bereits zwei Herzoperationen hinter sich. Zudem hatte sie mehrere Bandscheibenvorfälle. Aktuell sind es fünf. Die Bandscheibenvorfälle gehen mit einer fortschreitenden Lähmung einher. Heute sitzt sie die meiste Zeit im Rollstuhl und kann nur noch wenige Meter laufen. Zudem fallen ihr feinmotorische Tätigkeiten wie das Kämmen der Haare zunehmend schwerer.

Entwicklung der Versorgungs- und Pflegesituation

In ihrer täglichen Arbeit bei dem Pflegedienst entwickelte Frau G. den Wunsch, sich mit ihren alten Eltern aussöhnen möchte. Sie nimmt den Kontakt wieder auf. „Ja. Wir haben dann angefangen uns kennen zu lernen. Wir hatten ja erhebliche Lücken. Und eh ja. Also das ging ganz gut. Und ich bin heute sehr froh, dass eh mir das eingefallen ist. Denn, dann starb ja mein Vater halt bald“ (I_7: 298-302). Bis dahin hatte der Vater alleine seine hilfebedürftige Frau versorgt. Frau G. beschließt, diese Aufgabe zu übernehmen. „Der eigentliche Grund, warum ich das so spontan damals übernommen hab, der ist eigentlich der gewesen ((Pause)). um mich mit meiner Mutter auszusöhnen. Um mich, dass wir uns besser kennen lernen. Und eh, ja ne Mutter zu haben eigentlich“ (I_7: 475-478). Innerhalb der Geschwister wird der zukünftige Umgang mit dem Versorgungsbedarf der Mutter nicht

angesprochen. „Gut, die zwei Schwestern können's halt nicht so gut mit der Pflege. Die haben da erhebliche Berührungsängste mit Altern und krank sein. Und eh. Ja, so mach ich das halt“ (I_7: 17-20).

Frau G. schaut täglich bei ihrer Mutter nach dem Rechten, hilft ihr und erledigt Einkäufe. Anfangs hatte die Mutter zusätzlich eine Putzfrau engagiert. Sie kündigen der Putzfrau, da diese die Mutter beklautete. Daraufhin übernimmt die Schwester die Wohnungsreinigung. Doch die Schwester ist sehr unzuverlässig, kommt nicht oder erledigt nicht alle Aufgaben. Schließlich bleibt auch dies immer häufiger an Frau G hängen.

Frau G. wird die Versorgung der Mutter neben ihrer Erwerbstätigkeit zu viel. „Weil ich wohnte ziemlich weit weg. [...] Und eh das war etwas problematisch. Also manchmal bin ich dann schon nachts hergekommen. Aber das dauert immer. Da muss man sich ein Taxi nehmen. Mit dem Rad hätte zu lange gedauert. Und eh auch am Tag, weil ich hab da ziemlich viel gearbeitet und eh das war mir einfach eine zu große Last eh nach zehn Stunden Krankenpflegedienst auf dem Fahrrad denn noch zu meiner Mutter zu fahren“ (I_7: 216-223). Sie überzeugt ihre Mutter, Pflegestufe zu beantragen. Nach Bewilligung von Stufe Eins versorgt sie sie im Rahmen ihre Stelle bei der Sozialstation, bei vollem Sachleistungsbezug. Das brachte Frau G. ein wenig Entlastung. Zudem zieht sie in die Nachbarschaft der Mutter, um sich die Wegezeit zu ersparen und bei akutem Hilfebedarf, der insbesondere durch häufige Angina-Pectoris-Anfälle auftritt, erreichbar zu sein. Die Versorgung über ihre Stelle bei dem Pflegedienst läuft ein dreiviertel Jahr.

Frau G. ist sehr unzufrieden mit den Möglichkeiten, die Mutter im Rahmen ihres Arbeitsverhältnis zu versorgen. Ein Problem, dass sie auch von ihrer Arbeit bei anderen Pflegebedürftigen kennt „Weil die Zeiten, die man über eine Sozialstation als Pflegerin zur Verfügung hat, die sind ehm katastrophal. Ich hab also – als Beispiel – zwölf Minuten für nen Patienten zum Duschen. Das ehm kann man vergessen. Da hat man vielleicht den Patienten grade mal AUSGEZOGEN. Und ehm 23 Minuten –DREIUNDZWANZIG – also das muss ich hier noch mal betonen – zum Einkaufen. Also wenn ich bei Aldi an der Kasse stehe, oder... Also das kann man auch vergessen“ (I_7: 38-45). „Also und dann hab ich aber da aufgehört. Und eh mein Ziel war mir ja auch schon zehn Jahre klar. Ehm was ich mal so – also nicht am Ende meines Weges, aber am Ende meines beruflichen Weges – machen will. Das war: Sterbende begleiten. Das war mir einfach klar, das ich das machen will. Und bestätigt wurde das bei mir auch noch durch die Arbeit bei der Sozialstation. Dann hab ich's ja gemacht“ (I_7: 393-400).

Die Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit war möglich, da Frau G. über eine Witwenrente finanziell abgesichert ist. Mit den zusätzlichen 200 Euro Geldleistung der Pflegestufe Eins kommt sie gut aus. Nun verwendet Frau G., gerechnet auf eine 7-Tage-Woche, im Schnitt 1,5 Stunden täglich für die Versorgung ihrer Mutter. Sonntags ist ihr „freier Tag“, da schaut sie nur für ein paar Minuten vorbei. An diesem Tag kümmert sich die Schwester um die Mutter. Zu den 1,5 Stunden kommen regelmäßig die Zeiten, in denen die Frauen zusammen sitzen und sich unterhalten, Ausflüge ins Theater und in Museen machen oder mal ins Grüne fahren. Das Verhältnis zur Mutter ist immer noch schwierig. „Eh also es hat sich nicht viel geändert in der Familie. Eh alles was ich mache ist sowieso Käse, ja“ (I_7: 521-522). Allerdings entwickelt es sich zum Positiven. „Also mittlerweile muss ich drüber lächeln und eh ja. Also so, es ist schon ne engere oder ziemlich enge Bindung geworden“ (I_7: 527-529).

Nachdem sie ein Jahr nicht mehr gearbeitet hatte beginnt sie an der Universität eine einjährige Fortbildung zur Sterbebegleitung. Diese wurde begleitend zur praktischen Ausbildung bei einer Krankenhausstation angeboten. Mittlerweile koordiniert Sie – selbst ehrenamtlich in dieser Gruppe tätig - 25 ehrenamtlichen Personen, die in Anschluss an ein Krankenhaus Besuchsdienste übernehmen und Sterbende begleiten. Aktuell übernimmt sie neben der Zeit für die Koordination etwa fünf Stunden Besuchsdienste pro Woche. Bis vor Kurzem arbeitete sie dort deutlich mehr. Doch gerade ist sie zusätzlich mit der Einrichtung ihrer neuen Wohnung im Nachbarhaus der Mutter beschäftigt ist. Der erneute Umzug ist aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter notwendig geworden. „Hab vier Jahre fünf Minuten entfernt gewohnt. Es ist aber besser, wenn man sehr dicht bei ihr wohnt, weil sie oft Herzanfalle hat und ich dann nachts – also wenn sie anrufen KANN – ganz schnell da sein kann“ (I_7: 10-13).

Frau G. ist sehr zufrieden mit ihre momentanen Leben. In der Hospizgruppe hat sie Gleichgesinnte gefunden. Sie genießt, dass sie ihren Alltag freier gestalten kann: „Hab VIEL mehr Zeit. Für Sachen auch, die ich machen WILL. Also ich schreibe zum Beispiel. Gedichte. Kurze Geschichten“ (I_7: 657-658). Verglichen mit ihren bisherigen Pflegeerfahrungen ist es für Frau G. viel schwieriger, die Mutter als nahestehende Person zu pflegen. Sie sucht häufig das Gespräch mit der Ausbilderin der Hospiz-Gruppe, um persönliche Probleme zu verarbeiten. Heute spricht Frau G. noch von der „Versorgung“ ihrer Mutter, wenn es soweit ist, möchte sie auch die Pflege persönlich übernehmen. „Bloß ich brauch da Hilfe, ich weiß das. Ja. Das schaff ich nicht alleine. Emotional werden die Schwestern mir keine Hilfe sein. Wenn jetzt was ist [...]. Aber da ist halt die Ausbilderin im

Krankenhaus. Die ist DA, denn für einen. Die hat mir auch alle Einsätze im Krankenhaus sofort verboten. [...] Da hab ich dann jemanden, wo ich meine ganze Traurigkeit und diese Hilflosigkeit und so.. Wo ich dann auch weinen kann oder so, ja. Und ehm ich werde also meine Mutter bis zum Schluss versorgen und begleiten. Ja. Das mach ich“ (I_7: 747-760).

Das Zusammenspiel der Ressourcen im Pflegearrangement

Drei zentrale Ressourcen treten in diesem Pflegearrangement besonders hervor: Die von Erwerbsarbeit unabhängige *finanzielle Absicherung* von Frau G., *freie Zeitressourcen* und Flexibilität der Zeiteinteilung im Hospizdienst sowie und eine Reihe von wichtigen *Alltagskompetenzen* zur Übernahme der Sorgearbeit. Frau G. gestaltet ihre eigene Situation aktiv aus. Es wird deutlich, dass sie alle Entscheidungen zur Gestaltung der Pflegesituation, selbstbestimmt und bewusst getroffen hat. Bewusstheit im Umgang mit der Situation ist ein zentrales Kennzeichen des Verhaltens von Frau G. Alter und Krankheit sind ihr persönliches Sach- und Interessensgebiet. Sie kann einschätzen, welche medizinisch-pflegerischen Bedürfnisse die Mutter hat und weiß was auf sie bei Fortschritt der Krankheit der Mutter zukommen kann. Ihr pflegerisches Wissen und der reflektierte Umgang damit geben ihr sehr viel Sicherheit in der Versorgung der Mutter. „Wenn ich mir vorstelle, in so einer Situation zu sein, dass ich ABHÄNGIG bin. Von der Hilfe Anderer. Dann ist es GANZ wichtig, dass derjenige, der so versorgt wird immer noch etwas selber machen kann. Und vor allen Dingen zu der ZEIT wo er das machen will. Also das ist für mich so ganz wichtig. Das ist etwas was ich zum Beispiel bei der häuslichen Krankenpflege gelernt habe. WIE wichtig das ist, ne. Und so, wo ich jetzt meine Mutter halt so versorge, da haben wir natürlich auch viel Zeit“ (I_7: 73-93).

Das Motiv der Versöhnung mit der Mutter und die normative Orientierung, dass Kinder ihre Eltern pflegen sollen schaffen eine starke Basis für die Bewältigung der Pflege. Das Motiv der töchterliche Pflichterfüllung tritt dabei hinter der Motivation zurück, die Mutter aus dem Gefühl persönlicher Neigung heraus zu versorgen. Frau G. hat dabei immer versucht, auf ihre Grenzen und ihr eigenes Wohlbefinden zu achten. Hierzu besitzt sie die Fähigkeit, ihre eigenen Interessen auch gegenüber der Schwester durchzusetzen. So forderte sie ein, dass diese gelegentliche Großeinkäufe für die Mutter übernimmt, welche ihr selbst ohne Auto zur Last wurden. Auch verzichtete sie in letzten Jahren nicht auf ihre Urlaubsreisen. Anfangs kümmerte sich in jener Zeit ein anderer Pfleger der Sozialstation um die Mutter. Heute übernimmt die Schwester diese Aufgabe. Der Rückgriff auf die

Schwester fällt Frau G. nicht leicht, da sie unzufrieden mit deren Aufmerksamkeit gegenüber der Mutter und deren Zustand ist. Mehrmals täglich ruft sie dann aus dem Urlaub an, um nach dem Rechten zu fragen und die Schwester anzuleiten.

Wichtig ist auch, dass Frau G. ihre eigenen Schwächen wahrnimmt. „Ich neige dazu, mich selbst zu überschätzen. Muss ich leider zugeben“ (I_7: 755-756). Es wird deutlich, dass sie trotz der Vielzahl ihrer Kompetenzen für eine Pflege auf eine dauerhafte Begleitung angewiesen ist.

8.4 Frau Holland

IP: „Können Sie mir beschreiben, was ihre Motivation ist?“

H: „Weiß ich nicht. Die hole ich jeden Tag. Viel in der Selbsthilfegruppe. Jetzt schon können sie sagen, dass wir schon Informationen, Ratschläge weiter geben können. Also das ist ne ganz tolle Sache jetzt. In der Position in der wir jetzt schon sind. Mir geht's jetzt auch von der Psyche viel besser als es mir früher gegangen ist. Ich kann nicht sagen, dass es mir in manchen Phasen gut ging. Ja. Wo sie auch aggressiv war. Porzellan runter geschmissen hat. So was. Das machen sie ja alles, das durchlebt jeder. Ja. So jetzt sind wir schon in der Situation. Sie stellt nichts mehr an. Sie kann nicht mehr aus dem Bett fallen. Es geht nur noch um unsere Kraft und um unsere Zeit. Mehr ist nicht mehr.“(I_8: 501-513).

Überblick über die familiäre und haushälterische Situation

Frau H. ist 55 Jahre. Bereits seit 13 Jahren sorgt sie für ihre an Alzheimer erkrankte 90-jährige Mutter. Die Mutter ist als schwerster Pflegefall einzustufen. Sie ist bettlägerig, erkennt die Familienmitglieder nicht mehr und braucht für alle Bewegungsabläufe Mithilfe von Dritten. Die Krankheit ist soweit fortgeschritten, dass die Mutter sich kaum noch verbal verständlich machen kann. Frau H. erzählt, dass die Mutter eine von sehr wenigen im Privathaushalt lebenden Pflegebedürftigen ist, die Pflegestufe „Drei plus“ erhalten.

Frau H. hat mit ihrem Ehemann – die beiden sind seit 35 Jahren verheiratet - zwei Söhne im Alter von 31 und 35 Jahren. Die Familie lebte in Ost-Berlin. Der Kontakt zu den Eltern von Frau D. ist durchweg sehr eng gewesen. Die Haushalte lagen in unmittelbarer Nachbarschaft. Die Familienmitglieder haben sich mehrmals die Woche besucht, regelmäßig wechselseitige Hilfeleistungen in den Haushalten erbracht und ihre Freizeit gemeinsam verbracht. Frau H hat noch zwei ältere Stiefgeschwister, die aus erster Ehe ihres Vaters

stammen. Die Schwester lebte in Westdeutschland. Sie ist seit vier Jahren tot, davor bestand nur wenig Kontakt zu den Familienmitgliedern im Osten. Die Kontakte mit dem Bruder beschränkten sich auf Geburts- und Feiertage. Heute sind auch diese Treffen nicht mehr üblich: „Er wohnt `ne viertel Stunde von uns hier. Kümmert sich ÜBERHAUPT nicht. Bei Erkrankung war das Ding für ihn erledigt. Einmal ja mit `nem Blumenstrauß. Das war es. Mehr nicht“ (I_8: 56-59).

Entwicklung der Versorgungs- und Pflegesituation

Frau H., ihr Ehemann und die Eltern von Frau D. hatten lange geplant ein Haus zu bauen und dies gemeinsam zu bewohnen. Doch die Umstände des Zusammenlebens änderten sich. Mitten in der Bauphase erkrankte die Mutter an Alzheimer. Anfangs kümmerte sich hauptsächlich der Vater um seine Ehefrau. Frau H. unterstützte die Eltern durch Übernahme der Wäschepflege und Mithilfe bei der Beköstigung. Der Vater starb überraschend ein halbes Jahr später bei einem Herzinfarkt. Die Familie nahm die Mutter sofort mit in die Mietwohnung auf, da diese ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen konnte. Es folgte eine sechsmonatige „ambulante“ Phase, die für die ganze Familie sehr anstrengend war. Die Mutter und der jüngere Sohn lebten in einem Zimmer, da es nicht genügend Räumlichkeiten in der Wohnung gab. Frau D. und ihr Ehemann waren zu dieser Zeit beide Vollzeit-Berufstätig und zusätzlich noch in der Endphase des Hausbaus. Dazu kam die psychische Belastung, aufgrund des Tods des Vater und der Persönlichkeitsveränderung der Mutter. Die Mutter konnte grundlegende hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Nahrungszubereitung, Wohnungs- und Waschereinigung nicht mehr alleine bewältigen. Sie lief häufig aus der Wohnung und verlor die Orientierung. Frau H. ruft die Mutter stündlich von der Arbeit aus an um sich zu vergewissern, ob sie zurecht kommt. Die Situation ist für Frau H. äußerst belastend. Sie sucht Hilfe bei einer Selbsthilfegruppe für Angehörige von Demenzkranken. Durch den Austausch mit anderen Betroffenen lernt sie, mit der eigenen Situation besser umgehen zu können. Eine Strategie, auf die sie noch heute zurückgreift.

Ende 1992 ziehen Frau H., ihr Mann, der jüngste Sohn und die Mutter in das Haus. Anfangs lebte die Mutter in einer separaten Zwei-Zimmer-Wohnung, seit sie nicht mehr Treppen steigen kann, bewohnt sie ein Zimmer im Erdgeschoss. Der Sohn zieht dann in die Wohnung im ersten Stock. Nach wenigen Wochen stellt Frau H. eine Frau Kirsten über eine Annonce ein, da die Mutter nicht mehr alleine gelassen werden kann. Frau Kirsten verbringt je zwei Stunden vormittags und nachmittags im Haushalt. „Die war eine Hilfe

wie Du und ich. Die das aber, das haben sie schon gesehen, GERNE gemacht hat. Vorher ihren Onkel oder so gepflegt hatte. Die hatte auch kein Zeugnis. Ich wollte so was auch gar nicht sehen. Wollte bloß jemanden haben der mit ihr lieb und vernünftig umgeht. Der sie sauber hält. Und sich auch mit ihr noch beschäftigt. Ich sag ja, die sind spazieren gegangen, die haben ihre Runden gedreht. Die hat den Balkon gemacht. Die hat sich so wohl hier gefühlt. Und da konnte ich auch beruhigt auf die Arbeit gehen. Da haben wir dann bloß per Telefon: ‚Ist alles in Ordnung?‘ – ‚Ja alles‘ (I_8: 274-284). Außerhalb ihrer Erwerbsarbeitszeiten, morgens und abends kümmerten sich dann in der Regel Frau H um die Mutter. Aber auch die anderen Familienmitglieder stehen mit regelmäßiger Mithilfe zur Seite. ‚Also die Familie hat da auch Hand in Hand gearbeitet‘ (I_8: 290-291). Die Tages- und Wochenstruktur wird fest organisiert. Dabei hat das Ehepaar frühzeitig festgelegt, dass donnerstags abends Frau H für die Selbsthilfegruppe und freitags abends ihr Mann für seinen Sportverein ‚frei‘ haben. Gemeinsam gehen die beiden einmal die Woche in einem Restaurant essen.

Nachdem Frau Kirsten in Rente ging, betraute Frau H. erneut eine ältere Frau mit der Betreuung vormittags und nachmittags. Die eingespielte Konstellation bleibt erhalten. Im Jahre 1994 ging die Firma, in der Frau D. angestellt war in Konkurs. Es folgten zwei Jahre Arbeitslosigkeit, in denen Frau D. sich sehr intensiv um ihre Mutter kümmerte, aber auch die anderen Hilfen wie zuvor weiterliefen. Schließlich findet sie wieder eine gut bezahlte Stelle in einem Baubüro. Doch ein Jahr später erleidet sie in kurzer Folge drei Herzstillstände. Sie bekommt einen Herzschrittmacher eingesetzt, ist die nächsten 1,5 Jahre krank geschrieben und wird verrentet. In dieser Zeit kümmert sich verstärkt der Ehemann um die Mutter. Derweil hatte sich die Alzheimererkrankung immer mehr verschärft. ‚dann hat sie überall hingemacht‘ Da Frau H. selbst zwar Zeit hatte, aber gesundheitlich stark eingeschränkt war, behielt sie die Frau, bis diese schließlich mit den steigenden pflegerischen Anforderungen überfordert war. Wenige Monate wurde die Pflegearbeit über die bezahlte Mitarbeit einer Russin und eines erwerbslosen Bekannten aufrechtgehalten. Die Mutter ist mittlerweile bettlägerig und braucht eine Rund-um-die-Uhr – Betreuung. Die Familie lässt sie nicht mehr alleine.

