

9. Soziales Netzwerk und Konstellationen (M. Klünder)

9.1. Soziales Netzwerk/Soziale Integration

Beziehungen zu anderen zu unterhalten und zu pflegen ist für den Menschen als soziales Wesen ein Grundbedürfnis und für sein Wohlbefinden wichtig. Im Kontakt mit anderen entwickeln wir unser Selbstbild und Selbstwertgefühl, bekommen Bestätigung und Anerkennung für erwünschtes und akzeptiertes Verhalten, aber auch Sanktionen für nicht den Erwartungen Gemäßes zu spüren.

Das Geflecht aus Beziehungen, die ein Mensch hat, und – soweit vorhanden – die Beziehungen der verschiedenen Bekannten dieses Menschen untereinander werden als soziales Netzwerk bezeichnet. Den umfassenden Funktionen sozialer Netzwerke (vgl. zusf. HOLLSTEIN 2001) für ältere, pflegebedürftige Menschen können wir im Rahmen dieser Arbeit nicht in allen Einzelheiten Rechnung tragen. Uns geht es an dieser Stelle vielmehr darum, die Bedeutung derjenigen Menschen aus dem sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen für die Steuerungsprozesse zu untersuchen, die zwar nicht unmittelbar zum Pflegearrangement gehören, die aber trotzdem für die Kompensation der pflegebedingten Einschränkungen und Probleme im Pflegealltag wichtig sind. Im folgenden wird deshalb ausgehend von Erkenntnissen der Netzwerkforschung erläutert, welche Funktionen und Zusammensetzungen von Netzwerken wir berücksichtigen und warum wir erwarten, dass sich die Art der Netzwerkintegration der Pflegebedürftigen entweder eher als Gelegenheitsstruktur oder aber mehr als Restriktionsstruktur auf ihren Einfluss in den Steuerungsprozessen auswirkt.

9.1.1. Funktion und Zusammensetzung sozialer Netzwerke

Zunächst ist das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes die Voraussetzung für soziale Unterstützung. Wir verstehen soziale Unterstützung als “die Funktion des sozialen Netzwerkes, bei der Befriedigung individueller Bedürfnisse” hilfreich zu sein (VEIEL 1989: 77). Sie wird innerhalb von Netzwerken in großem Umfang erbracht (KOHLI/KÜNEMUND 2001; KÜNEMUND/HOLLSTEIN 1998; SZYDLIK 1998; MARBACH 1994). Um differenziert beschreiben zu können, wer welche Hilfen leistet bzw. empfängt, werden mehrere Arten sozialer Unterstützung unterschieden. Dadurch ist es möglich, sich die Bedingungen, unter denen die Unterstützungen ausgetauscht werden,

werden, näher zu betrachten. Aus der Vielzahl der vorliegenden Unterscheidungen (vgl. KÜNZEL-SCHÖN 2000, NETZ 1996, SCHEIDT/EIKELBECK 1995) haben wir für unsere Fragestellungen die folgenden drei abgeleitet, die nicht nur die überlebenswichtigen praktischen Notwendigkeiten in der Pflegesituation umfassen, sondern auch den für die Selbstbestimmung wichtigen Informationsfluss und die gefühlsmäßige Unterstützung mit einschließen:

1. Unter der *kognitiven* Unterstützung verstehen wir die Weitergabe von Informationen und Ratschlägen sowie Anregung und Hilfe bei der Informationsbeschaffung.
2. Mit *praktischer* oder *instrumenteller* Unterstützung bezeichnen wir die praktischen Hilfen im Alltag wie beispielsweise einkaufen gehen, bei der Zubereitung von Mahlzeiten helfen, sauber machen etc., aber auch finanzielle Hilfen.
3. Mit der *emotionalen* oder auch *affektiven* Unterstützung meinen wir die Hilfe durch Trost, Zuwendung, Ablenkung, Wertschätzung, Ermutigung, Humor usw.

Soziale Unterstützung kann sich aber auch negativ auswirken, wie KÜNZEL-SCHÖN (2000: 157ff) hervorhebt: Sie kann von den EmpfängerInnen durchaus als Bedrohung für ihr eigenes Selbstwertgefühl oder als Gefährdung ihrer Selbstständigkeit und Autonomie erlebt werden. Entscheidend für die Wirkung der Unterstützung ist somit eine Passung zwischen den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und deren Befriedigung durch die Netzwerkpersonen (vgl. NETZ 1996: 36).

Die Netzwerke üben neben der Hilfe außerdem soziale Kontrolle aus. Auch diese kann nach unserer Auffassung einerseits förderlich für die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen sein, weil die Netzwerkpersonen das Verhalten der Pflegepersonen (unter Umständen) kontrollieren. So können beispielsweise Pflegepersonen ihren Pflegebedürftigen nicht ohne weiteres andere soziale Kontakte verwehren. Des weiteren könnten Spuren, die nach Anwendung körperlicher Gewalt zurückbleiben, von professionellen Pflegekräften entdeckt werden, wenn sie in die Versorgung involviert sind. Das kann dazu führen, dass die Pflegebedürftigen ihren Anspruch auf Selbstbestimmung geltend machen können, der ihnen sonst nicht mehr gegeben wäre. Andererseits kann die soziale Kontrolle auf die Selbstbestimmung hemmend wirken, weil das eigene Verhalten immer normativ und gesellschaftlich reglementiert wird. Sie wird damit zu einer Orientierungshilfe für die Pflegebedürftigen, was dazu führen kann, dass Pflegebedürftige bestimmte Wünsche gar nicht erst äußern, die sie ihrer Meinung nach nicht haben dürfen. Deshalb kommt den im Netzwerk gepflegten Einstellungen der verschiedenen Netzwerkpersonen

zum Recht älterer Pflegebedürftiger auf Selbstbestimmung große Bedeutung für die Steuerung zu.

Das soziale Umfeld kann demnach sowohl positive als auch negative Wirkungen bei der Bewältigung von Belastungen haben (KRUSE 1987, FILIPP/AYMANN 1987, vgl. Kapitel 10.2.): Einerseits kann es die Pflegebedürftigen zu Handlungen auffordern, anregen oder motivieren. Dadurch werden sie in ihrer realistischen Selbsteinschätzung über das, was für sie machbar und möglich ist, unterstützt und können möglicherweise ein neues Selbstbild aufbauen. Auch bei der Verarbeitung von negativen Erfahrungen kann ihnen das soziale Umfeld hilfreich sein.

Auf der anderen Seite kann das soziale Netzwerk aber durch Missachtung der Wünsche und Bedürfnisse sowie durch falsche oder unehrliche Rückmeldungen die Pflegebedürftigen behindern. Ein überfürsorgliches Verhalten nimmt ihnen z. B. wichtige Möglichkeiten, sich mit der Situation der Pflegebedürftigkeit adäquat auseinander zu setzen und selbst zu entscheiden, wie ihre Versorgung aussehen soll, so dass Unsicherheiten und Abhängigkeiten gefördert werden. Soziale Integration in ein Netzwerk kann also sowohl funktional als auch dysfunktional sein (GUNZELMANN et al. 1999: 244; RÖHRLE 1994: 52).

In der Regel wird beim Austausch sozialer Unterstützung wie bei anderen Gaben auch zwischen den PartnerInnen ein Gleichgewicht von Geben und Nehmen (Reziprozität) angestrebt: Wer Hilfe leistet, kann erwarten, auch Hilfe zu bekommen (MARBACH 1994).

Welche „Spielregeln“ und Maßstäbe der Bewertung für den Austausch von Unterstützungsleistungen gelten, kann recht unterschiedlich sein. Sie sind beispielsweise abhängig von den jeweiligen Einstellungen in den verschiedenen sozialen Milieus (vgl. Kapitel 7) oder dem Verhältnis der TauschpartnerInnen: Mal kann Geld als Äquivalent für eine Hilfeleistung angemessen sein, in anderen Fällen gar als Beleidigung aufgefasst werden.

Besondere normative Voraussetzungen gelten für den Austausch von Hilfen aller Art zwischen Familienmitgliedern, also familialen Netzwerkpersonen, bei denen sich der Zeitraum zwischen dem Überreichen von Gaben und Erhalten von Gegenleistungen über Jahrzehnte erstrecken kann und die Gaben oft so unterschiedlich sind, dass ihre Äquivalenz nur schwer einzuschätzen ist. In jedem Fall belegen zahlreiche Untersuchungen, dass Kinder die Pflege ihrer alten Eltern häufig mit dem Verweis auf die zuvor von diesen erhaltenen Hilfen begründen. Dies deutet auf die Wirksamkeit der Norm von „generalisierter Reziprozität“, deren Wirkungsmacht sich auch daran zeigt, dass das

Nichtübernehmen der Pflege durch die Kinder oft Schuldgefühle mit sich bringt und besonderer Rechtfertigung bedarf (vgl. zusf. HOLLSTEIN/BRIA 1998).

Hilfe und Unterstützung für pflegebedürftige NachbarInnen, Freunde/-innen oder Bekannte kann mit einer vergleichbaren Selbstverständlichkeit geleistet werden wie innerhalb der Familie und kann im Bekanntenkreis Anerkennung bringen. Das Reduzieren oder Einstellen der Hilfen lässt sich aber leichter akzeptabel rechtfertigen als innerhalb der Familie. Beziehungen zu nichtfamilialen Netzwerkpersonen beruhen in der Regel auf größerer Freiwilligkeit, die Verpflichtung zu helfen wird weniger ausgeprägt empfunden (HOLLSTEIN 1992).

Durch die Pflegebedürftigkeit kann die Fähigkeit zur Reziprozität auf vielfältige Weise eingeschränkt sein: Die körperlichen Beeinträchtigungen erschweren praktische Hilfeleistungen; je nach ökonomischer Situation kann die Notwendigkeit, selbst Hilfsmittel und Dienstleistungen einzukaufen, das finanzielle Budget empfindlich schmälern; zusätzlich sind in vielen Wissensgebieten die gerade noch neuesten Erkenntnisse so schnell wieder überholt, dass der Wissensstand für alle Menschen in vieler Hinsicht einem rasanten Entwertungsprozess unterliegt. Dabei haben Pflegebedürftige meist noch weniger Gelegenheiten, auf dem aktuellen Stand zu bleiben, weil ihnen der Zugang zu entsprechenden Medien fehlt.²¹ Zugleich ist der eigene Bedarf an Pflege und Unterstützung in dieser Lebenssituation erhöht - das Netzwerk wird also auf eine harte Probe gestellt. Neue, junge Netzwerkmitglieder sind nicht ohne weiteres zu finden, denn die Krankheiten und Mobilitätseinschränkungen erschweren den Erhalt alter und das Knüpfen neuer Beziehungen.

Notwendige Unterstützung wird in vielen Pflegearrangements und Netzwerken auch von bezahlten, beruflich Pflegenden oder Helfenden geleistet, bei denen in der Regel vertraglich klar abgesteckt ist, welche Leistungen sie für welche Bezahlung erbringen. Sie werden in Abgrenzung von den zuvor genannten informellen als formelle Netzwerkpersonen bezeichnet (NETZ 1996: 19ff).

Sowohl informelle als auch formelle, sowohl familiäre als auch nicht familiäre Netzwerkpersonen können die verschiedenen Formen der Unterstützung erbringen. Von manchen erhalten die Pflegebedürftigen dabei vor allem eine Art der Unterstützung; diese Beziehungen werden als uniplex bezeichnet. Andere Netzwerkpersonen stehen für ver-

²¹ In den kommenden Generationen wird vermutlich das Informationsgefälle zwischen den älteren Pflegebedürftigen und ihren jüngeren Pflegepersonen durch die immer verbreitetere Nutzung des Internets geringer sein.

schiedene Hilfen, die Beziehungen zu ihnen sind multiplex (KARDORFF 1995: 404). Diese Unterscheidung ist in unserem Forschungskontext wichtig, weil wir erwarten, dass der Ausfall multiplexer Beziehungen schwieriger zu kompensieren ist.

Zusammenfassung

Pflegebedürftige können aus ihrem sozialen Netzwerk vielfältige Unterstützung erhalten. Um die Bedeutung der Netzwerke für die Steuerung und Selbstbestimmung analysieren zu können, ist ihre differenzierte Beschreibung hinsichtlich Zusammensetzung und Funktion notwendig.