Im Jahre 2002 wird die Mutter aufgrund einer schweren Lungenentzündung in ein Krankenhaus gebracht. Als sie entlassen wird, entdeckt Frau H. einen Dekubitus um das Steißbein. ‚Sieben mal Neun, fünf Zentimeter tief!!!‘ (I_8: 459). – ‚Sie konnte dann auch nicht mehr stehen. Das war dann alles erledigt, weil sie mit ihr GAR NICHTS gemacht haben‘ (I_8: 469-471). Frau H. beschließt, dass sie zur Heilung des Dekubitus professionelle Un-

terstützung brauch. In der folgenden Zeit testete sie drei Pflegedienste. Sie ist äußerst unzufrieden mit der „Pflege nach Minuten“. Mehr sei von den Diensten nicht erbracht worden „Und ein Alzheimer braucht diese Ruhe. Das ist, wenn sie mit SO einem Menschen schnell umgehen, das begreift ein normal Kranker schon gar nicht. Und ein Alzheimer begreift das überhaupt nicht, ja. Und die Ruhe und das Ausgeglichenere bei dieser Krankheit ist das A und O“ (I_8: 264-268). Zudem wird sie gleich mehrfach auf falsche Abrechnungspraktiken aufmerksam, so wurden Wochenendeinsätze angegeben, obwohl die Familie diese immer alleine übernimmt. In der Selbsthilfegruppe wird ihr ein Pflegedienst, der sich auf die Pflege von Demenzkranken spezialisiert hat, empfohlen. Dieser Pflegedienst begleitet die Familie bis heute. Der Kontakt reicht weit über eine gute Pflegearbeit hinaus. Das Personal steht mit viel Beraterischem Wissen, über den Umgang mit der Patientin bis zum Umgang mit Krankenkassen, zur Seite. Der Kontakt zu dem Mitarbeiter-Innen ist persönlich und sehr herzlich. Frau H. will den Pflegedienst auch nach Heilung des Dekubitus weiter hinzuziehen.

Das Zusammenspiel der Ressourcen

Frau H. bezeichnet sich als einen „alten Hasen“ im Umgang mit Alzheimer. Sie hat tatsächlich eine beachtlich lange Zeit der Pflege hinter sich und dabei eine Reihe von sehr belastenden Phasen bewältigt. Besonders die ersten Jahre nennt sie im Rückblick als sehr schlimm. Dies ist im Hinblick auf einer Reihe von Umständen verständlich. Die Umstellung auf die Rolle als Pflegende, die ständige Neueinstellung auf den Fortschritt der Alzheimer und daneben die enorme *zeitliche Belastung* durch Erwerbstätigkeit, die *ökonomische* Belastung durch den Hausbau und die Einkommensunsicherheit in der Phase der Arbeitslosigkeit sowie schließlich noch die schwere Erkrankung ihres Herzens führen zu einer Kumulation von Problemlagen im Haushalt.

Heute kann sie auf einen großen Schatz an *Alltagskompetenzen* zur Bewältigung der Situation zurückgreifen. Das Lernen, mit der Alzheimer umzugehen und das schmerzliche Erkennen eigener Grenzen haben dazu geführt. Sie hat das Ziel - ihrer Mutter ein schönes und würdiges Leben zu bieten über die Jahre immer aktiv verfolgt. „Eh sie müssen so was auch WOLLEN. Sie müssen die Krankheit annehmen wollen und auch Verständnis dafür haben. Sonst wird's für ALLE ein Ballast. Also ganz schlimm“ (I_8: 334-337). In der Gestaltung ihres eigenen Lebens allerdings geht sie eine Vielzahl von Einschränkungen und Kompromissen ein. Ihr persönlicher Weg des Annehmens führte über die dauerhafte Initia-

tive bei der Selbsthilfegruppe. Sie will über diese Krankheit und die schwere Situation von Patientinnen und Angehörigen berichten – daher führt sie das Interview, nimmt aktiv an Tagungen teil und übernimmt gelegentlich selbst Beratungen für Angehörige. Es wird deutlich, dass sie mit ihrem öffentlichen Engagement in diesem Bereich auch verstärkt immer wieder einen persönlichen Sinn und das Erkennen eigener Grenzen in der alltäglichen Pflegearbeit gefunden hat.

Im Gespräch wird ihre Empörung über die schlechten Bedingungen im Pflegesystem für Alzheimer –Patienten und pflegende Angehörige deutlich. Der Gang durch die Institutionen, um Ansprüche aus Kranken- und Pflegeversicherung geltend zu machen ist für sie selbst sehr belastend gewesen. „Da wär ich alleine dran verzweifelt. Das können Sie mir glauben“ (I_8: 384-386). Sie schildert die belastenden Auseinandersetzung mit der Krankenkasse aus Anträgen, Ablehnungen und Einsprüchen, die zur Gewährung der verschiedenen Pflegestufen und technischen Hilfsmittel nötig waren. „Was meinen Sie wie wir um die Rampe gekämpft haben. Also sie haben es erst generell abgelehnt. Das ist keine Leistung Krankenversicherung. Wenn ich nun nicht wieder so einen GUTEN Kontakt zu diesem Herrn Otto hätte – über die GOTA [der beteiligte Pflegedienst, K.H.], das ist der Anwalt mit dem auch die GOTA zusammen arbeitet. JA. Der sich das Schreiben angekuckt hat und gesagt hat ‚Das ist ja gar keine Leistung der Krankenversicherung. Das ist ne Sache der Pflegeversicherung.‘ Aber da werden die Leute erst mal dumm gehalten“ (I_8: 334-337). Diese Begebenheit wirkt tatsächlich sehr verstörend, wenn man bedenkt, dass Kranken- und Pflegeversicherung unter dem Dach einer Krankenkasse verwaltet werden.

Leider konnte sie sich selbst nur sehr enge Freiräume außerhalb der häuslichen Pflege erhalten können, doch diese aktiv gesucht, frühzeitig aufgebaut und erhalten. Für ihr *psycho-soziales Wohlbefinden* ist die ‚Zeit ohne Alzheimer‘ äußerst wichtig. Der Donnerstag ist „ihr Tag“, an dem sie seit ihrer Verrentung auch wieder die geliebten Einkaufsbummel genießen kann. Der tägliche Sparziergang in der Natur – die Familie lebt in einem sehr grünen Stadtteil am Rande Berlins – ist für sie befreiend. Das Haus zeigt eine Einrichtung und Schmuck, die mit viel Liebe fürs Detail ausgesucht wurden. Sie ist sehr elegant gekleidet, trägt Schmuck und ist geschminkt. Diese „schönen Dinge“ des Lebens sind ihr sehr wichtig. Dem Ehepaar ist es gelungen, eine paar gute Freundschaften zu erhalten. Viele Bekannte aber haben sich im Laufe der Jahre distanziert. Sie berichtet, dass das ganze familiäre Leben fast ausschließlich um ihre Mutter kreist. Sie versteht sich mit ihrem Mann gut, aber eine Partnerschaft nach ihren Vorstellungen können die beiden kaum aufrecht erhalten.

Trotz ihrer Verrentung ist ihre *zeitliche Situation* weiterhin sehr angespannt. Die Pflege ist ein unbezahlter Vollzeitjob.

Durch die Schwere der Erkrankung der Mutter kann am „Vollzeitjob Pflege“ auch mit der Mithilfe aus dem *informellen und formellen Hilfenetzwerk* für Frau H. nichts geändert werden. Dennoch ist die Zusammenarbeit entscheidend für den Erhalt der häuslichen Pflegesituation. Insbesondere ihr Mann und auch die beiden Söhne sind hier sehr wichtig. Bei der Beschreibung verschiedener Praktiken der Familienmitglieder bei der Morgentoilette, wird deutlich, dass auch die anderen Familienmitglieder so weit involviert sind, dass sie „Pflegetechniken“ erlernt und entwickelt haben. Auffällig ist auch, dass die Familie erst spät professionelle PflegerInnen einbezogen hat. Aus der begeisterten Beschreibung der Arbeitsübernahme der beiden langjährig beschäftigten Frauen wird dies verständlich. Eine solche umfassende Involvierung in die Gesamtheit von Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsaufgaben durch Inanspruchnahme professionellen Dienstleistungen wäre für die Familie nicht bezahlbar. Die finanzielle Situation in der Familie ist sehr eng kalkuliert. Mit den Leistungen aus Pflegestufe „Drei plus“ wird der Pflegedienst finanziert. Die Rente der Mutter von 900 Euro wird durch verschiedene Medikamente, Vitamin- und Nährstoffpräparate, privat finanzierte Pflegehilfsmittel sowie spezielle Nahrungsmittel für die Mutter verbraucht. Von den restlichen 2900 Euro Einkommen des Ehepaares müssen die Ratenzahlungen für den Bau-Kredit und Ausgaben für den Haushalt bestritten werden. „Und daher ist unser Stand heute SO, dass wir im Prinzip, ich hunger nicht, aber wir drehen wirklich jeden Pfennig zwei mal“ (I_8: 247-249). Geldrücklagen für Neuanschaffungen kann die Familie nicht bilden.

8.5 Frau Irmhold

„Diese Situation, die sie uns immer so vorwurfsvoll dann darlegte – keiner würde sich um sie kümmern. Ob sie das dann gesehen hatte, dass das genau das Gegenteil eigentlich war. Dass täglich sich jemand kümmerte. Weiß ich nicht. Manchmal klagte sie bei ihren Freundinnen. Was sie mir dann wieder erzählten. Wurde von denen aber sozusagen auch wieder zurechtgewiesen. Dass sie eigentlich gar keinen Grund hätte zu klagen“ (I_9: 164-169).

Überblick über die familiale und haushälterische Situation

Frau Irmhold (59 J.) lebt mit ihrem Ehemann (66 J.) in ihrem Haus in einer gehobenen Wohngegend Berlins. Die beiden haben sich im Studium kennen gelernt. Der Mann – e-

hemals Schulleiter einer Sonderschule– ist seit einem Jahr pensioniert. Frau I. arbeitet Vollzeit als Lehrerin. Die beiden haben zwei Töchter (34 u. 33 J.) und einen Sohn (27 J.). Die älteste Tochter ist seit zwei Jahren verheiratet und hat ein zweijähriges Kind. Die Töchter sind berufstätig, der Sohn studiert. Die Kinder leben im näheren Umkreis des Familienhauses. Frau I. war es immer sehr wichtig, dass sie ihre Arbeit als Lehrerin und ihr Familienleben nebeneinander organisieren kann. Zur Geburt der Kinder blieb Frau I. je 6 Monate zu Hause und kehrte wieder in ihren Beruf zurück. Die Vereinbarkeit war ihr möglich, da sie, bis das jüngste Kind 12 Jahre alt war, als 30-Std-Teilzeitkraft arbeiten konnte. Danach hat sie auf die heutige Vollzeitstelle gewechselt, die sie neben den Unterstützungsleistungen für die Mutter beibehalten wollte. Das Ehepaar hat mit 5600 Euro ein gutes Haushaltsnettoeinkommen zur Verfügung. Davon wird der Sohn mit Unterhalt unterstützt.

Die Mutter von Frau I. ist seit 25 Jahren geschieden. Frau I. ist ihr einziges Kind. Die Mutter war fast durchgängig in ihrem Beruf als Versicherungskauffrau erwerbstätig. Mit 60 Jahren ging sie in Rente und hatte mit monatlich 2400 Euro ein gutes Auskommen. Bis ins hohe Alter war sie sehr aktiv und engagierte sich ehrenamtlich im sozialen Bereich. Ihr vielseitiges Interesse führte sie zur Mitgliedschaft und Aktivität in mehreren Verbänden und Vereinen. Sie reiste viel und hatte einen sehr großen Freundeskreis. Frau I. schildert sie als eine sehr extrovertierte Person, die sich nie als alt wahr nahm.

Das Verhältnis zur Mutter war nie einfach. „Meine Mutter war immer schon etwas schwierig [...] ich meine im Gesprächsbereich [...] Sie ging uns wirklich auf die Nerven“ (I_9: 178-183). Es gab einige Reibungspunkte, gerade wenn die Mutter immer wieder neue Vereinsaktivitäten begann, bei denen sie die ganze Familie integrieren wollte. „Wir müssten da hin und machen“ (I_9: 184). Trotz gewisser Schwierigkeiten pflegte die Familie von Frau I. über die Jahre einen intensiven Kontakt, den Frau I. insgesamt auch als gut bewertet. Die Feiertage verbrachte man gemeinsam, und daneben gab es regelmäßige Besuche und Telefonate zwischen der Mutter und den anderen Familienmitgliedern. Gegenseitige Hilfeleistungen gehörten zum Familienleben dazu, z.B. übernahm die Mutter nach ihrer Verrentung intensiv die Betreuung des Enkelsohns.

Vier Jahre hat die Familie die Mutter täglich besucht und unterstützt. Zuletzt wohnte die Mutter in einem Altenheim. Sie starb zwei Monate vor dem Interviewtermin durch einen Herzstillstand.

Entwicklung der Versorgungs- und Pflegesituation

„Das Problem fing eigentlich tatsächlich an – wir machen es einfach so fest – mit ihren Zähnen. So komisch das klingt“ (I_9: 54-55). Die Mutter verlor mit 80 Jahren ihren letzten Zahn und sollte eine Vollprothese bekommen. Dies wurde zum Fiasko. Bis dahin war die 80jährige eine Frau, „die also alles gut zu managen wusste“ (I_9: 37). Doch diesmal war sie überfordert, dass sie zu einem fremden Zahnarzt überwiesen wird. „Und ehm wie man denn sie als alte Frau so weit schicken könnte und das war also ganz empörend. Da hab ich gesagt ‚So ein Unsinn! Rast sowieso den ganzen Tag immer mit ner Jahreskarte durch die Stadt‘“ (I_60-62). Nachdem sie mit der ersten Anfertigung einer Prothese nicht zurecht kommt, lässt sich die Mutter eine zweite anfertigen, die ihr aber ebenfalls Probleme bereitet. Frau I. erkennt in der Situation, dass sich die Mutter strikt nicht gewillt war, sich an eine Prothese zu gewöhnen. Dabei zeigte sie ungeahnte aggressive Verhaltensweisen. „Und damit fing das Desaster dann, ging das weiter: Sie aß dann immer weniger. Behauptete aber, sie würde genauso viel weiter essen. Da fing aber so eine Form an von mangelnder Selbstwahrnehmung“ (I_9: 83-85).

Frau I. schaut nun häufiger bei der Mutter nach dem Rechten. Sie bemerkte, dass sie ihre Medikamente nicht regelmäßig einnahm. Frau I. präpariert die wöchentliche Ration in einem Pillenschächtelchen, ihr Ehemann ruft die Mutter zur Erinnerung täglich per Telefon an. Auch die Kinder des Ehepaares besuchen die Oma vermehrt. „Ja also im Laufe der Zeit dann hab ich sie auch zu den Ärzten begleitet. Und ich hab auch dafür gesorgt, dass sie so Psychopharmaka bekam. Zur Erhebung der Stimmung“ (I_9: 112-113). Im Jahre 2000 erreicht das Ehepaar ein Anruf im Urlaub, dass die Mutter mit Atemnot ins Krankenhaus gebracht wurden. „Eh dann schaltete sich die Familie so weit ein, dass wir ihr die Tabletten brachten [...] Jeden Tag“ (I_9: 130-132). Frau I. stimmt mit dem Hausarzt eine neue Medikamentierung ab, die eine Tablettengabe einmal am Tag ermöglicht. Sie selbst übernimmt drei Tage, ihr Mann und die drei Kinder je einen Tag.

Die Besuche verlaufen recht unterschiedlich. „Also man blieb für SIE – aber wahrscheinlich ist das dann bei älteren Menschen eh – immer zu kurz. [...] Unser Sohn blieb häufig dann also RICHTIG lange. Eh die Mädchen, ja unterschiedlich. Aber unter einer Stunde eben nie. [...] Mein Mann hat seine Zeit immer limitiert auf eine halbe Stunde. [...] Bei mir war’s dann also, ja, wurde es ungern gesehen, wenn ich dann ging“ (I_9: 139-156). Da die Mutter immer mehr an Körpergewicht verliert, kochte Frau I. ihr oftmals eine Mahlzeit.

Während des Urlaubs im nächsten Jahr schaltet Frau I. zum ersten Mal einen Pflegedienst ein, der von der Krankenkasse bezahlt wird. Eine Tochter schlägt vor, den Pflegedienst beizubehalten. Der Familienrat entscheidet sich gemeinsam für diese Option. Der Pflegedienst bereitet nun morgens das Frühstück zu und übernimmt auch die Besorgung der Medikamente. Die Mutter war immer gegen den Pflegedienst. Obwohl die Mutter die Hilfeleistungen des Pflegedienstes nur unregelmäßig annahm, blieben die Hilfen des Pflegedienstes erhalten. Mit der Zeit wurde das Angebot auch auf die morgendliche Dusche ausgeweitet. Mit zunehmendem Hilfebedarf beginnt die Mutter komplizierter im Umgang zu werden. Sie wollte Frau I. ihre Wäsche nicht mehr mitgeben und die langjährige Putzfrau nicht mehr im Haus haben. „Also mühsig, mühsig. SEHR mühselig ließ sie es dann irgendwie gewähren“ (I_9: 369-370). Dabei leisteten die Freundinnen der Mutter, die regelmäßig zu Besuch waren, die Kinder und Frau I. selbst immer wieder diese Überzeugungsarbeit. „Mein Mann hielt sich da mehr oder weniger raus. Der leistete so Besucherdienste, ne. Er musste ja auch alles gar nicht“ (I_9: 372-373). In dieser Zeit beginnen die ersten Aufenthalte im Krankenhaus aufgrund der Unterernährung bzw. Dehydrierung der Mutter. Das Netzwerk schafft es nicht, die Mutter zu einer regelmäßigen, ausreichenden Nahrungsaufnahme zu bewegen. „Überwacht wurde sie also nicht. Das wollte sie auch nicht. Von dieser Pflegestation so und so nicht. Die haben ihr das Essen hingestellt. Aber auch wenn wir da waren. Mittags also so `ne Suppe. Wir saßen schon dabei. Meine Tochter, die ging dann abends nach der Klinik häufig dann hin. Und aß mit ihr Abendbrot. Klar, da einfach was hinzustellen. Und dann sowieso etwas, was ich nicht mag, ne. Nein nein, es saß dann also nicht immer.... Aber ich würde so sagen in 75% der Fälle leistete ihr Einer beim Essen Gesellschaft. Oder auch beim Trinken. Also wir tranken immer etwas mit ihr. Jeder, der kam hatte dann so sein Glas. Und prost. Und komm trink mal. Und versuchten es auch so die Penetranz, sagen wir mal, auf ein noch erträgliches Maß zu halten“ (I_9: 428-436).