9.1.2. Das Netzwerk als Gelegenheitsstruktur für Selbstbestimmung Pflegebedürftiger

Netzwerkforschung ist ein Versuch, komplexe Zusammenhänge greifbar zu machen. Wie schon bei den vorausgegangenen Überlegungen deutlich wurde, kommen bei der Betrachtung von Netzwerken zahllose Variablen ins Spiel. Wir erwarten daher nicht, dass unsere (notwendigerweise begrenzte) Untersuchung unmittelbare Kausalitäten ergibt. Vielmehr betrachten wir die Netzwerke als Struktur, in die ein Pflegearrangement eingebettet ist, und die sich insgesamt auf die Steuerungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen in einer Weise auswirkt, die durch die alleinige Betrachtung der einzelnen Beziehungen oder Unterstützungsarten nicht verständlich würde. In diesem Sinne ist ihr Unterstützungsnetzwerk für die Pflegebedürftigen eine Struktur, die unterschiedliche Gelegenheits- und Restriktionsgrade haben kann. Welche Zusammenhänge zwischen den Strukturmerkmalen der Netzwerke und den Restriktionsgraden und Gelegenheiten zu erwarten sind, erläutern wir im folgenden:

Zunächst stellt das Netzwerk für die Pflegebedürftigen in jedem Fall einen Ressourcenpool dar, der – abhängig von den dadurch repräsentierten Möglichkeiten – die quantitativen und qualitativen Gelegenheiten für Unterstützung verbessert. Entsprechend lautet unsere Annahme:

Ein großes und vielfältiges Netzwerk aus uni- und multiplexen Beziehungen zu Menschen aus dem informellen und formellen Sektor, aus Familie und Bekanntenkreis verringert die Abhängigkeit von Einzelnen und bietet größere Chancen, KoalitionspartnerInnen für die eigenen Interessen im Steuerungsprozess zu finden. Ein großes Netzwerk bietet außerdem mehr Möglichkeiten für Ablenkung,

Beschäftigung und Selbstbestätigung unabhängig von den pflegebedingten Einschränkungen.

Das Netzwerk ist der Ort für die (Re-)Produktion von Einstellungen und Erwartungen, die das Selbstbild und Selbstwertgefühl aller Beteiligten, also auch der Pflegebedürftigen, prägen. Hier werden Einstellungen und Verhalten positiv wie negativ sanktioniert. Daraus leiten wir folgende zwei Erwartungen ab:

Die Gelegenheit für die Teilhabe der Pflegebedürftigen an der Steuerung verbessert sich, wenn ihr Wunsch nach selbstbestimmten Entscheidungen über die eigenen Belange vom Netzwerk akzeptiert und anerkannt wird.

Fehlt die Akzeptanz und Anerkennung, wirkt sich das Netzwerk als Restriktion für ihre Selbstbestimmung aus.

9.2. Pflegebeziehungen und Konstellationen

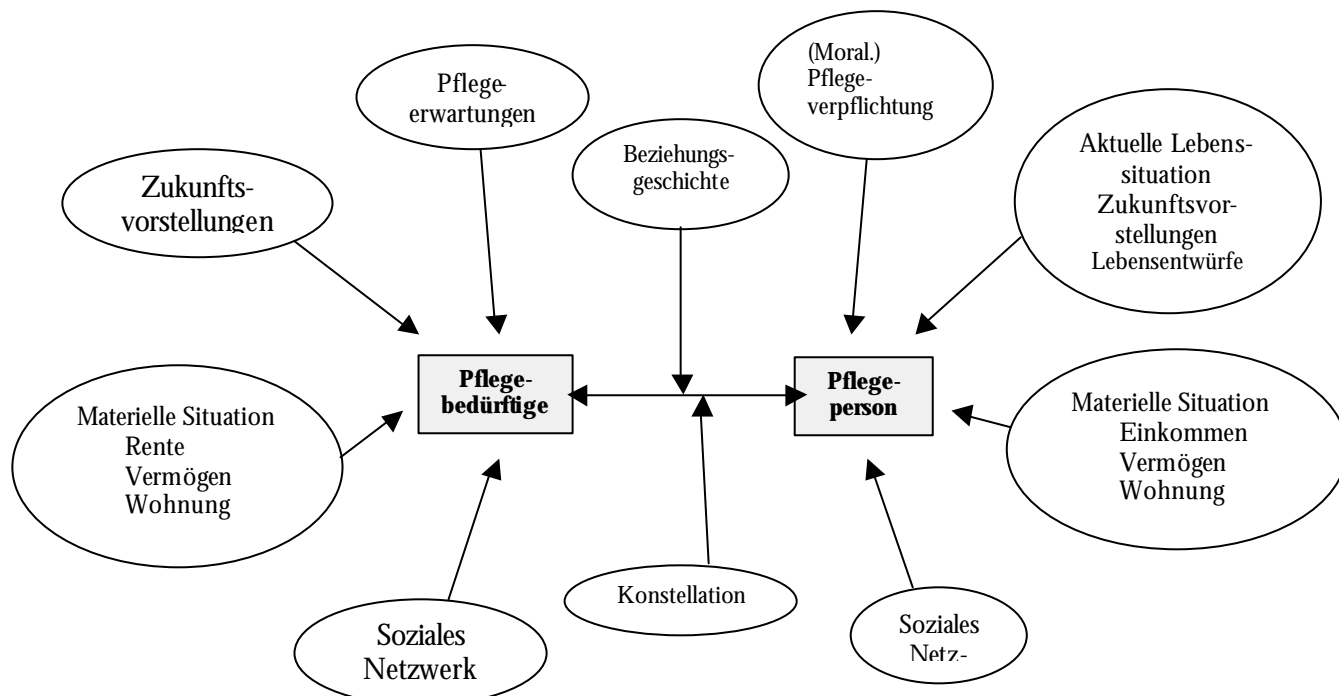
9.2.1. Vorbemerkung

Pflegebeziehungen zwischen Pflegebedürftigen und ihren informellen Pflegepersonen haben meist eine Vorgeschichte, die bis in die Zeit vor Beginn der Pflegebedürftigkeit zurückreicht. In dieser Zeit haben sich bestimmte Wahrnehmungsschemata, Umgangsformen, Hierarchien etc. zwischen den beiden Beteiligten etabliert, die in der Pflegesituation fortwirken. Diese qualitativen Aspekte der Pflegebeziehung und ihre Auswirkungen auf die Steuerung sind Gegenstand des ersten Unterabschnitts in diesem Kapitel.