Im Jahr 2003 verschlechtert sich der Zustand der Mutter rapide. Sie verlor das Interesse an ihrer Umwelt und wurde schweigsam. In diesem Jahr wird sie sechs Mal in immer kürzeren Abständen wg. Mangelernährung und Dehydrierung ins Krankenhaus gebracht. Frau I. belastet diese Situation sehr, „weil eben so alle Dinge, die man so glaubte ihr gutes anzutun also abgelehnt wurden“ (I_9: 510-511). Sie fühlt sich „ausgebrannt“ und erzählt von unkontrollierbaren, starken Weinkrämpfen in jener Zeit. Frau I. schaute sich nach einem Altenheim um, auch wenn die Mutter strikt dagegen ist. Beim sechsten Krankenhausaufenthalt des Jahres beschwört nun auch der Krankenhausarzt die Mutter, dass sie nicht mehr

alleine leben könne. Sie willigt dem Umzug in ein Heim ein. Frau I. hat nun die Sicherheit, dass die Mutter Rund um die Uhr auf Hilfe zugreifen kann. Die Familie behielt ihre alte Regelung bei, und besuchte die Mutter weiterhin täglich.

Im Heim verschlechtert sich der Gesundheitszustand durch Wassereinlagerung in den Beinen. Frau I ist mit der Medikamentierung des zuständigen Arztes sehr unzufrieden. Sie bringt die Mutter ins Krankenhaus und schaltet den Hausarzt wieder ein. Leider gelingt es den HelferInnen im Heim und der Familie nicht, die Mutter im Heim zu integrieren. Sie bleibt zurückgezogen in ihrem Ein-Zimmer-Appartement. Auch die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bleibt unzureichend. Im Februar diesen Jahres wird sie wieder wegen eines Blutdruckabfalls ins Krankenhaus gebracht. Eine Tochter fährt hin, um nach dem Rechten zu sehen. „Und sie traf dann meine Mutter in der Erste-Hilfe-Station noch an. [...] Nahm ihr Handy und wollte mir `ne SMS schicken und so. Und fing auch an: ‚Omi mal WIEDER im Krankenhaus..‘ Weil das so rein-raus, schon so üblich war. Und sie ist dann eines GANZ sanften und friedlichen Herztodes gestorben“ (I_9:623-627).

Das Zusammenspiel der Ressourcen

„Das ist eben so ein Tragen von Familie. Und wenn man dann also so emotional durchhängt, dann war da eben auch jemand da. Der dann also sagte, pass mal auf, dann bleibst’e eben jetzt mal draußen und mach dir keinen Kopf. Oder: Es ist ja auch zu verstehen, dass es so ist. Du hast ja auch lange genug das mitgemacht“ (I_9: 782-785).

Das *Familiennetzwerk* ist in diesem Fallbeispiel die zentrale Ressource. Frau I. konnte von Anfang an – ohne einfordern zu müssen – auf die flexible und verantwortungsvolle Mithilfe der gesamten Familie zurückgreifen. Die Wirkung des Familiennetzwerkes reicht weit über eine *zeitliche Entlastung* hinaus. Mit dem regelmäßigen Abhalten eines „Familienrates“, in dem die helfenden Familienmitglieder gemeinsam über Probleme in der Versorgung diskutieren, entwickelt das Netzwerk regelrecht ein Instrument zur Aufarbeitung der Situation. In den Besprechungen werden zentrale Pflegeentscheidungen gemeinsam reflektiert und getroffen. Dabei werden auch heikle ethische Fragen, die Frau I. sehr belasten angesprochen: ist die Nahrungsverweigerung der Mutter Ausdruck einer Sehnsucht nach dem Tod? Die zentrale Frage ist, ob sie der Mutter „gutes tun“ oder eben „gutes antun“. Durch die gemeinsame Beobachtung der Situation findet die Familie schließlich die Antwort und kann weiter Sinn in ihren Hilfestellungen finden. Dennoch bleibt der größte Belastungsfaktor für das *psychosoziale Wohlbefinden* von Frau I. die fehlende Fähigkeit der

Mutter, Hilfen anzuerkennen und anzunehmen. Obwohl alle Familienmitglieder mit dieser Situation konfrontiert werden, wird sie gerade für Frau I. zu einer besonderen psychosozialen Belastung. Viele Andeutungen im Interview weisen darauf hin, dass im Zuge der Pflegeanforderungen und der intensiveren Interaktion ein altes Beziehungsproblem zwischen Mutter und Tochter verstärkt zu Tage tritt. Auch hier entfaltet das Netzwerk seine volle positive Wirkung, indem es der offenbar kranken und an Realitätsverlust leidenden Mutter eine realitätsgerechten Konsens der Gesunden entgegenstellt. Unschätzbar sind hier auch die zahlreichen Freundschaften der Mutter, von denen sie bis zuletzt mehrmals die Woche Besuche erhält. Sie verteidigen die Familie und bleiben mit Frau I. regelmäßig im Gespräch. Den destruktive Umgang der Mutter mit der eigenen Gesundheit muss die Tochter letztlich für sich alleine bewältigen, was ihr offensichtlich nicht immer gelingt. Die anderen Familienmitglieder können sich besser „herausnehmen“ – nicht zuletzt auch, weil die Mutter dies eher akzeptiert als bei der Tochter.

Frau I. trägt die Hauptverantwortung in allen Bereichen. Sie übernimmt die Koordination der zeitlichen Einsätze der Familienmitglieder – was insbesondere in der Phase, als die Medikamente pünktlich verabreicht werden mussten, auch anstrengend war – übernimmt alle institutionellen Kontakte und ist mit Abstand auch zeitlich am Stärksten involviert. Eine Reihe von *Alltagskompetenzen* kommen ihr dabei zu Hilfe. Allen voran ihr hohes Aktivitätspotential und ein sehr reflektierter Umgang mit den Bedürfnissen der Mutter. Ihre Fähigkeit mit eigenen Wünschen umzugehen, ist schwieriger einzuschätzen. Das Motiv der Verpflichtung gegenüber der Mutter ist bei ihr ausgeprägt, sodass vermutlich eine Tendenz, sich selbst zu überfordern. Dennoch scheint sie dies mit einem eigenen Leben außerhalb der Pflege vereinbaren zu können. So gelingt ihr die Wahrung eigener Bedürfnisse durch die rationale Begründung von Grenzen. So rechtfertigt sie den Heimübergang: „Sie sollte ja nicht irgendwo abgeschoben werden. Oder andere Leute sollten unsere Arbeit machen. Aber wir brauchten, mein Mann war damals auch noch berufstätig, wir brauchten schon neben unserer Berufstätigkeit, und die Kinder auch. Es war also auch in dem Alter, wo dann keiner so auf der faulen Haut lag und sich hätte da drum kümmern können“ (I_9: 575-579). Auch die Option, die Mutter in das Haus aufzunehmen, kann sie rational durch den ungünstigen Schnitt des Hauses verwerfen. Emotionale Befindlichkeit zählt hier immer erst als begleitender Grund. Letztlich gelingt es ihr, die gemeinsamen Urlaube mit dem Ehemann und der Freitag-Abend-Sport zu erhalten.

Frau I. ist insgesamt zufrieden mit dem formellen Netzwerk im Pflegearrangement. Allerdings wird deutlich, dass ihre Zufriedenheit auf einer niedrigen Erwartungshaltung gegen-

über der Entlastung durch professionelle HelferInnen basiert. Sie akzeptiert, dass der Pflegedienst nur eingeschränkte Dienste leisten kann und will. „Erstens haben sie ja eine 5-Tage-Woche. Zweitens haben sie einen 8-Stunden-Tag. Drittens wird Einer krank. Viertens ist einer im Urlaub. Fünftens wird einer dann gekündigt oder kündigt selber. Oder wie auch immer. Also das war schon nicht so angenehm“ (I_9: 303-305). Ihr Kommentar zu der Praxis eines stetig wechselnden Pflegepersonals ist in ruhigem Tonfall und ohne Verärgerung vorgetragen, obwohl die Mutter gerade mit den vielen Wechseln enorme Schwierigkeiten hatte. Der Pflegedienst und später das Heim ermöglichen Frau I. und der Familie die Vereinbarung mit anderen Tätigkeitsbereichen. Allerdings reichte die Wirkung in diesem Arrangement kaum über die zeitliche Entlastung hinaus, da es nicht möglich war Verantwortung an den Pflegedienst abzugeben. „Aber immer wenn irgendwo was nicht war. Wenn die irgendwo die Tabletten hingelegt haben und ich das festgestellt habe, war ich am Telefon und hab gesagt: ‚Das geht nicht. Sie wissen, dass sie das vergisst. Das muss kontrolliert werden, dass sie die einnimmt. Nicht einfach hingehen, hinlegen. Und das war´s. Sie übersieht das. Sie weiß es dann nicht mehr. Das kann es nicht sein. Also das muss man schon machen‘. Das war zusätzliche Arbeit. Aber ja“ (I_9: 800-805).

Der Rückgriff auf professionelle Hilfe wird durch die gute finanzielle Situation der Mutter und der Familie ermöglicht. Die Familie wird nicht durch engen finanzielle Spielräumen zusätzlich belastet. Professionelle Leistungen können bereit gestellt werden, auch wenn die Mutter sie letztlich nicht oder kaum nutzt. Selbst die kostenspielige Heimunterbringung kann vom laufenden Einkommen der Mutter bestritten werden. Zuletzt hat noch die Arbeitsstelle von Frau I. als Lehrerin einen wichtigen Vorzug: Frau I. kann ihre Arbeitszeit außerhalb der Schulstunden flexibler einteilen, was ihr die zeitliche Vereinbarkeit mit der Pflege erheblich erleichtert.

8.6 Frau Kremer

„Sie kriegte starke Herzmedikamente und so. Bis ich denn mal mit ihr, hab ne Freundin die ist Ärztin da im Krankenhaus, hab ich gesagt, schieb sie doch mal in die Röhre. Was man bei alten Leuten.. würde mir der Hausarzt nie machen. ‚Ich will mal wissen, was mit ihrem Herz jetzt ist‘. – ‚Überhaupt nix.‘ - Seitdem nimmt sie kein einziges Herzmedikament. Und es geht ihr VIEL besser. Also da gibt's eben auch einen Haufen... Also wenn die Pflegenden nicht wirklich sehr SEHR aufmerksam sind... Meine Mutter wär' schon längst tot. Also davon bin ich fest überzeugt. (I_11: 210-219).

Übersicht über die familiale und haushälterische Situation

Frau Kremer ist 57 Jahre alt. Sie ist verheiratet und hat zwei Söhne im Alter von 21 und 28 Jahren. Beide Söhne leben in eigenen Haushalten. Der Jüngere ist zum Studium vor einem Jahr nach Westdeutschland gezogen, der Ältere lebt in Berlin. Frau Kremer und ihr Mann bewohnen eine Drei-Zimmer-Wohnung in einem östlichen Stadtteil Berlins. Auch vor der Wende lebte die Familie in Ost-Berlin. Frau K. und ihr Mann hatten damals beide eine erfolgreiche Karriere in der akademischen Laufbahn verfolgt. Doch das Akademikerpaar zählt in beruflicher Hinsicht zu den Verlierern der Wende. Zwar haben beide habilitiert, es gelang ihnen aber nicht, nach der Wiedervereinigung eine Professur zu erhalten. Für eine Berufung sind sie heute zu alt. Frau K.'s beruflicher Weg nach der Wende weist Schlanglinien und Sackgassen auf. Zwar hatte sie noch zwei Gastprofessuren im Ausland inne, doch hier in Deutschland wechselten sich Phasen der Arbeitslosigkeit und Tätigkeiten im Rahmen von ABM und SAM mit der zeitlich begrenzten Mitarbeit in Forschungsprojekten ab. Zur Zeit ist sie arbeitslos. Sie gibt gelegentlich Privatstunden und hat einen Lehrauftrag an einer Berliner Universität über zwei Seminarstunden die Woche. Ihr Mann ist zur Zeit durch mehrere Lehraufträge an verschiedenen Universitäten beschäftigt. Da ihm kein Arbeitsplatz eingerichtet werden konnte, arbeitet er in der Wohnung des Ehepaars. Die beruflichen Unsicherheiten wirken sich gravierend auf das Haushaltseinkommen aus. Zur Zeit muss das Ehepaar mit einem Einkommen von 1200 Euro netto wirtschaften. Frau K. erzählt, dass dies ein Tiefpunkt ihrer schwankenden Einkommenssituation sei. Gelegentlich kommen sie bis auf das 3fache des momentanen Einkommens. Frau K. wirkt überraschend ruhig, wenn sie den beruflichen Problemen redet. Verzweiflung wird nicht deutlich, dennoch ist zu spüren, dass die berufliche und finanzielle Situation für den Haushalt enorm belastend ist.

Auch die Mutter von Frau Kremer verfügt über ein hohes Bildungsniveau. Sie hat in der Weimarer Republik ihr Abitur gemacht und ist Diplom-Volkswirtin. Bis zu ihrem 67. Lebensjahr arbeitete sie als Buchhalterin, die letzten zwei Jahre Teilzeit. Der Übertritt in den Ruhestand war durch einen Fahrradunfall zwangsläufig, bei dem sie einen Wirbelsäulenbruch davon trug. Seit diesem Vorfall im Jahre 1977 erhält sie regelmäßig Unterstützung von Frau K. und den anderen Familienmitgliedern. In den folgenden Jahren sind viele Erkrankungen hinzugetreten. Daneben ist die 94-jährige durch eine alterstypische Schwächung des Körpers und ihrer geistigen Fähigkeiten in ihrem Alltag eingeschränkt.

Die Mutter hat insgesamt drei Kinder. Der Bruder von Frau K. ist 56 Jahre und lebt ebenfalls in Berlin. Die 54jährige Schwester ist im Zuge ihrer Heirat nach Westdeutschland gegangen. Die Ehe der Mutter wurde im Jahr 1965 geschieden. Mit dem geschiedenen Mann und Vater hat die Familie heute kaum Kontakt. Die Beziehungen zwischen den anderen Familienmitgliedern sind sehr unterschiedlich. Die Geschwister haben untereinander kein gutes Verhältnis. Besonders ihrem Ärger über den Bruder macht Frau K. im weiteren Gesprächsverlauf immer wieder Luft, indem sie ihn als „egoistisch“, „rücksichtslos“ und „geizig“ bezeichnet. Seine Umgangsweise mit der Mutter empört sie sehr. Frau K. beklagt sich über finanzielle Ausbeutung der Mutter und fehlendes Verantwortungsbewusstsein gegenüber ihrer Hilfebedürftigkeit. Frau K. betont mehrmals, dass sie und die Mutter sich emotional besonders nahe stehen. „Und wir lieben uns auch gegenseitig sehr. (I_11: 108-109). Die beiden Frauen haben auch auf intellektueller Ebene einen guten und intensiven Austausch, führen sehr anregende Gespräche über Literatur, Kunst und Theater oder das politische Geschehen.

Entwicklung der Pflege und Versorgungssituation

Nach dem Unfall übernahm Frau K. zunächst regelmäßig die wöchentliche Wohnungsreinigung bei der Mutter. Auch sonst ging sie ihr im Haushalt zur Hand, erledigte Einkäufe und kümmerte sich um die ärztliche Versorgung. Doch die zusätzliche zeitliche Belastung – die einfache Fahrt zur Wohnung der Mutter dauerte schon eine Stunde – ist für Frau K. kaum zu bewältigen. Sie muss diese zwischen der Erwerbstätigkeit und Betreuung ihres ersten Sohnes, der damals noch im Kleinkindalter war unterbringen. Sie kann die Mutter überzeugen, eine Haushaltshilfe für die Wohnungsreinigung zu engagieren. Auch der Bruder oder die Schwester unterstützen die Mutter im Haushalt, insbesondere wenn Frau K. nicht in Berlin ist.

Von diesen ersten Jahren kann kein klares Bild gezeichnet werden, da dies die veranschlagte Zeit für das Interview gesprengt hätte. Die Mutter ist in der ersten Phase noch recht eigenständig. Sie pflegt ein großes Freundschaftsnetzwerk, geht kulturellen Aktivitäten nach und kann leichte praktische Haushaltsarbeiten alleine erledigen. Im Laufe der Zeit ist sie aber durch verschiedene Erkrankungen verstärkt beeinträchtigt, die zu Zeiten eine intensive Versorgung und Begleitung der Mutter erfordern. Frau K. ist immer erste Ansprechpartnerin der Mutter. Die Beratung und Begleitung weicht im Laufe immer mehr einer eigenständigen Verantwortungsübernahme zur Sicherstellung der häuslicher und medizinischen Bedarfe der Mutter. Sie koordiniert auch die Mithilfe

und medizinischen Bedarfe der Mutter. Sie koordiniert auch die Mithilfe der Geschwister, übernimmt die meisten anfallenden Aufgaben allerdings selbst. Frau K. versuchte die Mutter zu überreden, in die Nähe ihrer Wohnung umzuziehen. Doch die Mutter wollte ihr dortiges soziales Umfeld nicht aufgeben.

Als die Mutter im Jahr 2001 einen zweiten schweren Wirbelsäulenbruch erleidet, stimmt sie dem Umzug zu. Das Ehepaar bietet der Mutter an, in ihrer Wohnung mit einzuziehen. Aber die Mutter möchte durch die Aufrechterhaltung eines eigenen Haushalts ihre Selbstständigkeit bewahren. Frau K. mietet eine Drei-Zimmer-Wohnung – eigentlich zu groß für eine Person, aber eine kleinere Wohnung konnte sie in der Kürze nicht finden. Frau K. beantragt Pflegegeld für ihre Mutter. „Wegen der Miete. Weil die Miete hier so teuer ist. Sonst wäre sie mit ihrem Geld nicht ausgekommen. Und das Geld hat auch Mutti. Das kriegt niemand von uns. (I_11: 622-625). Sie selbst nimmt kein Geld von der Mutter. Im Gegenteil gab sie in Zeiten, in denen sie ausreichend verdient, der Mutter kleine finanzielle Zuschüsse zur Haushaltskasse. Hinter dem im Zitat erwähnte „uns“ steckt eine Anspielung darauf, dass die Mutter häufig Geldgeschenke an den Bruder von Frau K. und ihre zahlreichen Enkel gibt – manchmal eben auch so viel, dass für sie selbst nicht mehr genug übrig ist.

Die Mutter musste in der Zeit nach dem zweiten Unfall noch im Bett liegen. Frau K. konnte die Betreuung nicht alleine übernehmen, da sie eine Halbtagsstelle hatte. „Und da ist Matthias [der jüngste Sohn] auf die Idee gekommen, er zieht zu Oma. Sie hat ja drei Zimmer, ne. Und kann er sich um sie kümmern. Und vor allen Dingen er hat seine Ruhe. (I_11: 348-351). Der Auszug des Sohnes löst nicht nur das Betreuungsproblem, er wirkt auch entlastend für die angespannte Atmosphäre im Haushalt von Frau K., die durch zahlreiche Auseinandersetzungen zwischen Sohn und Vater in den Monaten zuvor eingekehrt war. Frau K. findet über die Empfehlung einer Bekannten eine neue Haushaltshilfe, Frau Berthold, für die wöchentliche Wohnungsreinigung bei der Mutter. „Und übernimmt weitere Betreuung. Einkaufen. Oder fährt Mutti mal mit dem Auto, was weiß ich, ins Grüne statt zu putzen. Meiner Mutter ist das ins Grüne fahren wichtiger als das Putzen. Und wenn sie eben will, dann fährt sie sie eben ins Grüne. Das kann sie denn auch machen wie sie will. Das machen die beiden Frauen auch. (I_11: 263-269). Frau Berthold wird für die beiden Frauen mehr als „nur“ eine Putzfrau. Frau K. bezeichnet sie als eine „gute Bekannte“.

Als der Sohn nach seinem Abitur Berlin verlässt, zeigt sich, dass die Mutter Angst hat, alleine in der Wohnung zu bleiben. Häufiger schaltet sich dann der ältere Sohn mit ein.

„Oder wenn's ihr schlecht ging, hab ich sie auch mal hergeholt. Aber sie will in ihrem Bett schlafen, was ich verstehe. Und oder ich hab auch mal bei ihr geschlafen. (I_11: 373-375). Während eines vierwöchigen Urlaubs beauftragt Frau K. einen Pflegedienst. „Aber die haben so wenig Zeit. Die huschen da durch. Auch wenn die Personen nett sind. Aber das hat uns nicht gefallen. (I_11: 234-236). Seither hat sie kein Interesse mehr an einem ambulanten Pflegedienst. Eine „Hierarchie“ der Ersatz-Hilfepersonen hat sich etabliert. Wenn Frau K. auf Reisen ist, übernimmt zuerst der ältere Sohn ihre Aufgaben. Wenn auch dieser verhindert ist, springt Frau Berthold ein. Obwohl Frau Berthold für ihre Tätigkeiten bezahlt wird, verschwimmen die Grenzen zwischen einem Arbeitsverhältnis und einer unbezahlten Mitarbeit. „Sie hat zu mir gesagt, wenn Sie kein Geld haben.. Sie weiß ja, dass ich immer viel arbeitslos bin und so.. dann würde sie das auch umsonst machen. Die ist jetzt 65 und eine ganz reizende Frau. (I_11: 246-249). Eine wichtige Unterstützung ist ihr Ehemann, insbesondere da sie immer wieder wenn kurzfristig Hilfe nötig ist, auf ihn zurückgreifen kann. Trotz der Erleichterung durch andere empfindet sie diese Phase als sehr anstrengend und unterstreicht ihren provisorischen Charakter. Dazu kommen ihre schwankenden zeitlichen Kapazitäten. In Wochen intensiver Arbeit hat sie kaum mehr freie Zeit für sich.

Die zeitliche Situation wird entlastet, als der Bruder eine Arbeitsstelle in der Nähe der Wohnung der Mutter findet. Er besucht die Mutter wieder mehrmals die Woche und richtet sich in der Wohnung ein Zimmer ein. Schließlich hat der Bruder aktuell beschlossen, bei der Mutter einzuziehen. Frau K. ist unzufrieden mit dieser Situation. Sie erzählt von „Belagerungen“ der Wohnung durch Frauenbekanntschaften des Bruders. Die Mutter beschwert sich bei Frau K., traut sich aber nicht, den Bruder darauf anzusprechen. Frau K. beklagt seine fehlende Aufmerksamkeit gegenüber den Bedürfnissen und Einschränkungen der Mutter. „Mein Bruder der kriegt das überhaupt nicht mit“ (I_11: 204-205). Sie selbst habe gelernt, die Mutter zu beobachten. Es ist ihr wichtig, sich auf verschiedene Kompetenzen, gerade auch „tageweise“ Stimmungen und Hilfebedarfe einzustellen und so für das Wohlbefinden der Mutter zu sorgen. Auch bei der alltäglichen Haushaltsführung ist der Bruder wenig entlastend. „Also, er kommt mittags nach Hause, er muss ja auch Essen. [...] In der Regel ist es so: Sonnabends fährt er einkaufen für ihren Haushalt dort. Von ihrem Geld natürlich. Und in der Woche: Mutti geht auch einkaufen. Gestern zum Beispiel. Sie brauchte Geld. Dann geh ich mit ihr hin, holte Geld. Dann musste ich aber, weil ich Seminar hatte weg. Dann ist mein Mann, weil der zu Hause war, einkaufen gegangen. Damit sie heute für meinen Bruder kochen kann. So funktioniert das. Aber sie hat denn ne Aufgabe. Und sie ist nicht alleine. Sie hat dann eine Aufgabe“ (I_11: 307-317).

Frau K. geht aktuell „in normalen Zeiten“, also, wenn kein ihrer Erkrankungen akut ist, in der Regel jeden Tag zur Mutter. Sie schätzt die Zeit, die sie für ihre Mutter verwendet, auf ca. 20 Stunden die Woche. Sicher ist diese Zahl schwierig festzulegen – doch scheint sie realistisch bei der Beschreibung der übernommenen Tätigkeiten. Es sind viele kleine und größere Aufgaben, die Frau K. übernimmt. „Wenn ich mitkriege, dass irgendwas ist, kümmer’ ich mich drum. (I_11: 418-419). Angefangen von Wohnungs- und Wäschepflege, Gebiss- und Brillenpflege, über Nahrungszubereitung und Einkäufe aller Art. Bis hin zur mittlerweile fast vollen Übernahme des Haushalts- und Pflegemanagements.

Das Zusammenspiel der Ressourcen

Wie in den anderen Fällen sind die Einschränkungen der pflegebedürftigen Person und der daraus resultierende *Hilfebedarf* auch bei der Mutter von Frau K. auf mehrere chronische Erkrankungen zurückzuführen. In diesem Fallbeispiel treten die typischen Anforderungen an Pflegende in dieser Situation besonders deutlich hervor. Die Pflegenden müssen den Umgang mit den komplexen Krankheitsbildern lernen. Hierzu ist zunächst ein hohes Maß an medizinisch-pflegerischem Wissen hilfreich. Auch wenn die Fähigkeiten von Frau K. aus dem Interview heraus nicht objektiv beurteilt werden können, gibt es dennoch einige Anzeichen, dass sie im Umgang mit den medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfen eine hohe *Alltagskompetenz* entwickelt hat. Frau K. erzählt, dass sie sich diese Kompetenzen aktiv aneignen musste. Durch das Lesen von Fachinformationen und in vielen Gesprächen mit Ärzten und Bekannten und nicht zuletzt durch die aufmerksame Beobachtung der Verhaltensweisen der Mutter kann sie auf mittlerweile auf eine gute Wissensbasis zurückgreifen. Sie erzählt von einer Reihe von Schwierigkeiten mit Ärzten, die eingangs zitierte Fehlmedikation aufgrund eines vermeintlichen Herzfehlers ist nur ein Beispiel von mehreren negativen Vorkommnissen. Dabei tritt sie selbstbewusst und engagiert bei Ärzten auf, und hat sich mittlerweile zur Prämisse gemacht, möglichst viele Meinungen einzuholen, um sich Gewissheit zu verschaffen. Ihr hohes Bildungsniveau und intellektuellen Fähigkeiten kommen ihr in dieser Situation sicher entgegen. Sie hat ein hohes Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Mutter entwickelt. Dies wird deutlich, wenn Frau K. von vielen kleinen Vorfällen und Unsicherheiten der Mutter redet. Fast zärtlich erzählt sie von dieser Frau, ihr psychologisches Verständnis für die Situation der alten Dame wird dabei deutlich.

Eine weitere Anforderung an die Unterstützung von pflegebedürftigen mit multimorbiden Krankheitsbild wird im Interview deutlich: Hilfebedarfe sind wenig planbar und der flexible Rückgriff auf Helfende ist häufig erforderlich. Jede Erkrankung wird zu Zeiten dominant und erfordert eine intensive Betreuung. Doch das bürokratische Pflegesystem greift hier nicht. Die Pflegeversicherung gewährt nur Leistungen bei Beeinträchtigungen, die länger als 6 Monate andauern. Vielleicht hätte Frau K. bei den vielen mehrwöchigen Betreuungsphasen Hilfe von der Krankenkasse bekommen. Doch die Anstrengungen, die nötig sind, um im Bürokratismus der Systeme Unterstützung zu bekommen sind ihr leid.

Der Kontakt mit dem Pflegesystem beschränkt sich auf die halbjährlichen Besuche des MDK. Frau K. findet diese Besuche „voll daneben“. „Da hab ich ÜBERHAUP KEIN Vertrauen. Und NUR schlechte Erfahrung. Also wenn ich mir vorstelle, ich wäre in meinem Leben mal auf so was angewiesen, das wär’ für mich wirklich dramatisch“ (I_11: 685-688). Die beratende Funktion dieser Besuche kann sie nicht erkennen. Sie lehnt heute Hilfen aus dem professionellen Sektor generell ab. „Wir nutzen unsere Möglichkeiten nicht. Weder finanziell noch wahrscheinlich sonst. Aber ich hab erstens nicht so viel Zeit da jemand zu finden, der Zeit für mich hätte. Und hätte ich Zeit, dann wüsste ich nicht was die mir erzählen wollten, was ich nicht inzwischen schon weiß“ (I_11: 574-578). Soweit möglich, versucht sie „offizielle“ Stellen zu umgehen. Zum Ausgleich hat sie sich ein selbst ein privates Netzwerk von BeraterInnen und praktischen Mithilfen aufgebaut.

Die aktuelle *zeitliche Situation* von Frau K. ermöglicht ein flexibles Einstellen auf die Mutter. Allerdings ist das Ziel von Frau K. ein neues Beschäftigungsverhältnis zu finden. In der Vergangenheit konnte sie die Pflege und den Beruf mit Hilfe des weiteren familialen Unterstützungsnetzwerk vereinbaren. Allerdings darf man sich nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch die Verfügbarkeit der anderen durch prekäre Arbeitsmarkteteiligung oder Phasen von Studium und Schulausbildung möglich wurde. In diesem Beispiel wird deutlich, wie differenziert die Hilfen im *familialen Unterstützungsnetzwerk* betrachtet werden müssen. Der Ehemann tritt als Gehilfe auf, der äußerst spontan aktiviert werden kann. Gelegentlich übernimmt er eigene „Kompetenzbereiche“ wie die Versorgung des Grauen Stars. Auch der Umzug des Sohnes verdeutlicht, dass in diesem Fallbeispiel Personen aus dem eigenen am flexibelsten zur Verfügung stehen. Die Schwester von Frau K. dagegen hat in den letzten Jahren seit dem Umzug der Mutter kaum eine Rolle gespielt – nicht zuletzt wohl aufgrund ihres entfernten Wohnortes. Die verstärkte Beteiligung des Bruders an der Betreuung der Mutter wirkt zwar zeitlich entlastend für die anderen Hilfspersonen, doch bleiben viele Aufgaben weiterhin an Frau K. hängen. Während die anderen Famili-

enmitglieder zur Bewältigung der Pflegesituation, gerade auch einem *psycho-sozialen Wohlbefinden* in dieser Situation beitragen, bereitet ihr der Umzug des Bruders große Sorgen. Der nähere Kontakt mit ihm ist für sie und die Mutter schwierig und anstrengend, er wirkt eher belastend als entlastend.

Obwohl Frau K. bevorzugt, ihr Unterstützungsnetzwerk aus privaten Kontakten aufzubauen, geht dies keineswegs mit dem Ziel einher, der Mutter ein „privates Alter“ zu ermöglichen. Sie spricht offen an, dass eine gute Versorgung über die Einbindung in ihrem Fall nicht möglich ist, da die *finanziellen Mittel* hierzu nicht ausreichen. Hätte der Haushalt größere finanzielle Spielräume, so würden sie gerne geeignete institutionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Die Mutter hat den Wunsch in ein Heim zu ziehen, in dem auch Bekannte leben. Doch mit 1400 Euro Rente könnte die Mutter nur etwa die Hälfte der monatlichen Kosten decken. Frau K.'s Erfahrungen sind deutlich: „Entweder sie haben genug Geld oder sie haben Familie. Oder sie können verzichten“ (I_11: 700-701).

8.7 Frau Naumann

„NUR NICHT nachdenken. Man versucht sich ja da irgendwie vorzubereiten, was noch auf einen zukommt... . Aber. Mal ist einem hundsmiserabel zu Mute. Mal kann man auch nicht mehr. Mal schnauzt man die Eltern an, weil man einfach überfordert ist. Dann nimmt man sie wieder in den Arm, sagt ‚Tut mir leid. Ich meins nicht so‘. Doch natürlich in dem Moment hab ich's so gemeint. Aber ehm weil man überfordert ist. (I_14: 542-549)

Überblick über die familiäre und haushälterische Situation

Gleich drei Mal verlegte Frau N. im Vorfeld den Interviewtermin. Sie entschuldigte sich, dass sie sich nicht wohl fühle oder etwas dazwischen gekommen sei. Kein Einzelfall, wie die 47-jährige mir berichtet. „Ich versuche mittlerweile, möglichst keine Termine mehr zu machen.“ Nach anfänglich nur zögerlichem Gespräch kommt sie ins Erzählen. Sie berichtet von der schwierigen Situation in der sie sich als Pflegende befindet.

Frau N. ist die Einzige der in dieser Arbeit beschriebenen Pflegenden, die sich um zwei hilfebedürftige Personen kümmert. Seit nunmehr drei Jahren betreut sie ihre Eltern. Das Elternpaar lebt in 20 Minuten Entfernung in der Wohnung, in der Frau N. und ihr Bruder aufgewachsen sind. Der Bruder starb vor 10 Jahren. Er hinterließ eine Frau und zwei Kinder, zu denen die Familie von Frau N. noch regelmäßig Kontakt hat. Weitere Verwandte erwähnt Frau N. nicht.

Sie habe zu ihren Eltern immer ein gutes und intensives Verhältnis gehabt „Zwar gehen sie einem auch mal auf den Senkel oder so.... Aber das gehört wohl dazu.“ (I_14: 73-76). Der Vater ist heute 89 Jahre, die Mutter 86 Jahre. Der Vater wurde mit 63 Jahren, als er seinen ersten Herzinfarkt hat, von seiner Stelle als Gymnasiallehrer pensioniert. Mittlerweile hat er drei Herzinfarkte hinter sich. Frau N. erzählt aufgewühlt von zahlreichen Thromboseanfällen und starken Wassereinlagerungen durch Medikamente gegen die Durchblutungsstörungen. Der Mann muss aufgrund dieser Leiden mehrmals jährlich ins Krankenhaus gebracht werden. Seit einem Schlaganfall vor sechs Monaten braucht er Unterstützung beim Anziehen, Waschen und beim Essen. Zudem zeige er eine beginnende Demenz, die in seinem Fall durch die mangelhafte Durchblutung des Gehirns entstehe. Die Mutter hat Probleme mit einer Arthrose im Knie, die sie in ihrer Mobilität stark einschränkt.

Ihr „früheres Leben“, wie Frau N. die Zeit bis vor einem Jahr nennt, war gekennzeichnet von vielerlei Aktivitäten, für die heute kein Platz mehr ist. Nach dem Fachabitur arbeitete sie 20 Jahre als Finanzbeamtin. Neben ihrer Arbeit beginnt sie eine Ausbildung zur Heilpraktikerin. Sie kündigt die Stelle beim Finanzamt im Jahr 1995 und bereitet sich auf die Heilpraktikerprüfung vor. Nach dem Abschluss arbeitet sie als selbstständige Körpertherapeutin. Nachdem ihr nach zwei Jahren die Etablierung ihrer Praxis nicht gelungen ist, sucht sie eine neue Arbeit. Sie übernimmt verschiedene Jobs und beginnt 2001 als Aushilfe in einem Restaurant. Sie schafft es - dank ihrer verwalterischen und steuerlichen Fachkenntnisse - sich innerhalb eines halben Jahres bis zur Geschäftsführerin hochzuarbeiten. Vor einem Jahr hat sie die Stelle aufgeben, da sie die Betreuung der Eltern und den arbeitsintensiven Job zeitlich nicht vereinbaren konnte. Seither kümmert sie sich intensiv um die Eltern, die sie zusätzlich zu den 200 Euro Pflegegeld aus Stufe Eins mit 500 Euro finanziell unterstützen.

Zusätzliche aber unregelmäßige Einkünfte erzielt sie seit einigen Jahren zudem durch eine freiberufliche Tätigkeit. Sie leistet die Öffentlichkeitsarbeit für ein paar befreundete KünstlerInnen. Diese Tätigkeit mache ihr viel Spaß. Im Kontakt mit der Presse, Vorbereitung von Empfängen kann sie ihre organisatorischen Fähigkeiten voll ausleben. Um ein ausreichendes Einkommen zu haben, lässt sie sich heute 300 Euro monatlich aus einer privaten Rentenversicherung ausbezahlen. In ihrem Privatleben ist ihr ein großer Freundeskreis immens wichtig. Partnerschaften spielten die letzten Jahre dagegen keine Rolle „Also ich bin Single. Überzeugter Single“ (I_14: 11).

Entwicklung der Versorgungs- und Pflegesituation

Auch Frau N. ist anfangs langsam in die Rolle der Pflegenden gerutscht. Die ersten Jahre kümmern sich die Eltern hauptsächlich gegenseitig. Gelegentlich, wenn eine Erkrankung akut wird, schaltet sich die Tochter ein. Zu einer Zeit vor ca. drei Jahren fühlt sich die Mutter zunehmend im Alltag mit dem hilfebedürftigen Ehemann überfordert. Ursache ist nicht nur ihre eigene körperliche Einschränkung durch die Arthrose, vielmehr fühlt sie sich psychisch überfordert. „Weil sie sieht, der einst so stolze Mann wird ein körperliches wie seelisches Wrack in ihren Augen, das immer mehr abbaut“ (I_11: 582-584). Frau N. schaltet sich mehrmals die Woche im Haushalt ein. Wichtig seien gerade die gemeinsamen Gespräche und das gemeinsame Abendessen gewesen. Sie entlastet die Mutter aber auch vermehrt im Haushalt, erledigt Einkäufe, begleitet die Eltern zu allen Arztterminen und übernimmt die Kommunikation mit Ärzten und „das Büro“, wie sie das Haushaltsmanagement nennt. Zwei Jahre arbeitete sie noch als Geschäftsführerin in dem Restaurant. Doch sie kann die Betreuung der Eltern und die Arbeit nicht mehr vereinbaren. Der Mutter fallen nun auch Haushaltsarbeiten wie die Wohnungs- und Wäschepflege sehr schwer. Der Vater erleidet immer häufiger Kreislaufzusammenbrüche oder es ist wieder ein Streit, bei dem die Tochter schlichten soll. Frau N. bekommt Probleme mit ihrem Chef, da sie häufiger während der Arbeitszeit zu ihren Eltern geht um zu helfen. Auf der anderen Seite beklagt die Mutter, dass die Tochter sie vernachlässige. Frau N. kann ihre Stelle nicht mehr halten.

Sie schaut nun täglich bei den Eltern nach dem Rechten, übernimmt die Haushaltsführung fast komplett. Lediglich die Nahrungszubereitung übernimmt die Mutter weitgehend ohne Hilfestellung. Die Mutter will die Tochter immer weniger los lassen. Sie halte es nicht mehr alleine mit ihrem Mann aus. Das Ehepaar streitet unentwegt, Frau N. steht als Puffer dazwischen. „Ich denke immer es kann nicht wahr sein, meine Eltern kennen sich 73 Jahre – und die Missverständnisse sind SO gravierend“ (I_14: 101-103). Auch Frau N. selbst wird von der Mutter häufig kritisiert. So ist sie unzufrieden mit der Hilfestellung der Tochter. Frau N. erzählt von Vorwürfen. „„Wir verdrecken' – ‚Hä?!' – ‚Du hast so lange nicht Staub gesaugt. Du hast lang nicht die Wohnung geputzt““ (I_14: 464-465). Frau N. besteht darauf, dass die wöchentliche Reinigung ausreichend ist.