Typische Problemlagen und Beziehungskonflikte ergeben sich weiterhin aus der jeweiligen Zusammensetzung der Pflegearrangements bzw. der Konstellation der Pflegebeziehungen: Familiäre Beziehungen unterliegen anderen normativen Erwartungen und auch gesetzlichen Vorgaben als nicht-familiäre. Zwischen (Ehe-)PartnerInnen oder Eltern und Kindern gibt es andere, eingespielte Verhaltensmuster als beispielsweise in Pflegebeziehungen zu pflegenden NachbarInnen. Im zweiten Teil werden deshalb die Bedeutungen der verschiedenen Konstellationen und ihre Auswirkungen auf Steuerung und Stabilität der Arrangements diskutiert.

Die Abbildung 8 zeigt zusammenfassend, in welchem Kontext die Pflegebeziehungen insgesamt stehen.

Im dritten Teil geht es schließlich um die Besonderheiten in den Beziehungen zwischen professionell Pflegenden und den Pflegebedürftigen bzw. Pflegepersonen. Hier treffen lebensweltliche und professionelle Standards aufeinander: Wünsche nach individueller Betreuung und Zuwendung müssen anders als in den privaten Beziehungen mit ver-



traglich festgelegten Grenzen in Einklang gebracht werden. Welche Konsequenzen wir daraus für die Steuerung erwarten, entwickeln wir in diesem Abschnitt.

Abbildung 8: Einflüsse auf die Pflegebeziehung

9.2.2. Identifizierung problematischer und unproblematischer Pflegebeziehungen

Pflegebeziehungen können - wie andere Beziehungen auch - viele und z. T. widersprüchliche Gesichter haben (ZEMAN 2002; TEISING 1999; HOLLSTEIN 1992). Sie sind z. B. von Hierarchie oder Gleichheit, dem Ringen um Akzeptanz und Anerkennung, Aggressionen, Abhängigkeiten und Misstrauen oder Selbstständigkeit, Vertrauen und Ermutigung gekennzeichnet. Oft ist es eine Mischung, bei der aber Positives oder Negatives überwiegen kann. Die Wurzeln des aktuellen Umgangs miteinander liegen in der individuellen und gemeinsamen Geschichte der Beteiligten. Der Kontakt zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen intensiviert sich durch die Pflege oft. Das kann zu größerer Nähe und Intimität, aber auch zum Aufbrechen alter und zu neuen Konflikten führen. Durch die Pflegebedürftigkeit kann sich die Position der Pflegebedürftigen in den bestehenden Beziehungen verändern. Welche Konflikte, Lösungsstrategien und Um-

gangsweisen sichtbar werden oder sozial akzeptiert sind, hängt dabei auch von der normativen Einbettung der Beziehungen und der sozialen Kontrolle durch das Netzwerk ab (vgl. Kapitel 7 und Kapitel 9.1.1). Sie müssen bei der Betrachtung der Beziehungen berücksichtigt werden, um typische Konflikte und Problemlagen sichtbar zu machen.

Grundsätzlich können sowohl Pflegende als auch Gepflegte in den Pflegebeziehungen als „Tyranen“ auftreten, allerdings müssen Pflegebedürftige stets einkalkulieren, dass ihre Versorgung abgesichert bleibt. In diesem Bereich sind die Sanktionsmöglichkeiten deshalb in der Regel nicht gleich verteilt. Nun sind Pflegebedürftige aber nicht per se ohnmächtig: Gerade gegenüber Familienangehörigen oder in anderen langjährigen Beziehungen gibt es ganz praktische, z. B. finanzielle, aber auch emotionale Abhängigkeiten der Pflegenden von den Pflegebedürftigen. Auf diese Abhängigkeiten kann sich die Macht der Pflegebedürftigen gründen, mit der sie ihre Interessen in den Steuerungsprozessen auch gegen den Willen anderer durchsetzen können, wenn nicht der Idealfall der gegenseitigen Rücksichtnahme und Anerkennung vorliegt, bei dem ihre Rechte und Bedürfnisse auch ohne Druck respektiert und berücksichtigt werden.

Die Pflegesituation ist für Pflegebedürftige wie für Pflegenden in vielerlei Hinsicht belastend und stellt beide vor neue Aufgaben und Schwierigkeiten, die aber - Pflege ist Ko-Produktion (vgl. Kapitel 4) - letztlich nur gemeinsam bewältigt werden können. Daher können in diesen Beziehungen immer wieder verschiedenste Konflikte auftreten. Entscheidend für die Bewertung der Beziehungsqualität ist aber nicht die Häufigkeit und die Intensität der Konflikte, sondern der Umgang mit diesen. Voraussetzung für eine befriedigende Problemlösung ist deshalb, dass einerseits die Pflegenden die konstruktiven Beiträge der Pflegebedürftigen zum Gelingen des Pflegearrangements anerkennen und andererseits die Pflegebedürftigen die Bemühungen bzw. Leistungen der Pflegepersonen wertschätzen und ihre Belastungen wahrnehmen. Weiterhin ist es wichtig, dass beide über die wechselseitigen Belastungen und Sorgen informiert sind und Verständnis füreinander zeigen. Von einer problematischen Pflegebeziehung sprechen wir deshalb, wenn die Bemühungen und Leistungen, die Belastungen und Probleme der jeweils anderen Person nicht oder nur einseitig anerkannt werden. In jedem Fall beschränkt sich die Betrachtung der Beziehungsqualität auf die genannten, sehr begrenzten Aspekte, denn die weitreichenden psychologischen Hintergründe von Beziehungskonflikten zu ergründen, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden.

Zusammengefasst erwarten wir folgende Zusammenhänge von Steuerung und Beziehungsqualität:

Eine unproblematische Beziehung ermöglicht eine Steuerung, bei der die Bedürfnisse der jeweils anderen berücksichtigt werden.

Im Gegensatz dazu wird bei einer problematischen Beziehung die Steuerung von einer Person dominiert, ohne dass die Bedürfnisse der Anderen berücksichtigt werden.

In problematischen Beziehungen ist die Stabilität des Pflegearrangements besonders gefährdet, weil ohne gegenseitige, wertschätzende Akzeptanz die pflegebedingten Belastungen dauerhaft nicht zu ertragen sind.