Frau N. fragt nur vorsichtig, ob die Mutter weitere Hilfspersonen einspannen will. Doch die Mutter lehnt eine Haushaltshilfe ab. Auch das Angebot der Nachbarin, gelegentlich Einkäufe zu übernehmen will sie nicht wahrnehmen. „Das macht meine Tochter“ (I_14: 316). Sie braucht lange, bis sie ihre Mutter überzeugen kann, einen Antrag bei der Pflegeversicherung zu stellen. Die Mutter wehrte sich dagegen, da sie keine Almosen bräuchten,

wie sie sagt. Frau N. schaltet mehrere Bekannte der Eltern mit der Bitte ein, die Mutter zu überzeugen dass es klug ist, einen Antrag zu stellen. „Und die haben gesagt: ‚Ihr müsst da nicht nur an Euch denken, sondern vielleicht auch mal an eure Tochter denken.“ (I_14: 343-345) Bei der Begutachtung wird dem Vater Pflegestufe Eins anerkannt, der Antrag der Mutter wird abgelehnt. Als Frau N. dies erzählt macht sie ihrem Ärger auf die Mutter Luft. „Nur 15 Prozent haben gefehlt, aber SIE KANN JA ALLES. WASCHEN? Mach ich alleine, Einkaufen [...] He??! Ah ja??! Wunderbar! Gut Mama, gut Mama, topfrisch.“ (I_14: 315-318)

Seit dem Schlaganfall ihres Vaters vor fünf Monaten begann die Pflege im engeren Sinn. Die Tochter übernimmt komplett die Betreuung des Vaters. Die Mutter kommt mit der Situation nicht zurecht. Das Ehepaar reagiert aggressiv aufeinander. Die Mutter beschimpft den Mann, kann die Veränderung seiner Persönlichkeit nicht begreifen. Der Vater ist häufig nicht mehr ansprechbar. Er leidet unter starken Schmerzen und nervöser Unruhe. Einen festen Tages-Nachtzyklus habe er nicht mehr. Er entwickelt Ticks, beginnt sich die Augenbrauen auszureisen, wischt sich stetig über die Stirn. „,Da ist Kleister. Und den muss ich abmachen. Ihr seht das nicht. Für euch ist das unsichtbar. Ist aber““ (I_14: 808-810). Seit dieser Zeit ist die psychologische Situation im Haushalt der Eltern eskaliert.

Frau N. erzählt dass die ersten zwei Monate für sie am schlimmsten waren. „Ich war völlig, ich konnte überhaupt nicht mehr entspannen. Ich war völlig verkrampft. Ich wusste zwar alles: Sportverein und Fitness und da und hin... Ich wusste zwar alles, was man macht. Aber ich hatte dazu keine – wie sagt man – Motivation. Ich konnte mich nicht entspannen. [...] und dann bin ich zum Arzt gegangen. [...] EKG: Vegetatives Nervensystem völlig durcheinander. Schlaflose Nächte. [...] Ehm ich hab halt dann angefangen zu Essen. Und dann ging's dann mit Kopfschmerzen, Nackenschmerzen. Alles verspannt, verkrampft. [...] Der schulmedizinische Arzt, der wollte mir dann irgend so ein Hammermittel verschreiben. Zur Entspannung des vegetativen Nervensystems. Ich hab mir das durchgelesen. Hab ich gesagt: Das kann ich mir nicht erlauben. [...] Bin ich nicht mehr aufnahmefähig. Kann ich nicht machen.“

Auch heute treten die beschriebenen Symptome immer wieder auf. Frau N. arbeitet nun einmal in der Woche mit einer Körpertherapeutin zusammen. Für den wöchentlichen Sporttermin aber fehle ihr die Kraft.

Das Zusammenspiel der Ressourcen

Auffällig ist in diesem Fallbeispiel die *psycho-soziale Belastung* im Haushalt der Eltern. Die drei Familienmitglieder sind in der aktuellen Situation überfordert. In der Folge treten problematische Konflikte auf, die sich durch gegenseitige Schuldzuweisungen und Aggressionen zuspitzen. Der Haushalt kann nicht auf ein nachhaltig tragfähiges Pflegearrangement zurückgreifen, wie besonders durch die psycho-somatischen *Erkrankungen* von Frau N. deutlich wird. Auf dem Weg zu einer besseren Situation müsste Frau N. die Alltagskompetenz, für ihr eigenes Wohlbefinden zu sorgen stärker entwickeln. Dies ist in der aktuellen Situation schwierig, da Ambivalenzen deutlich werden: einerseits will sie den Eltern intensiv ihre Unterstützung zukommen lassen, andererseits leidet sie sehr unter der Selbstverständlichkeit, mit der die Mutter sie als pflegende Tochter verpflichtet und andere Hilfen ablehnt. Gelänge es, verstärkt Hilfe von Außenstehenden zu integrieren könnten hier negative Familiendynamiken vielleicht abgeschwächt werden. Dies gelingt zum Teil durch ein Unterstützungsnetzwerk von Bekannten, das Frau N. in Streitfällen mit den Eltern hinzuzieht. Die Bekannten haben eine Anwaltsfunktion für Frau N., unterstützen ihre Anliegen. Die Mutter nimmt die Ratschläge besser an. Trotz des Erfolgs dieses Verfahrens ist Frau N. verständlicherweise unglücklich über diese Umstände. Sie empfindet es als tiefe Verletzung ihrer eigenen Person, als sei sie „nichts Wert“. Es ist sicher schwierig, den Kreislauf psychologischer Schwierigkeiten zu unterbrechen.

Die Probleme im Pflegearrangement haben negative Folgewirkungen in anderen Lebensbereichen. Der Bruch mit einer engen Freundin belastet Frau N. zur Zeit sehr. Die Freundin konnte nicht akzeptieren, dass Frau N. nun keine Zeit mehr für den gemeinsamen Sporttermin hat. Der Konflikt mit der Berufstätigkeit hat gravierende Folgen für die *finanzielle Situation* von Frau N. Das Problem ist interessanterweise nicht die deutliche Einkommensminderung durch die Aufgabe der Berufstätigkeit. Frau N. versichert, sie brauche nicht mehr Geld als die 1000 Euro monatlich. Kritisch zu sehen ist vielmehr, dass sie sich in finanzielle Abhängigkeit von den Eltern bringt. Obwohl Frau N. in der Vergangenheit viel Flexibilität in der Stellenwahl gezeigt hat, wird ihre Situation auf dem Arbeitsmarkt nach langer Pause sicher schwieriger werden. Folge könnte eine prekären Rente oder sogar Altersarmut sein. Aktuell ist sie noch unsicher, wie es beruflich weitergehen soll. Das Stellenangebot eines Bekannten hat sie ausgeschlagen hat, da sie das nicht mit der Betreuung vereinbaren könne. Die fehlende zeitliche Planbarkeit der Hilfe und die Ablehnung der Mutter bezahlte Helferinnen macht dies zweifellos schwierig, vielleicht sogar unmöglich. Dabei ist die finanzielle Situation der Eltern günstig, sie ermöglicht auch, professionell

Hilfe hinzuzuziehen – durch das erneute Hinzuziehen des MDK hat die Familie sicher gute Chancen, höhere Leistungen aus der Pflegeversicherung zu bekommen. In der Problematik wird deutlich, dass hier das institutionelle Angebot an seine Grenzen stößt. Dies heißt nicht, dass der Haushalt „unfähig ist“ sich helfen zu lassen. Einfache Zugangswege müssten erreichbar sein. Die Ablehnung der Mutter gegen Hilfe von Dritten ist vor dem Hintergrund der Problemlage des Haushalts allerdings kaum zu akzeptieren. Frau N. hat sicher eine Reihe von Alltagskompetenzen, die Pflege zu bewältigen, doch werden diese durch die fehlende Fähigkeit zur Selbstsorge überschattet. Ihre Prämisse „Nur nicht Nachdenken“ – mehrmals fügt sie den Satz ein - kann zum Irrtum werden, wenn sie dabei nicht frühzeitig ihre eigenen Grenzen festlegt und am Aufbau eines nachhaltig tragbaren Arrangements mitwirkt. Prinzipiell ist die Integration eines institutionellen Hilfenetzwerk im Pflegearrangement in einigen Bereichen möglich, der Haushalt muss selbst ausprobieren und entscheiden, was sinnreich ist. Knackpunkt ist vermutlich der Einstieg. Eine feste Ansprechperson, welche die Familie im gemeinsamen Gespräch begleitet, könnte in dieser Richtung vielleicht weiterhelfen.

9 Fallübergreifende Erkenntnisse aus den Interviews

Schon mit der recht kleinen Anzahl der in dieser Arbeit analysierten Interviews ist es möglich, eine Breite an Lebenssituationen, in denen Töchter eine Pflege leisten, einzufangen. Die Töchter sind zum Teil sehr unterschiedliche Wege in der Versorgung des Elternteils gegangen. Trotz dieser Unterschiede zwischen den Fällen geben sich einige ähnliche Bedingungen und Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Pflegearbeit zu erkennen. Diese Gemeinsamkeiten weisen auf eine über die individuelle Situation hinaus verallgemeinerbaren Erkenntniswert hin. Im Folgenden werden die Bedingungen des Ressourceneinsatzes aus der fallübergreifenden Perspektive dargestellt. Dabei werden zentrale Muster des Ressourceneinsatzes aufgezeigt und mit Ergebnissen aus anderen Studien in Beziehung gesetzt.

Es bestätigt sich, dass die *Motivation* zur Übernahme und Aufrechterhaltung der Pflegeverantwortung im wesentlichen in Familienbindungen in Form von Loyalität, Dankbarkeit oder Pflichtgefühl wurzelt (vgl. Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 131). Diese Motivation begründet eine generelle Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme in der Pflege- und Versorgungsorganisation, bestimmt aber keineswegs, in welchem Ausmaß die Töchter anfallende Tätigkeiten selbst leisten. Die persönliche Leistungsübernahme im spezifischen Pflege- und Versorgungsarrangements wird vielmehr maßgeblich durch die vorhandenen Ressourcen bestimmt. Im Kontext der Wertevorstellungen der Töchter und darüber hinaus ihres häuslichen und familialen Umfelds werden diese Ressourcen zur Sicherstellung der Versorgung und Pflege eingesetzt.

Die Töchter selbst haben verschiedene *Handlungsalternativen* zum gewählten Pflegearrangement durchaus abgewogen. In den Interviews wird deutlich, dass dieser Abwägprozess von den Frauen größtenteils sehr reflektiert geführt wurde und eine bedingungslos anmutende töchterlichen Pflicht zur Pflegeübernahme weniger bestimmend ist, als sie in der Literatur dargestellt wird. So spielen finanzielle Handlungsspielräume beispielsweise bei allen Arrangements eine bedeutende Rolle. Allerdings ist auffällig, dass für alle Befragten die persönliche Übernahme von Leistungen immer eine naheliegende Alternative erscheint. Dagegen geht der Fähigkeit, die eigene Leistungsübernahme durch ein entschiedenes „Nein“ zu begrenzen, in der Regel ein Lern- und Erfahrungsprozess in der praktischen Pflegeübernahme selbst voraus. Trotz teils sehr moderner Lebensentwürfe haben also scheinbar auch diese Frauen die geschlechtsspezifische Zuordnung internalisiert und

entsprechende Fähigkeiten, Verhaltensmuster und Einstellungen erlernt, die ihnen die Selbstdefinition als Sorgende nahe legt (vgl. Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 130).

Übereinstimmend mit Ergebnissen anderer Befragungen zeigt sich, dass für die Frauen insbesondere die *Anfangsphase* der Pflegeübernahme problematisch ist. Die Pflegenden fühlen sich hier häufig allein gelassen, sind verunsichert wie sie eine geeignete Pflegesituation ausgestalten und diese in ihr Leben integrieren können. Im Zuge der Umstellung entstehen verschiedene, vorher nicht absehbare Konflikte in der Familie, im Freundeskreis und im Beruf. Zusätzlich verursacht die ungewisse Zukunft erheblichen Stress (vgl. Wegener 1996: 379). Die Befragten berichten, dass nach dieser Anfangsphase meist eine Stabilisierung der Pflege- und weiteren Lebenssituation gelingt. Sie entwickeln ein gutes Maß an Sicherheit und Fertigkeit im Umgang mit der schwierigen Situation (Wegener 1996: 379). Allerdings wird Routine auch hier nicht wirklich entwickelt. Aufgrund des Wechsels von akuten und stabilen Phasen, allgemeiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes der gepflegten Person, Veränderungen im Unterstützungsnetzwerk oder Umstellungen in anderen Lebensbereichen der Pflegenden, wird auch nach Jahren der Pflegearbeit die Suche nach neuen Bewältigungswege immer wieder erforderlich.

Alle Pflegenden sind letztlich durch die Pflegearbeit in ihrem psychosozialen Wohlbefindens beeinträchtigt. Interessant ist, dass sich zumindest in den hier geführten Interviews ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Wohlbefinden der Pflegenden und ihrer *Beziehungsdefinition* gegenüber der gepflegten Person besteht. Eine positiv erlebte Beziehung (i.S. in den gegenseitigen Erwartungen geklärt; Liebe zur gepflegten Person; Gemeinsamkeiten) „trägt“ die Pflege besser durch Belastungen und Konflikte, wie besonders bei Frau H. und Frau K. deutlich wird (vgl. Wegener 1996: 38). Zwar können so nicht Phasen psychischer Überlastung verhindert werden, aber insbesondere bei der längerfristigen Verarbeitung und Bewertung der Pflegearbeit scheint die Pflegende diese mit positiveren Gefühlen und Einschätzungen belegen zu können. Wenn dagegen die Beziehung zu Beginn der Pflege nicht geklärt oder konfliktreich ist, scheinen alte Konflikte verstärkt zu werden und eine zusätzliche Belastung zu sein. Dies trifft insbesondere für die Situation von Frau Naumann, etwas weniger gravierend für Frau Irmhold zu. Wegener (1996) hebt ebenfalls eine positive Interaktion zwischen Beziehungsqualität zur gepflegten Person und Bewältigung der Pflegesituation hervor (ebd.: 38). In einer Befragung von knapp 2000 Hauptpflegerpersonen 1994/1995 im Rahmen einer Studie zur Situation von Pflegenden der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg dagegen, wurde das Verhältnis zur

pflegebedürftigen Person überraschend selten als eine Belastungsquelle angegeben (Gräbel 1996: 14f).

Die *zeitliche Belastung* häuslich Pflegenden erweist sich auch bei den hier untersuchten Fällen zum überwiegenden Teil als gravierend. Es bestätigt sich, dass bei der Beurteilung der zeitlichen Situation die subjektiv empfundene zeitliche Belastung einzubeziehen ist. Denn eine „Bereitschaftshaltung“ der Pflegenden bzw. die fehlende Planbarkeit von „Einsätzen“ in der häuslichen Pflege beeinträchtigt die Pflegenden in unterschiedlichem Ausmaß. Deutlich wird, dass eine gleichzeitige Erwerbsarbeit, insbesondere wenn diese annähernd einem Vollzeitjob entspricht, nicht oder nur mit immensen Schwierigkeiten zu bewältigen ist. Wird die Zeit knapp, so schränken die Pflegenden zuerst ihre persönlichen Zeit ein. Andere Alltagsverpflichtungen wie Haushalts- oder Familientätigkeiten werden nach einstimmiger Aussage der Pflegenden derweil im gewohnten Maß aufrechterhalten. Im Hinblick auf die zeitliche Situation der Pflegenden ist festzuhalten, dass eine grundlegende Voraussetzung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie des Erhalts an persönlicher Zeit für die Pflegenden die Mithilfe weiterer Personen im Pflegearrangement ist.

Die persönliche *finanzielle Situation* der Pflegenden ist wie erwartet dann kritisch zu sehen, wenn sie nicht über ein ausreichendes persönliches Einkommen aus Erwerbsarbeit oder erwerbsunabhängiges Einkommen verfügen. Pflegende sind häufig trotz ihres beachtlichen Arbeitsaufwandes in der häuslichen Pflege auf finanzielle Transfers innerhalb des Haushalts bzw. der weiteren Familie angewiesen. Frau D. und Frau N. erhalten explizit eine solche Unterstützung für ihre Pflegearbeit. Die anderen Frauen heben hervor, dass sie nicht bereit wären, Geld von der Gepflegten anzunehmen. Frau G. betont in diesem Zusammenhang, dass ihr das Pflegegeld aus der Pflegeversicherung ein wichtiger Ausgleich ist.

Auch wenn aufgrund der kleinen Fallzahl keine allgemeine Aussage zur Verwendung des *Pflegegelds* getroffen werden kann, ist dennoch interessant, dass bei den hier untersuchten Fällen das Pflegegeld tendenziell nicht bei den Pflegenden ankommt. Lediglich zwei Pflegende der sechs anspruchsberechtigten Haushalte erhielten zu irgendeinem Zeitpunkt des bestehenden Pflegeverhältnisses Pflegegeld. Die anderen vier lehnten es kategorisch ab, das Pflegegeld als persönliches Entgelt für die erbrachten Leistungen anzunehmen und/oder sehen das Geld als Möglichkeit, weitere finanzielle Aufwendungen die im Zuge

der Pflegebedürftigkeit anfallen damit zu begleichen. Bei den länger bestehenden häuslichen Pflegearrangements zeigt sich, dass die Pflegenden und ihre Familie Geld *und* Arbeitszeit auf hohem Niveau investieren.

Das *familiale Umfeld* präsentiert sich dort, wo weitere Familienmitglieder regelmäßig Hilfe leisten als entscheidende Ressource zur Bewältigung der häuslichen Pflege. Wenn Familienmitglieder neben der instrumentellen Mithilfe der Pflegenden emotional beiseite stehen, dann sind familiäre Netze im Grunde kaum zu ersetzen. Diese Erkenntnis ist übereinstimmend mit Unterstützungswünschen, die Pflegenden in der Befragung der Studie „Auswirkungen der Pflegeversicherung auf Familien und Haushalte“ nennen. 79,9 Prozent der Pflegenden betonen die Wichtigkeit familiärer Unterstützung.¹⁴ Somit steht die familiäre Unterstützung auf Rang Eins personeller Unterstützungswünsche.¹⁵ Sie ist insbesondere für die befragten Frauen zentraler Punkt, um die Pflege leisten zu können (Fuchs 1999b: 40). Allerdings kann das Mitwirken einzelner Familienmitglieder erhebliche Konflikte und Belastungen mit sich bringen (vgl. Gröning, Kunstmann & Rensing 2004: 135). Letztlich bestätigt sich, dass die Wirkung einzelner helfender Familienmitglieder sehr differenziert betrachtet werden muss. Die Annahme, jede/-r Mithelfende wirkt entlastend gilt in der Regel erst dann, wenn die Hilfe zuverlässig und eigenverantwortlich geleistet wird.

In der Literatur zur häuslichen Altenpflege wurde bisher wenig beachtet, dass die Möglichkeiten zur Unterstützung auch für die anderen Haushalts- und Familienmitglieder an Lebensphasen und Alltagsverpflichtungen geknüpft ist. Was dies bedeuten kann, wird insbesondere im familialen Unterstützungsnetzwerk um Frau K.'s Mutter anschaulich. Zu Beginn der Hilfebedürftigkeit der Mutter übernimmt Frau K. die Sorgearbeit für die Mutter neben der Betreuung der Söhne sowie ihren beruflichen Verpflichtungen. Eine gesicherte Kinderbetreuung – auf welche Frau K. zur damaligen Zeit in Ost-Berlin zurückgreifen kann, trägt wesentlich zur Koordination dieser drei Aufgaben bei. Später dreht sich die Rolle der Söhne weitgehend um und diese helfen bei der Betreuung der Mutter von Frau K.. Insbesondere der Einzug des jüngeren Sohnes in den Haushalt seiner Großmutter wird zu einer entscheidenden Entlastung für Frau K.. Als für den Sohn eine neue Lebensphase beginnt, in der er ein Studium beginnt und nach Westdeutschland zieht, wird das Unterstützungsnetzwerk um Frau K.'s Mutter „provisorisch“ umgebaut. Die Helfenden der mitt-

¹⁴ Mit vorschreitenden Alter der Befragten verliert die familiäre Unterstützung an Relevanz, da dann weniger Familienangehörige vorhanden sind (Fuchs 1999b: 40).