9.2.3. Steuerung in den verschiedenen Konstellationen

Die meisten Pflegebedürftigen werden bekanntlich von Familienangehörigen versorgt²², und zwar zu je rund einem Drittel von EhepartnerInnen (20% Ehefrauen, 12% Ehemänner) und (Schwieger-)Töchtern (23% Töchter, 10% Schwiegertöchter). Söhne pflegen zu 5%, entferntere Verwandte zu 10%, gefolgt von NachbarInnen, Freunden/-innen und Bekannten (7%) (alle Angaben aus SCHNEEKLOTH/MÜLLER 2000: 52f, die genannten Zahlen beziehen sich auf EmpfängerInnen von Leistungen der Pflegeversicherung).

Familienbeziehungen sind, wie wohl jeder aus eigener Erfahrung weiß, von vielen expliziten und impliziten Erwartungen und mehr oder weniger gut verarbeiteten Konflikten und Erfahrungen geprägt. In der Pflegesituation, die von allen Beteiligten Anpassungsleistungen an die neue Situation erfordert, wirkt diese Vorgeschichte fort. Dabei gibt es in jeder Pflegebeziehung sicher ganz individuelle Aspekte, aber auch typische Problemlagen, die im folgenden vorgestellt werden.

9.2.4. (Ehe-)PartnerInnenpflege

In gut einem Drittel aller Pflegearrangements pflegen sich (Ehe-)PartnerInnen gegenseitig (SCHNEEKLOTH/MÜLLER 2000), vor allem Frauen ihre Männer, was angesichts der höheren Lebenserwartung der Frauen nicht verwunderlich ist. Gegenseitige Hilfe

²² EVERS (1997: 516) beklagt, dass es in Deutschland „bislang noch kaum typologisierende Bestandsaufnahmen familialen Pflegeverhaltens“ gibt. Das gilt bis heute unverändert vor allem im Hinblick auf die Sicht der Pflegebedürftigen. Untersuchungen zu familialen Pflegebeziehungen liegen fast ausschließlich zur Beziehung von pflegenden Töchtern und ihren Müttern vor (z. B. KUHLMEY et al. 2002, ALTENHOFER 1999). Eine Veröffentlichung zu pflegenden Söhnen ist die von SCHÜTZE/HOLLSTEIN (1994).

und Pflege unter Eheleuten ist im Vergleich der verschiedenen Konstellationen die wohl selbstverständlichste, obwohl die Pflegepersonen dann meist selbst schon ein höheres Alter erreicht haben. Die ausgeprägten Pflegeerwartungen erzeugen allerdings einen großen Druck zur Aufrechterhaltung der Pflege auch in schwierigen Situationen (HOLLSTEIN 1992).

Wir gehen davon aus, dass in dieser Konstellation trotz der allgemein hohen Belastungen nur die körperliche Belastbarkeit der Pflegeperson der limitierende Faktor für die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege ist. Die Entscheidung für die Pflege erfolgt unabhängig von der Beziehungsqualität.

Die Steuerung bei der (Ehe-)PartnerInnenpflege basiert zunächst auf den in einer Jahrzehnte währenden Lebensgemeinschaft eingefahrenen Entscheidungsstrukturen. Für die Generationen der heute Pflegebedürftigen, bei denen eher traditionelle Vorstellungen von den Geschlechterrollen vorherrschen dürften, bedeutet das in der Regel, dass sich der Entscheidungsbereich der Frauen eher auf das „Innen“, der der Männer stärker auf das „Außen“ bezieht. Die Pflegebedürftigkeit kann allerdings die gewohnte Arbeitsteilung völlig auf den Kopf stellen und für die/den Pflegenden/n bedeuten, sich in ganz neue Arbeits- und Entscheidungsbereiche einarbeiten zu müssen oder vielleicht auch endlich zu dürfen. Denn es besteht immer die Möglichkeit, dass die Pflegeperson die pflegebedingte Abhängigkeit der Partnerin/des Partners dazu nutzt, nunmehr die Steuerung an sich zu ziehen und vor allem die eigenen Interessen durchzusetzen (vgl. zusfd. BMSFSJ 2002: 197). Zusammenfassend erwarten wir aber, dass sich bei der (Ehe-)PartnerInnenpflege das zuvor gelebte Steuerungsverhalten nicht grundlegend ändert:

Paare, die früher gemeinschaftlich entschieden haben, tun das möglichst auch weiterhin. Gab es getrennte Entscheidungsbereiche, verändert sich zwar möglicherweise der Zuschnitt dieser Bereiche, die grundsätzliche Teilung bleibt aber bestehen. Dominierte früher die/der eine, so tut sie/er das weiterhin, unabhängig davon, wer pflegebedürftig ist.

9.2.5. Pflege durch (Schwieger-)Töchter und Söhne

Es gibt eine allgemeine Norm, die Solidarität und gegenseitige Hilfeleistungen besonders innerhalb der Familie verlangt (SCHÜTZE 1995: 32) und die die Basis für die Verpflichtungsgefühle der Nachkommen von Pflegebedürftigen ist. Vor allem die emotionale Beziehung und der Verweis auf „alles, was die Eltern für die Kinder getan haben“ werden von Pflegenden und Gepflegten als Argumente für die Pflege in dieser Konstel-

lation vorgebracht (KÜNZEL-SCHÖN 2000: 144f). Selbst wenn die Kinder die Beziehung zu den Eltern als schlecht einschätzen, leisten sie instrumentelle Hilfe, wenn auch mehr aus Pflichtgefühl denn aus Neigung.²³ Dennoch muss sich in jedem einzelnen Fall ein Familienmitglied der jüngeren Generation zur Pflege bereit erklären – und der zu pflegende (Schwieger-)Elternteil muss gewillt sein, sich in dieser Konstellation pflegen zu lassen.

SCHÜTZE/WAGNER (1995) zufolge gibt es insgesamt eine große Bereitschaft auf Seiten der Kinder, ihre alten Eltern zu unterstützen. Allerdings machen die meisten einen Unterschied zwischen emotionaler oder praktischer Hilfe und der Pflege im engeren Sinne: Während Hilfen als selbstverständlich gelten, wird die Pflegebereitschaft deutlich zurückhaltender geäußert, und zwar insbesondere dann, wenn Pflege bereits erforderlich oder zumindest sehr absehbar nötig ist, die Zustimmung zur Versorgung im Heim nimmt dann zu. Sind hingegen noch alle gesund, ist die Mehrheit für Pflege in der Familie.

Die im folgenden geschilderten Problemsituationen und entsprechenden Argumente begleiten nicht nur die Entstehungsphase eines Arrangements, in dem (Schwieger-)Kinder pflegen, sondern dienen auch zur Beschreibung der Belastungen und möglichen Gründe für die Aufgabe der Pflege (vgl. zusfsd. DALLINGER 1998):

Pflegende (Schwieger-)Kinder stehen teilweise noch im Berufsleben oder sind am Beginn ihres Ruhestandes und haben eigene Wünsche und Zukunftspläne. Oft sind die eigenen Kinder inzwischen einigermaßen selbstständig; das eigene Altwerden rückt zwar schon näher, aber die (noch!) verbleibende Zeit soll genutzt werden. Möglicherweise verspüren die Pflegepersonen selbst auch schon erste körperliche Beeinträchtigungen oder Krankheiten. Wenn in dieser Lebenssituation nun ein (Schwieger-)Elternteil pflegebedürftig wird, muss ein Pflegearrangement gefunden und immer wieder angepasst werden.

Abhängig von der materiellen Lage der Beteiligten spielen bei diesen Konstellationen auch finanzielle Erwägungen eine Rolle: Einerseits stehen die Ersparnisse der Pflegebedürftigen und damit das mögliche Erbe der Pflegepersonen auf dem Spiel, andererseits sind diese Angehörigen nach dem Bundessozialhilfegesetz auch verpflichtet, sich an den Kosten für die Pflege zu beteiligen, wenn Einkommen und Vermögen der Pflegebedürftigen nicht ausreichen. Im Hinblick auf das Familieneinkommen ist die Pflege zu Hause

²³ „Je schlechter die Kinder die Beziehung zu ihren Eltern einschätzen, desto eher unterhalten sie den Kontakt zu ihnen aus Pflicht. ... die instrumentelle Hilfe [wird] durch die Qualität der Beziehung nur schwach tangiert.“ (SCHÜTZE/WAGNER 1995: 324f)

dann die günstigere Lösung. Wenn die (Schwieger-)Kinder noch erwerbstätig sind, muss vielleicht auch über das Aufgeben der Berufstätigkeit entschieden werden (vgl. zu diesen Abwägungsprozessen DALLINGER 1997a). Sind die (Schwieger-)Kinder allerdings nicht erwerbstätig, können das Pflegegeld und die Möglichkeit zur Rentenversicherung ein Grund sein, die Pflege zu übernehmen.

Da die Interessen bei diesen Konstellationen weiter als in der (Ehe-)PartnerInnenpflege auseinander liegen, ist grundsätzlich der Aushandlungsbedarf höher. Ein gemeinsamer Pflegealltag muss organisiert und abgesprochen werden, was zusätzlich erschwert ist, weil Pflegepersonen und Pflegebedürftige zumindest bis zum Beginn der Pflegebedürftigkeit meist keinen so eng verzahnten gemeinsamen Alltag hatten, oft auch nicht in einem Haushalt gelebt haben. In manchen Fällen steht auch die Entscheidung darüber an, ob die Beteiligten wegen der Pflege zusammen ziehen.

Nicht zuletzt spielt sich der ganze Steuerungsprozess in diesen Arrangements vor dem Hintergrund einer Eltern-Kind-Beziehung ab, deren verschiedene Stadien sicher nicht immer in einer für alle befriedigenden Weise so durchlaufen und durchlitten wurden, dass eine ausgewogene und offene Diskussionskultur etabliert ist.²⁴ Vielmehr ist zu erwarten, dass die neue Nähe und die neuen Abhängigkeiten alte, ungelöste Konflikte wieder aktualisieren. In jedem Fall ist belegt, dass anders als naheliegenderweise anzunehmen wäre, eine schlechte Beziehung zu den Eltern kein Grund ist, diese nicht zu unterstützen (KÜNZEL-SCHÖN 2000: 149). Die Verpflichtungsgefühle gegenüber Familienmitgliedern überwiegen so stark, dass auch bei negativ oder distanziert beschriebenen Beziehungen gepflegt wird (HOLLSTEIN/BRIA 1998, zusf. DALLINGER 1997a: 39), manchmal sogar gerade dann, weil noch immer nach einer befriedigenden Auflösung der ungelösten Beziehungsprobleme gesucht wird.

Angesichts der vielen denkbaren Variationen von Motiven für und gegen die Pflege, die in dieser Konstellation in die Entscheidungsprozesse einfließen, lassen sich Vermutungen über die Teilhabe der Pflegebedürftigen an den Steuerungsprozessen nur sehr allgemein formulieren.

²⁴ BLENKNER (1965) beschreibt das Stadium der „Filiolen Reife“ („d. h. emotionale Unabhängigkeit bei gleichzeitiger Sicherheit über die emotionale Qualität“, SCHÜTZE 1995: 309), das BRUDER (1988) und KNIPSCHER (1989) als Voraussetzung für eine gelingende Pflegebeziehung zwischen Eltern und Kindern bezeichnen. Demzufolge entsteht in diesem letzten Stadium der Eltern-Kind-Beziehung ein neues Verantwortungsgefühl der Kinder für die hilfebedürftigen Eltern. Wenn diese das akzeptieren, ist das ein Zeichen ihrer „parentalen Reife“. Voraussetzung ist, dass die Eltern neue Formen der Reziprozität (z. B. emotional) finden und lernen, sich mit ihren meist mangelhaften Kompensationsmöglichkeiten abzufinden (KNIPSCHER 1989: 146f).

Wir erwarten, dass in diesen Konstellationen überwiegend die (Schwieger-)Kinder steuern, weil sie die Ausgestaltung des Pflegearrangements an ihre Möglichkeiten und Grenzen anpassen und die alten (Schwieger-)Eltern ihre Hilfe und Pflege brauchen. Ist zusätzlich die Beziehung zwischen den Beteiligten problematisch oder überwiegen bei den (Schwieger-)Kindern finanzielle Gründe bei der Entscheidung für die Pflege, werden die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen eingeschränkt.