¹⁵ Daneben gab es in der vorgegebenen Liste drei weitere personelle Unterstützungsformen, nämlich die zeitweilige Entlastung, die praktische fachliche Unterstützung und die Beratung durch professionelle Pflegekräfte (Fuchs 1999b: 40).

leren Generation, der Ehemann, der Bruder und die Schwester von Frau K. stehen über all die Jahre, je nach ihrem Eingebundensein am Arbeitsmarkt zur Verfügung. Insgesamt wirkt das Unterstützungsnetzwerk trotz seines langjährigen Bestehens auf den ersten Blick „fragil“ und die Konstellationen annähernd zufällig. Erst ein tiefergehendes Verständnis zeigt, dass sein Funktionieren keinem glücklichen Zufall gleichkommt, sondern im Wesentlichen dadurch gesichert ist, dass Frau K. als Hauptverantwortliche in diesem Netzwerk immer wieder flexibel einspringt. Ihre Gestaltungsmöglichkeiten sind also aufs Engste mit den Biographien und institutionalen Mustern der anderen Familienmitglieder verflochten, deren Veränderungen mehrmals Veränderungen im Pflegearrangement einläuten (vgl. Krüger 2001).

In der Regel ist davon auszugehen, dass für eine stabile häusliche Pflegesituation der Einbezug alltagsbezogener *formeller HelferInnen* eine zentrale Voraussetzung ist. Dabei zeigt sich, dass es in gelungenen Arrangements nicht um eine Beteiligung von Familie *oder* professioneller Diensten geht. Die untersuchten Fälle geben Hinweise darauf, dass gerade ein Miteinander vielversprechend ist. Vorneweg sei darauf verwiesen, dass ein Einbezug fremder Personen in den Privathaushalt für die befragten Pflegenden prinzipiell nicht oder wenig problematisch ist.¹⁶ Allerdings fühlten sich die Pflegebedürftigen zum Teil durch eine fremde Person im Haushalt beeinträchtigt, was für Pflegenden, die eine Entlastung durch formelle Hilfspersonen wünschen, ein recht belastender Konflikt sein kann.

Zentrale Wirkung der ambulanten Pflegedienste ist eine zeitliche Entlastung. Lediglich Frau Holland betont eine darüber hinaus gehende Wirkung ihres aktuellen Pflegedienstes. Auffällig ist, dass dieser Pflegedienst sich auf die Versorgung dementer Personen spezialisiert hat und Frau H. auch bei anfallenden bürokratischen Tätigkeiten zur Seite steht. Leider scheint ein so hohes Engagement, wie es dieser Pflegedienst für die Erfüllung der Bedürfnisse seinen KundInnen entgegenbringt, eine Ausnahme. In den Berichten der Pflegenden dominieren prinzipiell ähnliche, schlechte Erfahrungen mit ambulanten Pflegediensten, beispielsweise Verspätungen des Personals, nur halb erledigte Aufgaben und fehlende Aufmerksamkeit gegenüber den Bedarfen der pflegebedürftigen Person (vgl. Frau I.; Frau H.). Solche Vorfälle aber machen den flexiblen Rückgriff auf die private Hauptpflegerperson im Pflegearrangement nötig und begrenzen die Entlastungspotentiale professioneller Pflegedienste.

¹⁶ Vielleicht tritt dieses Problem vermehrt im intimeren Beziehungssystem einer Partnerpflege auf, oder auch bei einer Pflege im eigenen Haushalt.

Eine Nicht-Inanspruchnahme und fehlendes Interesse am Ausbau weiterer Leistungen von ambulanten Pflegediensten gründen auf ähnlichen Motiven. Bestimmt werden diese einmal auf der Ebene der Interaktion. Die Pflegenden berichten von negativen persönlichen Erfahrungen mit professionell Pflegenden oder generell geringen Erwartungen an die Entlastungsmöglichkeiten durch den Einbezug ambulanter Pflegedienste. Daneben sind es scheinbar die hohen Kosten, die eine fehlende oder geringe Inanspruchnahme bedingen. Bei den Befragten sind die genannten Ursachen eines fehlenden Interesse an (weiteren) Dienstleistungen meist miteinander verknüpft: Prinzipiell besteht ein Interesse an formeller Unterstützung, doch die Kosten für formelle Dienstleistungen werden im Vergleich zur erlebten oder erwarteten Wirkung als unverhältnismäßig hoch empfunden. Gerade in diesem Fall ist es schließlich aus Sicht der Pflegenden durchaus eine Alternative, HelferInnen über den sog. grauen Markt zu engagieren. Nicht nur finanzielle Gründe sind hier zu nennen, vielmehr können diese HelferInnen häufig gut als feste Bezugspersonen im Arrangement integriert werden, was mit dem wechselnden Personal ambulanter Pflegedienste wesentlich schwieriger gelingt. Eine ähnliche kontinuierliche personelle Bezugs-Basis steht der Mutter von Frau Fell in der Alten-WG zur Verfügung und begründet Frau Fells Zufriedenheit mit dieser Versorgungsform im Wesentlichen mit.

Hinsichtlich der Bedeutung *sonstiger professioneller Hilfsangebote*, ist festzuhalten, dass insbesondere im Bereich der Information und Beratung den Befragten trotz z.T. hoher Eigenaktivität nicht annähernd alle Möglichkeiten bekannt waren. Zum Teil sind sie per Zufall und nicht auf Grundlage von systematischer Information auf eine Hilfestelle gestoßen. Die Befragten beklagen einstimmig eine - aus ihrer Sicht verständliche- Inkompetenz von Ärzten und eine Zergliederung des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems sowie bürokratischer Zuständigkeiten. Allerdings gibt es auch gelungene Hilfestellungen, wie am Beispiel der Pflegeüberleitung von Frau Fells Mutter deutlich wird. Eine Sozialarbeiterin hat die familiäre Situation richtig eingeschätzt, als sie den Anstoß für Beendigung der häuslichen Pflege und den Umzug in die Wohngemeinschaft initiiert.

Das *Pflegemanagement*, also die Organisation und Übernahme der Kontakten mit Institutionen die für die Versorgung der Gepflegten und Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege erledigt werden, wird von den Pflegenden als besonders „lästig“ erlebt. Auf das Problem der Schnittstellenkoordination, die sich zu eigenständigen Arbeitsbereich in der Alltagsversorgung entwickelt hat, wurde in der haushaltswissenschaftlichen Forschung mehrfach

hingewiesen. Thiele-Wittig hat hier das Stichwort der „neuen Hausarbeit“ geprägt (Thiele-Wittig 1996). Problematisch für die Befragten ist insbesondere ein ‚Dschungel‘ der Verordnungen und Behörden, beispielsweise durch die fehlende Transparenz der Zuständigkeiten von Kranken- und Pflegekasse bei einzelnen Leistungen. Einige Pflegende verzichten so indirekt z.T. auch direkt auf Ansprüche, da ihnen diese institutionellen Hürden zuwider sind. Darüber hinaus stehen Pflegende bei der Suche nach Unterstützung im institutionellen Umfeld vor einer widersprüchlichen Situation. Ein hoher zusätzlicher Arbeitseinsatz für das Sammeln von Informationen, den Aufbau von Kontakten und Abwägen, was ein geeignetes Vorgehen im individuellen Fall sein könnte anfällt, kann in akuten Belastungssituationen und komplexen Problemlagen kaum mehr geleistet werden.

Zuletzt soll die Frage nach Bedeutung der *Alltagskompetenzen* der Pflegenden gestellt werden. Vorneweg ist festzuhalten das alle Pflegenden in beachtlichem Ausmaß Kompetenzen zur Bewältigung der Pflegeaufgaben haben. Bei der Eigenaktivität zur Organisation der Versorgung und Pflege zeigen sich zwischen den Fällen Unterschiede. Obwohl keine allgemeinen Aussagen zum Zusammenhang von Bildung und Alltagskompetenzen getroffen werden können, gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang: es scheint, dass höher Gebildete ihre Vorstellungen und Wünsche gegenüber dem Arzte- und Pflegesystem selbstbewusster und vehementer vertreten. Daraus kann selbstverständlich nicht der Rückschluss getroffen werden, dass weniger Gebildete ein geringer ausgeprägtes Eigenengagement haben.

Tendenziell beinhaltet für alle Befragten die Rolle als Sorgende einen Verzicht eigener Bedürfnisse. Wenn es allerdings nicht gelingt, in einem Lernprozess einem übermäßigen Verzicht entgegenzusteuern, besteht die Gefahr einer dauerhaften Beeinträchtigung des psycho-sozialen Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit der Pflegenden und weiterführend eine Gefährdung der Gesundheit der Pflegenden. Es zeigt sich also auch in dieser Befragung, dass eine Schwächung der psycho-sozialen Ressourcen generell mit der Einschränkung der Alltagskompetenzen einhergeht. Eine hohe Eigeninitiative im Pflegemanagement und der Beachtung der Bedürfnisse der Gepflegten können häufig nicht mehr im gleichen Maße aufrechterhalten werden wie zu Zeiten psychisch-sozialen Wohlbefindens. Positiv für das Finden einer geeigneten Balance zwischen Fürsorge und Selbstsorge wirkt bei den Befragten die Aufrechterhaltung von Hobbies und Interessensgebieten sowie sozialer Kontakte jenseits der häuslichen Pflege. Insbesondere das familiäre Umfeld, dass die Pflegenden auf eigene Grenzen aufmerksam macht, kann hier eine wichtige Bedeutung haben.

Insgesamt zeigt sich, wie wichtig die gleichzeitige Verfügbarkeit der betrachteten Ressourcen ist. Jede Ressource wird für sich allein genommen, auch wenn sie im Überfluss im Haushalt vorhanden ist, kein Garant für die Etablierung eines gelungenen Arrangements sein kann. Erst die Gleichzeitigkeit verschiedener Ressourcen eröffnet Handlungsspielräume für das haushälterische Handeln innerhalb derer eine gute Pflege ausgelotet und aufgebaut werden kann. Schon der Mangel an einem Ressourcentyp aber zeigt weitreichende Spuren. Dabei sind es zumeist die knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen, die von den Töchtern viel Eigenleistung und Kreativität zur der Bewältigung der Situation abverlangen.

10 Verbesserung der Situation Pflegender: Pflege- und Familienpolitische Ansätze

In diesem letzten Kapitel werden allgemeine Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung und Erhalt lebensweltlicher Pflegeressourcen formuliert, die auf Basis der Literaturanalysen zur häuslichen Pflege und der durchgeführten eigenen Studie sinnvoll sind. Dabei kann nicht das gesamte Spektrum sinnvoller Handlungsansätze berücksichtigt werden, das auf Grundlage dieser Arbeit deutlich wird. Zwei wichtige Bereiche werden in der Kürze aufgegriffen, zunächst die Frage nach einer Verbesserung des professionellen Hilfsangebotssystem und schließlich die Familienpolitik.

10.1 Handlungsbedarf: professionelles Hilfsangebotssystem

Obwohl das formelle Hilfsangebotssystem in den letzten Jahren ausgebaut wurde, zeigten sich in dieser Arbeit einige Schwachstellen des Versorgungssystems. Zunächst fällt auf, dass sich das Hilfsangebotssystem für die Pflegenden als unübersichtlich präsentiert. Die Schaffung einer Transparenz im Gesamtsystem würde den Pflegenden schon in der Anfangsphase der Pflegeübernahme helfen, geeignete Wege der Versorgung zu erkennen und entwickeln zu können. Eine unabhängige, lokale Beratungsstelle könnte hier über die Angebotssituation vor Ort informieren. Da diese Stellen in vielen Kommunen eingerichtet ist, ist es häufig ausreichend, dass eine hinreichende Bekanntheit bei den Bürgern erreicht wird und Pflegende dorthin gleich zu Beginn des Hilfebedarfs geleitet werden.

Die Wichtigkeit einer guten Information darf nicht darüber hinweg täuschen, dass auch gut informierte Pflegende Orientierungsschwierigkeiten im Versorgungssystem haben. Der Kern des Problems liegt häufig darin, dass die Akteure aus dem medizinischen, verwalterischen, beraterischen und anderen relevanten Bereichen scheinbar unkoordiniert und voneinander unabhängig agieren. Eine gegenseitige Vernetzung und Kooperation auf Ebene der Einrichtungen, Berufsgruppen, Kostenträger und zuständigen Verwaltungen ist demnach dringend erforderlich (Garms-Homolová 2000: 494). Denn nicht haltbar ist die aktuelle Situation, in der die informell Pflegenden diese Vernetzung zusätzlich leisten, indem sie Informationen von Ärzten zu Pflegern, von Pflegern zu Kassen etc. übernehmen. Die komplizierten institutionellen Verknüpfungen aber sind für einen Laien und Außenstehenden kaum durchschaubar und daher wesentlich schwieriger zu bewältigen als sich dies für professionelle Personen darstellt. Hier scheint es sinnvoll im Rahmen eines Case-Management-System, also der einzelfallbezogenen Lotsenfunktion durch das

Versorgungssystem diese Vernetzung im konkreten Fall auf hohem Niveau zu forcieren (z.B. Ewers & Schaeffer 2000).

Darüber hinaus muss gelingen, neben einer geeigneten Versorgung für die pflegebedürftige Person Entlastungen, die sich direkt auf die Pflegenden und das informelle Netzwerk beziehen, in das Arrangement einzubauen. Zentral sind Entlastungen, die dauerhaft sowohl in zeitlicher, in personeller als auch in psychischer Hinsicht greifen. Eine alltagsbezogene Unterstützung zeigt sich hier immer wieder als zentraler Ansatzpunkt. Formelle Unterstützungsnetzwerke ist dann sinnvoll integriert, wenn sie die Potentiale der Pflegenden aufbauen und stärken. In der konkreten Praxis bedeutet diese „doppelte Personenorientierung“, also die Beachtung Pflegebedürftiger wie informell Pflegender, noch einmal mehr, dass professionelle Dienstleistungsangebote für und in privaten Haushalten nicht aufs Letzte standardisiert werden können, sondern in ihrer Alltagsnähe hochkomplex gestaltet und immer wieder unerwartet sind. Dies setzt hohe Anforderungen bezüglich der Flexibilität derjenigen, die sie übernehmen (Thiessen & Schweizer 1999).

Da die Notwendigkeit der Flexibilität und weiter gefasst der sozialen Kompetenzen im wissenschaftlichen Verständnis hauswirtschaftlicher, betreuerischer und pflegerischer Berufsbilder bereits entwickelt wurden, stellt sich die Frage, ob ein Scheitern der Professionalisierungsbemühungen in diesen Bereichen vorliegt. Die Nachfragemuster nach solchen Dienstleistungen scheinen dies zu bestätigen, wenn sie aufzeigen, dass die prekären Arbeitsverhältnisse im Privathaushalt heute in ungeahntem Ausmaß existierten und weiter ansteigen (Thiessen & Schweizer 1999). Scheinbar sind die Berührungspunkte zwischen informell Pflegenden und ungelernete Helferinnen kleiner, scheinbar haben Ungelernte weniger Probleme, in einer Arbeitswelt zu agieren, die zugleich Lebenswelt ist. Dies ist ein Irrtum, denn fachliches Beurteilungsvermögen und Handlungskompetenz sind auf allen Ebenen der Sicherstellung einer häuslichen Pflege nötig. Allerdings besteht in der Ausbildungspraxis immer noch Nachholbedarf in Sachen Lebensweltorientierung. So sind spezifische Anforderungen und Arbeitsbedingungen in Privathaushalten leider immer noch kein systematischer Bestandteil der Ausbildungscurricula von Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflege oder Hauswirtschaft (Zeman 1999: 382).

Die Entwicklung einer partiellen Deprofessionalisierung ambulanter Dienste stimmt zusätzlich nachdenklich. Sie ist gerade aus der Perspektive der Dienstleistungsorganisation selbst äußerst kurzsichtig. Statt den Vorteil der Professionalität aufzugeben, wäre es klüger, ein professionelles Profil zu wahren und weiter ausbauen. Hierbei ist es wichtig, endlich auch hauswirtschaftlichen Angebote gemäß ihrer Bedeutung stärker zu profilieren.

Klar ist, dass Interaktionsprobleme zwischen privaten Haushalte und professionellen Dienstleistern nicht allein auf der Anbieter-Klienten-Ebene gelöst werden können. Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde ein quasi-Markt der haushaltsnahen und personenbezogenen Dienstleistungen für Pflegebedürftige geschaffen, dessen Dynamiken in durch bürokratische Geschicke gelenkt werden kann. Ursachen für grundlegende Schwierigkeiten liegen zu einem großen Teil in der bürokratischen Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Mit den verrichtungsorientierten Zeiteinheiten, die ambulanten Dienstleistern im Pflegeversicherungsrecht zuerkannt werden, ist den privaten Haushalten *und* den ambulanten Dienstleistern die Marktsouveränität empfindlich entzogen. Auf der Suche nach neuen Wegen der Marktregulierung kann niemand mehr darüber hinwegtäuschen, dass gute Pflege *mehr* Geld kostet. Auch eine Flexibilisierung des Leistungsrechtes wird ohne die notwendige Erhöhung der verfügbaren Gelder für *alle* Betroffenen der häuslichen Pflege keine Trendwende negativer Dynamiken bewirken. So bleibt auch in einer Zeit, in der die Forderung nach mehr Geld für Sozialleistungen verbrämt ist, diese unablässig einzufordern. Auf Ebene übergeordneter Kostenträger dürfte lange bekannt sein, dass sich diese Investition in die häusliche Pflege lohnt. So lange sie nicht erfüllt wird, muss explizit bleiben: Eine funktionierende häusliche Pflege ist Prävention, zum einen des Heimeintritts, zum anderen der Gesunderhaltung von Gepflegten und Pflegenden, und damit steigender Sozialausgaben.

10.2 Orientierungen für eine moderne Familienpolitik

10.2.1 Politik für gelebte statt institutionalisierte Familienformen

Die Familienpolitik ist im Zusammenhang der häuslichen Altenpflege ein äußerst spannendes Politikfeld. Als Querschnittspolitikbereich, der den Funktionserhalt von Familie als zentrales Steuerungsziel hat, muss ihr ein Spagat zwischen Sozial- und Arbeitsmarktpolitik gelingen, in dem sich Familien in Deutschland wieder finden können und wollen. Der familiäre Wandel und insbesondere Modernisierungsversuche weiblicher Lebensbiographien in der Familie machen dies nicht gerade einfacher. Gerade in Zeiten des Wandels muss sich Familienpolitik, will sie keinem „time lag“ aufliegen, regelmäßig der Frage zuwenden was Familie und familiäre Entwicklungsaufgaben ausmacht. Der spätere Phase familialen Miteinanders wird hier zunehmend bedeutender.

Dabei steigt in den späteren Phasen des Familienzyklus die Vielfalt von Familie durch unterschiedliche familienbiographische Verläufe eher noch an. Nur eine Missachtung der

vielfältigen Lebens- und Problemlagen von Familien kann dazu führen, dass das normative Leitbild der häuslichen Pflege zukünftig aufrechterhalten wird. Es ist überall dort fehl am Platz, wo Familie nicht einspringen kann bzw. nicht will.

Ein differenziertes Verständnis privater Bezüge aber wird eine bessere Grundlage für ein gutes familienpolitisches Programm zur Erhaltung der häuslichen Pflege sein. Im Lichte der Erkenntnisse aus den Interviews mit pflegenden Töchtern wird deutlich, dass gute Arbeitsbedingungen in der häuslichen Pflege auf professionellen Unterstützungsnetzwerken sowie Alternativen an häuslicher Altenpflege fußt. Hierzu bieten die Gedanken der gemischten Wohlfahrtsproduktion ein geeignetes Leitbild (10.2.2).

10.2.2 Familie als Partner der Wohlfahrtsproduktion

Durch die subsidiäre Verpflichtung des Privaten wird bisher letztlich eine reduzierte Perspektive auf das Verhältnis zwischen Marktprozessen und staatlich organisierter Umverteilung anvisiert, der die Bedeutung von Familie nicht im geringsten entspricht. Die „ökonomische“ Macht der Wohlfahrt, die in privaten Versorgungsbezügen von der Kindererziehung bis zur Altenpflege erwirtschaftet wird, ist eindrucksvoll. Ein Verständnis von privaten Haushalten als Konsumeinheiten wird dem gewiss nicht gerecht. Das Leitbild der gemischten Wohlfahrtsproduktion betrachtet nun auf gesellschaftlicher Ebene die Gleichwertigkeit von Staat, Markt und Familie in der Wohlfahrtsproduktion.