Der limitierende Faktor in diesen Pflegebeziehungen sind weniger die körperliche Belastung der Pflegepersonen als vielmehr die Unvereinbarkeit der Pflege mit der eigenen Lebensplanung bzw. die Beziehungsprobleme zwischen (Schwieger-)Eltern und (Schwieger-)Kindern.

9.2.6. Pflege durch NachbarInnen, entfernte Verwandte, Freunde/-innen oder Bekannte

Diese Konstellationen zeichnen sich dadurch aus, dass Nichten, Neffen usw. oder NachbarInnen, Freunde/-innen und Bekannte mit viel weniger Erwartungsdruck konfrontiert sind, der sie zur Pflege bewegen könnte. Von NachbarInnen ist bekannt, dass sie typischerweise allmählich in die Unterstützung eingebunden werden, weil sie nahe wohnen und deshalb z. B. für Einkäufe und andere Hilfen schon früher zur Verfügung stehen (TÖPFER et al. 1998). Wir erwarten, dass solche Pflegearrangements überwiegend auf der Grundlage von Freundschaft und Zuneigung entstehen (vgl. BMFSFJ 2002: 122). Die Aussicht auf Pflegegeld und Rentenversicherung sowie die Anerkennung aus dem Netzwerk könnten die Pflegebereitschaft zusätzlich verstärken. Die durch normative und finanzielle Verstrickungen ausgelösten Probleme bei der Pflege innerhalb der Kernfamilie fallen in diesen Arrangements weg. Auch die von HEINEMANN-KNOCH/DE RIJKE (1987) beschriebenen Auswirkungen der familiären Konstellationen in Pflegebeziehungen belegen, dass die unproblematischsten diejenigen zwischen nur entfernt Verwandten sind.

Wir vermuten, dass die Entscheidungen der am Arrangement Beteiligten für die Pflege in diesen Konstellationen auf einer größeren Freiwilligkeit und einer unproblematischen Beziehung beruhen. Für die Steuerung erwarten wir, dass sie gemeinschaftlich erfolgt und die Interessen von beiden berücksichtigt.

Der geringere normative Druck und die größere Freiwilligkeit erleichtern aber den Pflegepersonen auch den Abbruch der Pflege.

Gehören sie der gleichen Generation an wie die Pflegebedürftigen, sind es typischerweise körperliche Grenzen, während bei jüngeren ähnlich wie in der Kinder-Eltern-Pflege die Unvereinbarkeit der eigenen Zukunftspläne mit der Pflege den limitierenden Faktor bildet. Insofern schätzen wir Pflegearrangements mit dieser Konstellation als besonders labil ein.

9.2.7. Alleinlebende Pflegebedürftige mit rein professioneller Pflege

Mit alleinlebenden Pflegebedürftigen meinen wir im folgenden pflegebedürftige Menschen, die keine private Hauptpflegeperson²⁵ haben. Ihre Pflege ist in der Regel vor allem über bezahlte Pflegekräfte und eventuell zusätzlich über Netzwerkpersonen abgesichert.

Von alleinlebenden älteren Menschen ist bekannt, dass ein Teil von ihnen weitgehend isoliert lebt, während andere sozial eingebunden sind (KÜNZEL-SCHÖN 2000: 91ff). Auch wir unterscheiden schematisch zwei Gruppen: Diejenigen, die zwar allein leben, aber in ein soziales Netzwerk (vgl. Kapitel 9.1.1.) eingebunden sind, das ihnen durch soziale Unterstützung beim Ausgleich ihrer pflegebedingten Einschränkungen hilft, nennen wir *sozial integriert*. Und andererseits diejenigen, die nicht nur allein leben, sondern zusätzlich kaum Kontakte zu anderen Menschen haben und die wir deswegen als *sozial isoliert* bezeichnen. Dieser Unterschied ist für uns wichtig, weil wir davon ausgehen, dass

die sozial Integrierten durch den ihnen zur Verfügung stehenden größeren Ressourcenpool HelferInnen austauschen oder ersetzen können und dadurch selbstbestimmter steuern können.

Die isolierten Alleinlebenden sind dagegen auf die professionell Pflegenden, die in der Regel bei einem Pflegedienst arbeiten, angewiesen.

In diesen Konstellationen erwarten wir, dass die professionellen Pflegekräfte das Arrangement steuern.

Da ohne Netzwerk auch viele Ressourcen fehlen, besteht für diese Pflegebedürftigen auch ein hohes Risiko, die Pflege zu Hause nicht mehr aufrecht erhalten zu können.

²⁵ Als Hauptpflegeperson bezeichnen wir die- oder denjenigen, die/der mehr als die anderen Pflegenden mit der Hilfe/Pflege befasst ist (in Anlehnung an SCHNEEKLOTH/POTTHOFF 1993: 125).

9.3. Die Beziehung zu professionellen Pflegekräften

Der Anteil der Pflegearrangements, in denen die Pflege ganz oder teilweise von professionellen Pflegekräften erbracht wird, ist seit 1995 kontinuierlich gestiegen und lag 1998 schon bei rund einem Viertel aller ambulant versorgten LeistungsempfängerInnen der Pflegeversicherung (SCHNEEKLOTH/MÜLLER 2000: 22). Die professionelle Pflege trägt damit in hohem Maße zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege und Vermeidung von Heimeinweisungen bei. Die Befürchtung, dass sich die Angehörigen mit der Einführung der Pflegeversicherung aus der Pflege zurückziehen und diese den Professionellen²⁶ überlassen, hat sich nicht bestätigt (ATTIAS-DONFUT 2000: 224). Heute gilt vielmehr als belegt, dass ohne die (in den meisten Fällen ergänzenden) professionell Pflegenden viele häusliche Arrangements nicht funktionieren könnten. Ihre praktische Unterstützungsfunktion ist damit erwiesen. Während die Rolle der informellen HelferInnen sehr vielschichtig sein kann, ist die Rolle der professionellen Pflegekräfte durch die vertraglichen Regelungen klarer definiert. Sie müssen die gesetzlichen und vertraglichen Vereinbarungen bei ihrer Arbeit einhalten, denen zufolge sie nicht nur praktisch helfen, sondern auch beraten und die Qualität der zu Hause erbrachten Pflege sichern sollen. Damit haben sie per Gesetz einen eindeutigen Steuerungsauftrag. Wie sie tatsächlich auf die Steuerung der Arrangements einwirken, ist bislang aber kaum untersucht.