„Indem sich staatliche Sozialpolitik nun nicht mehr nur der unmittelbaren Konsequenzen marktwirtschaftlicher Prozesse auf die Lebenslage der Bevölkerung annimmt, sondern sich anschickt, auch solidarische Lebensformen einer wohlmeinenden Stützung und damit Beeinflussung zu unterwerfen, geschieht etwas Neuartiges oder zumindest Andersartiges als in der herkömmlichen Sozialpolitik“ (Kaufmann 1997: 109; Hervorhebung i. Orig.).

Verschiedene Lösungsmodelle einer gemischten Wohlfahrtsproduktion sind hier zu diskutieren – dabei lohnt sich auch ein Blick auf die Wege anderer Länder. Familiäre Leistungen sind in diesem Zusammenhang systematisch in ihren Interdependenzen mit Markt und Staat zu betrachten. Eine negative Anreizwirkung auf familiäre Wohlfahrtsproduktion durch Arbeitskräftenachfrage und staatliche Umverteilung kann einbezogen und abgewogen werden. Bei der Darstellung dieser Wirkmechanismen ist davon auszugehen, dass Familie und private Haushalte soziale Gruppen und keine betriebswirtschaftlich geführten

Gebilde sind, die nach einer Maximierung ihres ökonomischen Nutzens streben (ausführlich: von Schweitzer 1991). Folglich reichen allein ökonomische Überlegungen nicht aus. Kaufmann spricht von den „Eigendynamiken des sozialen Nahbereichs“, welche so in das Erkenntnisinteresse von Sozialpolitik geraten. Sympathien und Solidaritäten, sowie Prozesse der sozialen Anerkennung oder Missbilligung sind wichtige Faktoren die in die Übernahme von pflegerischen und versorgerischen Leistungen im privaten Bereich einfließen. Hier tritt die Frage nach der Effektivität und Problemlösungsfähigkeit staatlicher Interventionen. Es muss geklärt werden, wie monetäre Anreize und rechtliche Kontrollansprüche auf Beziehungen der Gegenseitigkeit und private Solidarität wirken (Kaufmann 1997: 106ff).

10.2.3 Aktive Förderung der Geschlechtergerechtigkeit

Eine Anerkennung von Familientätigkeit führt, wenn sie ernsthaft verfolgt wird, weiter zu einer Gleichwertigkeit von Familien- und Erwerbstätigkeit. Notwendig hierfür ist, dass sich familienorientierte Leistungs- und Lebensentwürfe „Sorgender“ in einer autonomen Existenzsicherung niederschlagen. Hier sollte Familienpolitik in Biographien denken. Im Blick auf den Lebenslauf im Drei-Generationen-Zusammenhang zeigt sich, dass viele Frauen, die sich heute für Versorgungs- und Pflegeleistungen an ältere Familienmitglieder entscheiden, bereits Erwerbsausfälle und -einschränkungen durch Kindererziehung zu verzeichnen haben. Diese „Lücken“ im Lebenslauf führen zu kumulierten Benachteiligungen nach dem heutigen Rentensystem. Eine ausgebaute materielle Absicherung ist ein wichtiger Schritt zur Verhinderung von Armut und ökonomischer Abhängigkeit von Frauen.

Allerdings ist eine Aufwertung von Familientätigkeit allein nicht ausreichend, da die Idee der universellen Bürgerrechte und die damit verbundene Vorstellung von Teilhabemöglichkeiten an den verschiedenen Gesellschaftsbereichen unabhängig von der Kategorie Geschlecht weiter greift (Schultheis 1999: 60). Heute gelten Frauen selbst als Akteurinnen des Wandels von Geschlechterverhältnissen, ihre individuellen Lebensentwürfe erweitern ihren Handlungsradius über die Grenzen der Institution Familie hinaus, wobei sie sich über vielerlei Schwierigkeiten hinwegsetzen müssen (Krüger 1995). Familienpolitik zieht mit einer Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit recht beachtlichem Zeitverzug des Ausbaus an außerfamilialer Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und Alte nach. Wandel kann aber auch anders erfolgen, indem Familienpolitik eine Vorreiterrolle übernimmt, und neue Vereinbarkeitsmodelle initiiert, die vor einer Doppelbelastung und Überlastung von Frauen schützen. Erfolgreich wurden beispielsweise in Schweden in den

lastung von Frauen schützen. Erfolgreich wurden beispielsweise in Schweden in den 1980er Jahren eine öffentliche Diskussion über den „neuen Vater“ eingeleitet (Pfaueffinger 2001: 506). Das Beispiel des „neuen Vater bzw. Bruders bzw. Sohnes“ sollte auch hierzulande Schule machen. Der Anspruch der Förderung familialer Leistungsübernahme muss - soll sie nicht auf dem Rücken der Frauen ausgehandelt werden - zu einer familienpolitischen Forcierung der Beteiligung von Männern führen.

Werden die ökonomische Absicherung „Sorgender“, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch die Möglichkeit einer phasenweise Freistellung von Erwerbsarbeit zur Übernahme einer Pflege, der Ausbau eines außerfamilialen Betreuungsangebotes sowie eine Umverteilung von Tätigkeiten zwischen den Geschlechtern zu zentralen Zielen familienpolitischen Handelns, so ist ein entscheidender Schritt getan. Daneben ist zu fragen, unter welchen Bedingungen Frauen ihre Arbeitsleistungen auf dem Erwerbsmarkt zur Verfügung stellen. Die Verbesserung der Qualifikation zeigt sich heute noch nicht in gleichem Maße in den Löhnen und Gehältern wieder. Ökonomisch ungleich verteilte Macht aber wird in familialer Aushandlung und gesellschaftlicher Machtverteilung zukünftig weiter das Geschlechterverhältnis prägen. Dabei fällt der Blick nicht zuletzt auch wieder auf die Arbeitsbedingungen marktförmig organisierter, haushalts- und personenbezogenen Dienstleistungen, die sich mit oder gerade wegen ihrer Probleme als typischen Frauenberufe erweisen. Perspektivisch sollte familienpolitisches Handeln darauf fokussiert sein, „eine gleichberechtigte Koexistenz von unterschiedlichen Lebensthemen und -wegen zu ermöglichen, anstatt bestimmte Lebensmuster einseitig zu favorisieren“ (Meier 2001: 6).

Literaturverzeichnis

- Backes, G. (1992): Familie und Alter: Zwischen traditionellem Leitbild und modernen Lebensformen. In: Zeitschrift für Sozialreform. 8(38): 457-478.
- Backes, G. (1997): Alter(n) als „Gesellschaftliches Problem“. Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Opladen: Westdeutscher Verl.
- Bertram, H. (2000): Die verborgenen familiären Beziehungen in Deutschland: Die multilokale Mehrgenerationenfamilie. In: Kohli, M.; Szydlik, M.: Generation in Familie und Gesellschaft. Opladen: Leske + Budrich: 97-121.
- Bien, W. (Hg.) (1994): Eigeninteresse oder Solidarität. Beziehungen in modernen Mehrgenerationenfamilien. Opladen: Leske + Budrich.
- Blinkert, B. & Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel: Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. In: Sozialer Fortschritt (10): 237-245.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover: Vincentz.
- BMFSFJ (2003): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Fachtagung „Häusliche Pflege in Balance - Selbstbewusst, kompetent, anerkannt“ am 26.11.2003 im Wissenschaftszentrum in Bonn. Bonn: BMFSFJ.
- BMFSFJ (1997): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. BT-Drucksache 13/9750. Berlin, Bonn: Bundestagsdruckerei
- BMFSFJ (2001): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. BT-Drucksache 14/5130. Berlin, Bonn: Bundestagsdruckerei.
- BMFSFJ (2002a): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Frauen in Deutschland. Berlin.
- BMFSFJ (2002): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichti-

gung demenzieller Erkrankungen. BT-Drucksache 14/8822. Berlin, Bonn: Bundestagsdruckerei.

BMGS (2003a): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.): Zahlen und Fakten zur Pflege. Berlin: BMGS: www.bmgs.bund.de/downloads/Zahlen_und_Fakten.pdf:1-5

BMGS (2003b): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Berlin: BMGS.

BMJFFG (1986): Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (Hg.): Vierter Familienbericht. Die Situation der älteren Menschen in der Familie. BT-Drucksache 10/6145. Bonn: Bundestagsdruckerei

BMSF (1993): Bundesministerium für Familie und Senioren (Hg.): Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bonn.

Boeger, A. & Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. In: Pflege (11): 319-323.

Borchers, A. (1998): Soziale Netzwerke älterer Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hg.): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen. Frankfurt am Main, New York: Campus: 176-200.

Bracker, M.; Dallinger, U. et al. (1988): Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen. Voraussetzungen, Belastungen und sozialpolitische Schlußfolgerungen. Wiesbaden: Bevollmächtigte der Hessischen Landesregierung für Frauenangelegenheiten.

CDU (2003): Christlich Demokratische Union (Hg.): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin: CDU.

Coester-Waltjen, D. & Coester, M. (2002): Zur Opfergrenze privatrechtlicher Solidarität. In: Boecken, W.; Ruland, F.; Steinmeyer, H.-D (Hg.): Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa. Neuwied, Kriftel: Luchterhand: 181-198.

Corbin, J. & Strauss, A. (1988): Unending work and care: managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass.

- Dallinger, U. (1993): Die Pflege alter Eltern. Balanceakt zwischen Normerfüllung und Individualisierungschancen im weiblichen Lebenslauf. In: Sozialer Fortschritt 42(4/5): 110-113.
- Dallinger, U. (1997). Ökonomie der Moral. Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf aus handlungstheoretischer Perspektive. Opladen: Westdeutscher Verl.
- Dallinger, U. (1998): Der Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf als handlungstheoretisches Problem. In: Zeitschrift für Soziologie 27(2): 94-112.
- Dallinger, U. & Schmitt, C. (2001): Zusammenleben der Generationen. Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2002): Schlussbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdender Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik." Drucksache 14/8800, Bonn: Bundestagsdruckerei.
- Dietz, B. (2002): Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. Wiesbaden: Westdeutscher Verl.; zugl. Gießen: Univ., Diss.
- Dräger, D., Geister, C. & Kuhlmeier, A. (2003): Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation pflegender Töchter - Die Rolle der professionellen Pflegedienste. In: Pflege 16: 342-348.
- ESVLA (1993): Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Hg.): Familiäre Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der europäischen Gemeinschaften. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Evers, A. (1997): Geldleistungen und Dienstleistungen. Warum Privathaushalte das Pflegegeld den Leistungen von Pflegeanbietern vorziehen. In: Meier, U. (Hg.): Vom Oikos zum modernen Dienstleistungshaushalt. Frankfurt, New York: Campus: 142-161.
- Evers, A. & Olk, T. (1996): Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellen Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen. In: Evers, A.; Olk, T. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Opladen: Westdeutscher Verl.: 346-372.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber.

- Finch, J. (1993): The Concept of Caring: Feminist and Other Perspectives. In: Twigg, J. (Hg.): *Informal Care in Europe*. New York: University of New York, Social Policy Research Unit: 5-22.
- Fuchs, J. (1998): Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. In: *Gesundheitswesen* 60: 392-398.
- Fuchs, J. (1999a): Die Situation von Pflegenden. In: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 10: 337-341.
- Fuchs, J. (1999b): Entlastung pflegender Personen. In: *Häusliche Pflege* 11: 40-45.
- Fuchs, J. (1999c). *Wege zur Pflege - Determinanten der Pflegebereitschaft von informellen Helferinnen und Helfern*. Berlin: Freie Universität, Diss. FB Politik und Sozialwissenschaft.
- Garms-Homolová, V. (2000): Pflege im Alter. In: Renner-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa: 485-505.
- Geister, C. (2004): „Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin.“ Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Gräbel, E. (1996): Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger. In: *Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland* (Hg.): *danken + dienen*. Stuttgart: Diakonisches Werk: 12-18.
- Gröning, K., Kunstmann, A.-C. & Rensing, E. (2004): *In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (letzte Änderung: 26. November 2001) <http://www.bundesregierung.de/Gesetze/,-4222/Grundgesetz.htm>. (Zugriff: 21.10.2004)
- Hagestad, G. O. (1986): The Family: Women and grandparents as 'kin-keepers'. In: Pifer, A.; Bronte, L. (Hg.): *Our Aging Society: Paradox and Promise*. New York, London: Norton: 141-160.
- Hagestad, G. O. (1989): Familien in einer alternden Gesellschaft. Veränderte Strukturen und Beziehungen. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2(1/3): 42-46.
- Halsig, N. (1998): Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse, A. (Hg.): *Psychosoziale Gerontologie*. Göttingen, Bern, Toronto: Hofgrefe: 211-231.

- Hedtke-Becker, A. (1996): Deutschlands großer Pflegedienst: Pflegende Angehörige. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland (Hg.): danken + dienen. Stuttgart, Diakonisches Werk.
- Hesse, K. & Judt, A. (1996): Der Wert der Hausarbeit. In: Oltersdorf, U.; Preuß, T. (Hg.): Haushalte an der Schwelle zum nächsten Jahrtausend. Frankfurt; New York: Campus: 156-190.
- Hoch, H. G. & Lüscher, K. (2002): Familie im Recht. Eine sozialökologische Zugangsweise. Konstanz: UVK-Verl.-Ges.
- Holz, P. (2000): Pflegende Angehörige. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer: 353-358.
- Hopf, C. (1984): Soziologie und qualitative Sozialforschung. In: Hopf, C.; Weingarten, E. (Hg.): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett-Cotta: 11-40.
- Kaufmann, F.-X. (1997): Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kaufmann, F.-X. (2003): Sozialpolitisches Denken. Die deutsche Tradition. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kesselring, A. (2002): Die Situation pflegender Angehöriger. In: Kozon, V.; Seidl, E. (Hg.): Pflegewissenschaft - der Gesundheit verpflichtet. Wien: Fakultas Universitätsverlag: 88-101.
- Klie, T. (1999): Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung. In: Klie, T.; Schmidt, R. (Hg.): Die neue Pflege alter Menschen. Bern: Verlag Hans Huber: 11-31.
- Kohli, M. & Künemund, H. (Hg.) (2000): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel, A. & Szydlik, M. (2000): Generationenbeziehungen. In: Kohli, M. & Künemund, H. (Hg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich: 176-211.
- Krüger, H. (1995): Geschlechtsspezifische Modernisierung im ehepartnerlichen Lebenslauf. In: Nauck, B., Onnen-Isemann, C. (Hg.): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand: 437-455.
- Krüger, H. (2000): Ein expandierender Arbeitsmarkt mit sieben Siegeln. In: Frankfurter Rundschau am 16.02.2000. Frankfurt: Druck- und Verlagshaus Frankfurt: 11.

- Krüger, H. (2001): Geschlecht, Territorien, Institutionen. Beitrag zu einer Soziologie der Lebenslauf-Relationalität. In: Born, C.; Krüger, H. (Hg.): Individualisierung und Verflechtung. Weinheim, München: Juventa: 257-299.
- Kruse, A. (1995): Pflegende Angehörige - erlebte Anforderungen und Belastungen in der Rehabilitation, Pflege und Sterbebegleitung sowie Möglichkeiten der institutionellen Unterstützung. In: Schütz., R.-M. (Hg.): Praktische Geriatrie 15.: Lübeck: Blunck & Dettmer: 132-150.
- Lamnek, S. (1995a): Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie. München, Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. (1995b): Qualitative Sozialforschung. Bd.2: Methoden und Techniken. München, Weinheim: Beltz.
- Lamprecht, P., Bracker, M., Dallinger, U. & Wagner, R. (1992): Die Pflegebereitschaft von Männern. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben. Kassel, Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie.
- Lauterbach, W. (1995): Die gemeinsame Lebenszeit von Familiengenerationen. In: Zeitschrift für Soziologie 24: 22-41.
- Litwak, E. (1965): Extended Kin Relations in an Industrial Democratic Society. In: Shanas, E; Streib, G. F. (Hg.): Social Structure and the Family: Generational Relations. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall: 290-323.
- Lorenz-Meyer, D. (2001): Zur Relationalität von Individualisierung und Verflechtung. Eine historische Betrachtung deutscher sozialer (Alters-)Sicherheitssysteme. In: Born, C.; Krüger, H. (Hg.): Individualisierung und Verflechtung. Geschlecht und Generation im deutschen Lebenslaufregime. Weinheim und München: Juventa: 233-253.
- Mager, H.-C. (2002): Informelle Pflege(sicherungs)arrangements: Ökonomische Aspekte komplexer Generationenbeziehungen. In: Motel-Klingebiel, A.; Kondratowitz, H.-J. v.; Tesch-Römer, C.: Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Opladen: Leske + Budrich.
- Marbach, J. H. (1991): Familie im Verwandtenetz. Deutsches Jugend Institut:
<http://cgi.dji.de/bibs/FamVerw91.pdf>. (Zugriff: 20. Oktober 2004)

- Marbach, J. H. (2001): Die Familie als Netzwerk: Eine Spezialität des DJI-Familiensurveys. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): *Familien und Haushalte in Deutschland*. Wiesbaden: Stat. Bundesamt: 141-171.
- Mattmüller, U. & Vogel, G. (1995): Die Profis sind gefordert. Burnout bei pflegenden Personen in Privathaushalten. In: *Häusliche Pflege* 10: 739-742.
- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse [28 Absätze], In: *Forum Qualitative Sozialforschung* [Online Journal]: <http://qualitative-research.net/fqu/fqs-d/2-00inhalt-d.htm>. (Zugriff: 17. März 2004).
- Meier, U. (1995): Familienhaushalte als Produktionsstätten von kulturellem und sozialem Kapital - Zur gesellschaftlichen Bedeutung des vermeintlich Privaten. In: *Hauswirtschaft und Wissenschaft* (6): 243-250.
- Meier, U. (2001): Die Pluralisierung der Lebensformen und ihre Ausdifferenzierung. Rede. In: <http://www.spd.de/servlet/PB/menu/1010037/index.html>. (Zugriff: 10. Juli 2004)
- Meier, U. (2003): Nachhaltiges Haushalten - Vom normativen Leitbild zu alltagsorientierten Handlungsalternativen. In: Serbser, W. (Hg.): *Humanökologie. Ursprünge - Trends - Zukünfte*. Berlin: ökom - Gesellschaft für ökologische Kommunikation: 213-225.
- Meier, U., Preuß, H. & Sunnus, E.-M. (2003): *Steckbriefe von Armut. Haushalte in prekären Lebenslagen*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Nave-Herz, R. (2002): Wandel und Kontinuität in der Bedeutung, in der Struktur und Stabilität von Ehe und Familie in Deutschland. In: Nave-Herz, R. (Hg.): *Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland. Eine zeitgeschichtliche Analyse*. Stuttgart, Lucius u. Lucius: 45-70.
- Parsons, T. (1943): The Kinship System of the Contemporary United States. In: *American Anthropologist* 45: 22-38.
- Pfau-Effinger, B. (2001): Wandel wohlfahrtsstaatlicher Geschlechterpolitiken im soziokulturellen Kontext. In: Heintz, B. (Hg.): *Geschlechtersoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 41*. Wiesbaden: Westdeutscher Verl.: 487-511.
- Reggentin, H. & Dettbarn-Reggentin, J. (2003): Vollzeitjob Angehörigenpflege. In: *Häusliche Pflege* 7: 28-31.