Die Pflege durch die professionellen Pflegepersonen im häuslichen Umfeld folgt ganz anderen Logiken als die der informellen Pflegepersonen:

Die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und den Professionellen kann man in Anlehnung an PARSONS (1968: 423ff) als kleinstes Kollektiv bezeichnen. In Analogie zur Arzt-Patienten-Beziehung ist das Kollektiv an einem gemeinsamen Ziel und einer gemeinsamen Funktion orientiert. In der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und professionellen Pflegekräften ist das gemeinsame Ziel, die Lage der Pflegebedürftigen zu verbessern. Genauso wie sich die Patienten aktiv um die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes bemühen sollten, sind auch die Pflegebedürftigen per Gesetz (§6 SGB XI) dazu verpflichtet, einer Verschlimmerung ihrer Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken. Dabei sind die Pflegebedürftigen als Partner der Professionellen „in die Funktion der Produktion einbezogen“ (PARSONS 1968: 426). Gleichzeitig versteht der Gesetzgeber, rein formal betrachtet, die Pflegebedürftigen als Konsumenten, deren Rolle dadurch

²⁶ Den Begriff Professionelle benutzen wir synonym mit professionell Pflegenden oder professionellen Pflegekräften. Gemeint sind damit alle erwerbsmäßig Pflegenden, die in der Regel bei einem Pflegedienst angestellt sind. Dazu zählen auch die nicht oder gering formal Qualifizierten.

gekennzeichnet ist, dass sie als KundInnen die personenbezogenen Dienstleistungen einkaufen.

Die Besonderheit in diesem Kollektiv ist, dass die professionellen Pflegekräfte (meist) über einen längeren Zeitraum in einen Pflegehaushalt kommen und von Anfang an den Nahbereich und die Intimsphäre der Pflegebedürftigen berühren, die für Fremde eigentlich tabu sind. Dabei bringen sie ihre professionellen Ansprüche mit: Fachpflegerische Standards, gesetzliche und vertragliche Anforderungen, betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten (SCHMIDT 2002: 192). In den Pflegehaushalten prägen dagegen die bestehenden langjährigen Beziehungen und gegenseitigen (Reziprozitäts-)Erwartungen, die alltäglichen Gewohnheiten und Abläufe den (Pflege-)Alltag.

Sowohl die Pflegebedürftigen als auch die professionellen Pflegepersonen kommen aus ihrer jeweiligen Lebenswelt, mit unterschiedlichem Kontext und ihren eigenen Beziehungserfahrungen, was leicht zu Konflikten führen kann (vgl. ZEMAN 1997). So wird in der Literatur seit Jahren insbesondere beklagt, dass die Kompetenz der häuslichen Pflegepersonen als ExpertInnen ihres Arrangements zu wenig Respekt erfahre (ENTZIAN/KLIE 2000: 25; HOPPE 1998; JANSEN 1998; STEINER-HUMMEL 1998, 1993; EVERS/OLK 1996)²⁷. Zusätzlich wird die Interaktion zwischen den professionellen Pflegekräften und den häuslichen Beteiligten dadurch erschwert, dass sie die Pflegebedürftigen immer wieder mit ihren Unzulänglichkeiten und Defiziten konfrontiert (vgl. TEISING 1998: 36f). Welche Umgangsweisen und Konflikte im einzelnen entstehen, hängt sowohl von den milieuspezifischen und individuellen Einstellungen der Pflegehaushalte (vgl. Kapitel 7) als auch von den jeweils professionell Pflegenden ab. Im Wissen um diese Problematik werden deshalb in den letzten Jahren (BOES et al. 2003; SCHMIDT 2002; ENTZIAN/KLIE 2000; BRAUN/SCHMIDT 1997) neue Anforderungen an die Professionalität der bezahlten Pflegekräfte formuliert:

Professionell Pflegende sollen sich demzufolge für die Lebenswelt der Pflegebedürftigen interessieren, die vorhandenen Ressourcen wahrnehmen, fördern und nutzen und die bestehenden gewachsenen Gewohnheiten und Abläufe respektieren (vgl. ZEMAN 1997: 102). Zwischen ihren Standards und den Erwartungen der Pflegebedürftigen und ihrer informellen Pflegepersonen müssen Kompromisse gefunden werden, die im Rahmen von Aushandlungsprozessen zu finden sind. Das erfordert ein Verständnis von Pflege als

²⁷ Einmal mehr zeigt sich hier, dass die Pflegebedürftigen selbst in der gerontologischen Forschung als aktive GestalterInnen ihrer Arrangements kaum auftauchen. Sie sind vielmehr das Problem, das es zu versorgen und zu verwalten gilt.

Aushandlungsgeschehen, das durch die Koproduktion aller Beteiligten erzeugt wird und in das sowohl die jeweiligen Bedürfnisse des Pflegehaushalts als auch die Fachkenntnisse der Professionellen einfließen (SCHMIDT 2002: 191). Allerdings sind diese Anforderungen an die Fachlichkeit von Pflege – auch durch die Rahmenbedingungen verursacht – bis heute zwar theoretisch formuliert, in der Praxis herrscht aber noch immer ein auf die Pflegeprozessessteuerung fixiertes und beschränktes professionelles Selbstverständnis vor (SCHMIDT 2002: 199).

Wenn in den Alltag der Pflegebedürftigen und – soweit vorhanden – ihrer informellen Pflegepersonen professionell Pflegende kommen, verändert sich dieser Alltag. Auch in die Aushandlungsprozesse treten damit zusätzliche Akteure ein, deren Interessen und Verhandlungsspielräume wesentlich von formalen und ökonomischen Aspekten sowie dem jeweiligen beruflichen Selbstverständnis geprägt sind. Da wir vermuten, dass die Auffassung von Pflege als Koproduktion bisher keineswegs als selbstverständlich gelten kann, sondern Pflege vielmehr als einseitig von informellen und formellen Pflegenden erbrachte Leistung gesehen wird, erwarten wir,

dass wesentliche Fragen zwischen privater und professioneller Pflegeperson erörtert werden, ohne dass die Pflegebedürftigen beteiligt sind.

Da die professionelle Pflegekraft die Beratung und Einhaltung fachlicher Standards als Teil ihrer beruflichen Aufgabe sieht, gehen wir davon aus, dass sie die Entscheidungen im Pflegearrangement zumindest mitsteuert.