- Reichert, M. (2000): Pflege und Beruf. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C. (Hg.): *Angeordnete Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer: 359-365.
- Richter, R. (2003): Wünsche und Wirklichkeit. Angemessene Pflege: eine neue Definition. *Häusliche Pflege* 7: 32-34.
- Rosendahl, B. (2003): Pflege auf dem Prüfstand. In: *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)* 6(9): 32-37.
- Rosenkranz, D. & Schneider, N. (1997): Familialer Wandel und Pflege älterer Menschen - Auswirkungen der Generationendynamik. In: *Sozialer Fortschritt* 6-7: 145-150.
- Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1965): *Umwelt und Familie alter Menschen*. Neuwied: Luchterhand.
- Runde, P., Giese, R., Kerschke-Risch, P., Scholz, U. & Wiegel, D. (1996): Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Hamburg: Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung.
- Runde, P., Giese, R., Vogt, K. & Wiegel, D. (1999a): Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege. Band I: Modellentwicklung und Methoden. Hamburg: Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung.
- Runde, P., Giese, R., Vogt, K. & Wiegel, D. (1999b): Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege. Band II: Die Wirkungen auf Einstellungen und Verhalten. Hamburg, Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung.
- Schmidt, C. (1997): „Am Material“: Auswertungstechniken für Leitfadenterviews. In: Friebertshäuser, B., Prengel, A. (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa: 544-568.
- Schmidt, R. (1999): Pflege als Aushandlung. Die neuen pflegeökonomischen Steuerungen. In: Klie, T.; Schmidt, R. (Hg.): *Die neue Pflege alter Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber: 33-91.
- Schmidt, R. (2002): Unterstützung der Laienpflege - Schnittstelle Laienpflege/professionelle Pflege. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste B.; Klose, J. (Hg.): *Qualität in der Pflege*. Stuttgart, New York: Schattauer: 191-201.

- Schmidt, R. (2003): Das personenbezogene Pflegebudget - Zur Flexibilisierung des Leistungsrechts in der ambulanten Pflege. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 5: 29-33.
- Schmidt, R. (2004): Qualität in der ambulanten Langzeitpflege und die Neuformulierung der deutschen Pflegepolitik. Manuskript. [veröffentlicht in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit (2)]: 1-6.
- Schneekloth, U. & Leven, I. (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. München: Infratest Sozialforschung.
- Schneider, A. M. (2003): Der Bericht der Herzog-Kommission und der Beschluss des CDU-Parteitags. Zusammenfassung und Erläuterung des Berichts der Kommission „Soziale Sicherheit“ vom 29. September 2003 sowie des Beschlusses des Parteitags der CDU vom 1./2. Dezember 2003. Sankt Augustin, Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Schölkopf, M. (2002): Trends in der Alten(pflege)politik der Bundesländer. In: Klie, T.; Buhl, A.; Entzian, H.; Schmidt, R. (Hg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Frankfurt/M.: Mabuse: 13-44.
- Statistisches Bundesamt (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Schultheis, F. (1999): Familie und Politik. Formen wohlfahrtsstaatlicher Regulierung von Familie im deutsch - französischen Gesellschaftsvergleich. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.
- Schütze, Y. & Wagner, M. (1995): Familiäre Solidarität in den späten Phasen des Familienverlaufs. In: Nauck; B.; Onnen-Isemann, C. (Hg.): Familie in Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. Neuwied: Luchterhand: 307-327.
- Schweitzer, R. v. (1989): Verknüpfungen von Haushaltssystemen im Familienzyklus. In: Österreichische Akademie der Wissenschaften; Institut für Demographie (Hg.): Demographische Informationen. Wien: Institut für Demographie: 39-47.
- Schweitzer, R. v. (1991): Einführung in die Wirtschaftslehre des privaten Haushalts. Stuttgart: Ulmer.

- Seubert, H. (1993): Zu Lasten der Frauen. Benachteiligung von Frauen durch die Pflege alter Eltern. Pfaffenweiler: Centaurus.
- SGB XI: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.): http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_11/. Letzte Aktualisierung: 27.12.2003. (Zugriff: 11. Oktober 2004)
- Szydlík, M. (1998). Lebenslange Solidarität. Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und Eltern. Berlin: Freie Universität.
- Thiele-Wittig, M. (1996): Neue Hausarbeit im Kontext der Bildung für Haushalts- und Lebensführung. Oltersdorf, U.; Preuß T. (Hg.): Haushalte an der Schwelle zum nächsten Jahrtausend. Frankfurt, New York: Campus: 342-362.
- Thiessen, B. & Schweizer, B. (1999): „Wir sind die billigen Kräfte“. Berufsausbildung in einem stigmatisierten Berufsfeld. IBL-Ringvorlesung. Bremen: Institut für angewandte Biographie- und Lebensweltforschung (IBL): <http://www.ibl.uni-bremen.de/ringvorl/19990211thiessen.html>. (Zugriff: 10. Oktober 2004)
- Wagner, M. (1989): Räumliche Mobilität im Lebensverlauf. Eine empirische Untersuchung sozialer Beziehungen der Migration. Stuttgart: Enke.
- Wagner, M. (2002): Familie und soziales Netzwerk. In: Nave-Herz, R. (Hg.): Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland. Eine zeitgeschichtliche Analyse. Stuttgart: Lucius & Lucius: 227-251.
- Wahl, H.-W. & Wetzler, R. (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten. Integrierter Gesamtbericht zum gleichnamigen Forschungsverbundprojekt. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wegener, H. (1996): Frauen in der Pflege Angehöriger. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland (Hg.): danken & dienen. Stuttgart: Diakonisches Werk.
- Whitlatch, C. J. & Noelker, L. S. (Hg.) (1996): Caregiving and Caring. In: Birren, J. E. (Hg.): Encyclopedia of Gerontology. San Diego: Academic Press.
- Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Renner-Allhoff, B.; D. Schaeffer (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München, Juventa: 339-361.

Zeman, P. (1999): Probleme der Vernetzung von sozialen Diensten und Lebenswelt in häuslichen Pflegearrangements. In: Naegele, G.; Schütz, R.-M. (Hg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 375-387.

Zeman, P. (2000): Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Regensburg: transfer verlag.

Anhangverzeichnis

	Seite
Datenschutzvereinbarung	1
Interview-Leitfaden	2
Kurzfragebogen	6
Transkriptionszeichen	7
Kurzübersicht sozioökonomische Angaben zu den Pflegenden und pflegebedürftigen Personen	8

**Datenschutzvereinbarung
Zum Interview mit Kerstin Hämel**

Thema (Arbeitstitel)

Ressourcenverteilung in der häuslichen Altenpflege – Entscheidungsprozesse in der Familie und die Lebenssituation pflegender Töchter

Das Interview findet im Rahmen der Diplomarbeit von Kerstin Hämel im Studiengang Öcotrophologie am Institut für Wirtschaftslehre des Privathaushalts und Familienwissenschaft, Gießen statt. Gutachterin und Betreuerin der Arbeit ist Prof. Dr. Uta Meier.

Die erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt, nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Für die Besprechung in Arbeitsgruppen sind die Daten bereits anonymisiert.

Nach Abschluss der Untersuchung, spätestens jedoch Ende des Jahres 2004 werden die Gesprächsmitschnitte gelöscht. Die Kassetten werden so lange an einem vor Dritten geschützten Ort aufbewahrt.

Berlin, den 19. April 2004

Kerstin Hämel

Gießen, den

Prof. Dr. Uta Meier

Interview-Leitfaden

Ressourcenverteilung in der häuslichen Altenpflege – Die Lebenssituation pflegender Töchter

Einstieg

In diesem Interview möchte ich gern etwas über den Weg erfahren, der zur aktuellen Hilfe- und Unterstützungsform für Ihre(n) Mutter/Vater geführt hat. Hierzu würde ich gerne den Blick auf Situationen richten, in denen Entscheidungen getroffen wurden, um die Versorgung zu organisieren. Dabei interessiert mich, welche Personen aus ihrer Familie oder dem Bekanntenkreis daran beteiligt waren, und auch ob „Fachleute“ hinzugezogen wurden. Speziell möchte ich in diesem Gespräch erfahren, wie sich ihre persönliche Lebenssituation als Helfende gestaltet. Wenn Sie mehrere Stationen der Unterstützungsformen erlebt haben, wäre mein Vorschlag, dass Sie mir von dieser Entwicklung erzählen

Familien- und Haushaltssituation (incl. biographischer Verläufe)

Zunächst wäre es für mich sehr hilfreich, wenn Sie mir einen Überblick über die Familiensituation um Ihre(n) Mutter/ Vater und Sie selbst geben würden.

Ehen; Geschwister; Kinder; Alter; Haushalte und Entfernungen;
biographische Dimension: Beziehungsqualität, Kontakte und Unterstützungsleistungen Herkunfts-/ Gründungsfamilie

Entwicklung des Hilfe- und Pflegearrangements

Wann begann es, dass Ihr(e) Mutter/ Vater auf regelmäßige Unterstützung von anderen angewiesen ist.

Welche Beeinträchtigungen hatte sie/er damals?

Wozu brauchte sie/er Hilfe von anderen?

Roter Faden im Gesprächsverlauf:

- Gesundheitsentwicklung und Betreuungsbedarf in der „Krankheitskarriere“
- Situation der Interviewpartnerin:
 - o Bewältigung der Hilfe-/Pflegeaufgaben
 - o Bewältigung anderer Lebensbereiche (Familientätigkeit, Erwerbsarbeit, persönliche Zeit)

Betreuungsbereiche:

- praktische Tätigkeiten im Haushalt, wie Nahrungszubereitung, Waschen/Putzen, kleine Reparaturen;
- Ernährung und Körperpflege,

- Mobilität/Transport,
- Kontakte mit Ärzten, Sozialdiensten/ Ämtern/ Versicherungen etc

Zu den „Stationen“ soll klar werden:

Übernahme der Versorgung/Pflege durch Interviewperson und andere Privatpersonen

Welche Aufgaben übernehmen Sie persönlich, um Ihre(n) Mutter/ Vater zu unterstützen?

Haushaltsversorgung, Ernährung und Körperpflege, Mobilität/Transport, Organisation anderer Hilfen, Kontakte mit Ämtern/ Versicherungen etc., Beratung, emotionale Unterstützung

Kümmern sich regelmäßig auch andere Familienangehörige oder Bekannte um Ihre(n) Mutter/ Vater?

Beziehung zu gepflegter Person, Art und Häufigkeit der Hilfe/ Unterstützung;
Speziell auch nach finanziellen Ausgleichstransfers fragen.

Inanspruchnahme von professioneller Hilfe

Welche Aufgaben werden von professionellen Helfern übernommen?

*Wie sind sie zu dem Anbieter/ den Anbietern gekommen?
Wie finden Sie das Angebot an den Dienstleistungen?
Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Leuten vom Pflegedienst/Hauswirtschaftsdienst... etc?*

Welche Alternativen für die Versorgungsorganisation wurden wahrgenommen?
Warum wurden diese als Möglichkeit fallen gelassen?

Externe Finanzierung: Pflegeversicherung / Sozialhilfe/ sonstige öffentliche Transferzahlungen

(a) Bei Leistungsbezug:

*Bezieht ihre/-r Mutter/ Vater Leistungen aus der Pflegeversicherung?
Bekommt ihr(e) Mutter/ Vater Geld- oder Sachleistungen oder eine Mixtur aus beiden.
Was waren die Gründe für die Wahl dieser Leistungsform?*

Warum/ in welchem Zusammenhang wurde der Antrag gestellt? Wer hat den Antrag gestellt?

(b) Falls kein Leistungsbezug:

Wurde für Ihre Mutter/ ihren Vater einmal Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt?

(Falls ja:) *Warum wurde der Antrag abgelehnt?*

(Falls nein:) *Warum haben Sie keinen solchen Antrag gestellt?*

Bezieht ihre Mutter/ Vater Sozialhilfe? Wann wurde die Sozialhilfe beantragt?

Warum/ in welchem Zusammenhang wurde der Antrag gestellt? Wer hat den Antrag gestellt?

Inanspruchnahme von Beratungs-/ Entlastungsangeboten für Angehörige

Haben Sie schon einmal Hilfen, die sich speziell an Angehörige von Pflegebedürftigen richten, genutzt? Ich denke hier an Angebote wie Beratungsgespräche oder Pflegekurse, oder auch Gesprächskreise von Angehörigen.

Haushaltsumbau

(Falls noch nicht ausreichend angesprochen)

Nun waren ja im Haushalt ihrer Mutter/ ihres Vaters durch die Hilfebedürftigkeit einige Veränderungen notwendig.

Welche Gründe gab es für einen Wohnungswechsel?

Bzw.

Haben Sie oder ihre Mutter/ ihr Vater schon mal über einen Wohnungswechsel nachgedacht?

Privathaushalte: gemeinsamen Haushalt gründen/ auflösen,
barrierefreies Wohnen, Altenwohnheime, Gemeinschaftswohnformen, Altenpflegeheime

Erwerbstätigkeit und Pflege

(Falls vorher noch nicht ausreichend angesprochen)

Bei aktueller Erwerbstätigkeit

Ergaben sich Schwierigkeiten, die Hilfe für ihre Mutter/ ihren Vater und die Erwerbstätigkeit unter einen Hut zu bringen? Wie sind sie damit umgegangen?

Keine aktuelle Erwerbstätigkeit:

Sie haben erzählt, dass Sie zur Zeit nicht/geringfügig erwerbstätig sind. Spielt hier die Situation ihre/-r eine Rolle, oder gibt es vielleicht andere Gründe?

Andere Familientätigkeiten und Pflege

(Falls noch nicht ausreichend angesprochen)

Und wie ist das mit anderen Verpflichtungen? Leisten Sie zur Zeit auch regelmäßige Hilfe und Unterstützung für weitere Familienmitglieder oder helfen andere Personen Ihnen. Hat sich das mit ihrem Engagement für Ihre/-n Mutter/ Vater geändert?

Veränderungen im Unterstützungsnetzwerk?

Neuverteilung der Hausarbeit bei Mehrpersonenhaushalt?

Ehrenamtliches Engagement, Freizeitaktivitäten und persönliche Zeit und Pflege

Ergaben sich durch Ihr Engagement für ihre/-n Mutter/Vater Auswirkungen auf andere Aktivitäten? Ich denke hier an ehrenamtliches Engagement in Vereinen oder so, aber auch an Freizeitaktivitäten wie Reisen, regelmäßiges Sporttreiben, Theater- und Kinobesuche.

Fazit

Wenn Sie die Versorgung um ihre/-n Mutter/Vater noch ein mal Revue passieren lassen, wie sehen Sie die Gestaltungsmöglichkeiten? Gab es Vorstellungen, die Sie nicht verwirklichen konnte

Kurzfragebogen (In Anschluss an das Leitfadenterview)

Schulbildung			
Interviewpartner/-in	<input type="checkbox"/> Volksschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Abitur
	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> EOS	
Pflegebedürftige/-r	<input type="checkbox"/> Volksschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Abitur
	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> EOS	
(Ehe)Partner (ggf.)	<input type="checkbox"/> Volksschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Abitur
	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> EOS	
Ausbildungsabschluss			
Interviewpartnerin			
Pflegebedürftige/-r			
(Ehe)Partner (ggf.)			
Erwerbsverlauf Interviewpartner/-in			
Zeitraum	Bezeichnung und Umfang (Voll-,Teilzeit; geringf. beschäftigt)		
Haushaltseinkommen			
Interviewpartner/-in	Einkommensquelle	Einkommenshöhe	
Pflegebedürftige/-r	Einkommensquelle	Einkommenshöhe	

Transkriptionszeichen

X:	Äußerungen der interviewten Person
IP:	Äußerungen der interviewenden Person
eh / ehm	"Planungspausen"
((Ereignis))	nichtsprachliche Handlungen, z.B. ((Schweigen)) ((zeigt auf ein Bild))
((lachend))	Begleiterscheinungen des Sprechens auch z.B.: ((erregt)), ((verärgert))
((Pause))	Gesprächspause
jaaa	Dehnung (Je mehr Vokale aneinandergereiht sind, desto länger die Dehnung.)
NIE	Betonung und oder laut sprechen
()	unverständlich
(so schrecklich?)	nicht genau verständlich, vermuteter Wortlaut
[...]	Auslassung durch die transkribierende Person

Tabelle 1: Kurzübersicht sozioökonomische Angaben zu den Pflegenden und pflegebedürftigen Personen

	Frau Diedrichs	Frau Fell	Frau Gerhard	Frau Holland	Frau Irmhold	Frau Kremer	Frau Naumann
Angaben zur Pflegenden							
Alter	35	68	52	55	59	57	47
Schulbildung	Abitur	Volksschule	Mittlere Reife	Mittlere Reife	Abitur	Abitur	Mittlere Reife
Ausbildung	Dipl. Heilpädagogin	Keine	Krankenschwester	Techn. Zeichnerin	Sonderpädagogin	Dr. habil. Philosophiehistorik	Steuersekretärin Heilpraktikerin
Aktuelle Erwerbstätigkeit	Heilpädagogin, Vollzeit	Verrentet seit 1987	Keine	Verrentet seit 1999	Sonderschullehrerin Vollzeit	Arbeitslos, Lehrauftrag, Univ. Privatunterricht	Gel. Freiberufliche Tätigkeit, kaum Bedeutung
Familienstand	Ledig	Geschieden	Verwitwet 2 Kinder	Verheiratet 2 Kinder	Verheiratet 3 Kinder	Verheiratet 2 Kinder	Ledig
Haushaltsgröße (weitere Mitglieder)	1-Pers.-Hh.	2-Pers.-Hh. (Lebensgefährte)	1-Pers.-Hh.	3-Pers.-Hh (Ehemann, Mutter)	2-Pers.-Hh. (Ehemann)	2-Pers.-Hh. (Ehemann)	1-Pers.-Hh
Haushaltseinkommen (netto)	k.A.	k.A. Frau Fell und ihr Lebensgefährte z.T. gemeinsame z.T. getrennte Kassen	k.A.	2900 Euro (Ehepaar)	5600 Euro	1200 Euro Schwankend, z.T. bis zum 3-faches	1000 Euro
Haushaltseinkommen nach Quelle (netto)		1050 Euro Rente, Frau F.		700 Euro Rente, Frau H. 2200 Euro Erwerbsarbeit, Ehemann	2800 Euro Erwerbsarbeit, Frau I. 2800 Euro Rente, Ehemann	Frau K und Ehemann schwankende Einkommen	500 Euro von Eltern 200 Euro Pflegegeld 300 Euro (priv. Rentenversicherung)
Angaben zur Pflegebedürftigen Person							
Beziehung zur Pflegenden	Mutter	Mutter	Mutter	Mutter	Mutter (†)	Mutter	Vater Mutter
Erkrankung	Alzheimer, Herzerkrankung	Alzheimer	Angina Pectoris, fortschreitende Lähmung (Schädigung der Bandscheiben)	Alzheimer	Angina Pectoris, Nahrungsverweigerung	Osteoporose, Inkontinenz, Arthrose, Altersschwäche	Vater: Herzerkrankung, Thrombose, beginnende Demenz Mutter: Arthrose
Aktuelle Pflegestufe	Keine	2, Sachleistung	1, Geldleistung	3+, Sachleistung	1, Sachleistung	1, Geldleistung	Vater: 1, Geldleistung Mutter: Keine
Wohnform	Senioren-Service-Wohnen	Wohngemeinschaft für Demente	1-Pers.-Hh	Im Hh. der Pflegenden	1-Pers.-Hh 3 Monate bis zum Tod Pflegeheim	1-Pers.-Hh (demn. Einzug des Sohnes)	2-Pers.-Hh Vater Mutter
Einkommen	k.A.	440 Euro Rente 920 Euro Pflegevers.	k.A.	900 Euro Rente 2000 Euro Pflegevers.	2400 Euro Rente 380 Euro Pflegevers.	1400 Euro Rente 200 Euro Pflegevers.	2500 Euro Rente (Vater) 53 Euro Rente (Mutter)