

22. Die Einflüsse der Milieuzugehörigkeit auf Pflegeorganisation und Steuerung (J. Heusinger)

In der vergleichenden Auswertung der Interviews haben sich die Milieuunterschiede erwartungsgemäß vor allem auf das Vorhandensein, die Erreichbarkeit und die tatsächliche Mobilisierbarkeit von Ressourcen, mit denen die Betroffenen die Einschränkungen ausgleichen können, zurückführen lassen. Dies sind einerseits materielle und finanzielle Ressourcen, andererseits soziale und kulturelle: Wenn beispielsweise Geld reichlich vorhanden ist, können Hilfsmittel und Dienstleistungen nach Bedarf gekauft werden; wenn ein stabiles, großes soziales Netzwerk in Familie und Nachbarschaft viel Unterstützung absichert oder wenn Bildungsabschlüsse und Berufsbiographie zu einem selbstbewussten Umgang mit Institutionen und versierter Informationsbeschaffung führen, haben die Pflegebedürftigen jeweils spezifische Möglichkeiten, ihren Alltag nach ihren Wünschen zu gestalten. Darüber hinaus hat sich der milieuspezifische Habitus, der den Handlungsrahmen der Beteiligten für den als richtig empfundenen Umgang mit der Pflegesituation und den vorhandenen Ressourcen vorgibt, als wichtig für die Pflegeorganisation und die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen erwiesen.

22.1. Die Verteilung der befragten Pflegebedürftigen auf die sozialen Milieus

Die von uns befragten Pflegebedürftigen (N = 28) verteilen sich folgendermaßen auf die Regionen und sozialen Milieus (vgl. Tabelle 4): 15 Pflegebedürftige leben in den alten Bundesländern, acht davon in einer ländlichen Region und sieben in Westberlin. Fünf von ihnen gehören dem Konservativ-Gehobenen Milieu an, sechs dem Kleinbürgerlichen, drei dem Traditionellen und eine dem Traditionslosen Arbeitermilieu. Von den 13 Pflegebedürftigen aus den neuen Bundesländern wohnen sieben in einer Kleinstadt bzw. auf dem Land und sechs in Ostberlin. Vier rechnen wir dem Rationalistisch-Technokratischen, zwei dem Kleinbürgerlich-Materialistischen und eine dem Traditionslosen Arbeitermilieu zu. Von den sechs aus dem Traditionsverwurzelten Arbeitermilieu gehören je drei der mehr städtischen bzw. mehr dörflichen Ausprägung an.⁶¹ Auf dieser Grund-

⁶¹ Diese Differenzierung hat sich als notwendig erwiesen (vgl. auch Kapitel 13.2), weil diese Pflegebedürftigen zwar alle in die vorliegenden TVAM-Beschreibungen passen, die dörfliche und städtisch-industrielle

lage analysieren wir im folgenden zunächst die milieuspezifischen Unterschiede im Umgang mit dem Pflegebedarf, bevor wir im Fazit ihre Folgen für die Teilhabe der Pflegebedürftigen an der Steuerung zusammenfassen.

Tabelle 4: Verteilung der befragten Pflegebedürftigen auf die sozialen Milieus

Soziale Milieus	N = 28
Konservativ-Gehobenes Milieu/abl	5
Rationalistisch-Technokratisches Milieu/nbl	4
Kleinbürgerliches Milieu/abl	6
Kleinbürgerlich-Materialistisches Milieu/nbl	2
Traditionelles Arbeitermilieu/abl	3
Traditionsverwurzeltes Arbeitermilieu/nbl dörflicher Prägung	3
Traditionsverwurzeltes Arbeitermilieu/nbl städtischer Prägung	3
Traditionsloses Arbeitermilieu/abl	1
Traditionsloses Arbeitermilieu/nbl	1

abl = alte Bundesländer

nbl = neue Bundesländer

22.2. Die einzelnen Milieus

In diesem Abschnitt beschreiben wir die von uns festgestellten milieuspezifischen Charakteristika von Pflegeorganisation und Steuerung. Dazu vergleichen wir in der vertikalen Reihenfolge jeweils die beiden entsprechenden Milieus der alten und neuen Bundesländer, weil die vertikalen Unterschiede zwischen gehobenen, kleinbürgerlichen und Arbeitermilieus sich als relevanter erwiesen haben als die zwischen Ost und West. Bei den einzelnen Milieubeschreibungen gehen wir jeweils ein darauf

- wer tatsächlich pflegt bzw. von wem dies erwartet wird, wer auf welche Weise unterstützt und welche Bewertung die Alternative Heim erfährt,
- wie die Befragten zu pflegebedingten Ausgaben stehen,
- welche Einstellungen zur Selbstbestimmung Pflegebedürftiger uns berichtet wurden und

Lebenswelt aber sehr verschiedene Umgangsweisen mit dem Pflegebedarf und der Selbstbestimmung nahelegen.

- wie die Befragten mit den verschiedenen Institutionen (Pflege-/Krankenkassen, Pflegediensten/professionell Pflegenden und ÄrztInnen) umgehen.

Eine tabellarische Übersicht der wichtigsten Milieuunterschiede findet sich im Anhang G. Soweit sich die Ost-West-Spezifika auf die o. g. Schwerpunkte beziehen, werden sie schon im folgenden Abschnitt erwähnt; einer zusammenfassenden Beschreibung der Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern bzw. der Transformationsfolgen ist das Kapitel 23 gewidmet.

22.2.1. Die gehobenen Milieus

Die beiden gehobenen Milieus, die wir in die Untersuchung einbezogen haben, sind das Konservativ-Gehobene Milieu (KGM) in den alten Bundesländern und das Rationalistisch-Technokratische Milieu (RTM) in den neuen.

In beiden Milieus besteht unter den von uns Befragten Konsens darüber, dass die Familie in der Pflegesituation Verantwortung übernehmen muss und die Kinder Unterstützung geben sollten. Bei den Ehepaaren ist die gegenseitige umfassende Versorgung - wie in den anderen Milieus auch - selbstverständlich. Die Umsetzung des Hilfeanspruchs gegenüber den Kindern erfolgt in den beiden Milieus allerdings auf unterschiedliche Weise:

In den alten Bundesländern sind im Konservativ-Gehobenen Milieu (KGM) die (Schwieger-)Kinder oft sehr in die Pflege involviert und leisten in jeder Hinsicht Hilfe. Bei Frau C., die zu ihrem Sohn, und Frau Ce., die zu ihrer Tochter gezogen ist, leisten die (Schwieger-)Kinder ebenso wie bei Herrn Ma. sehr viel praktische Hilfe, vereinzelt auch bei der Körperpflege. Das Ehepaar Cu. äußert seinen Unmut darüber, dass es von den Kindern nicht die erwartete Unterstützung erhält. Im KGM ist die praktische Hilfe durch die Kinder also durchaus gefordert, wenn auch nur in gewissem Umfang, denn an allen befragten Arrangements im KGM sind professionell Pflegende beteiligt, die wesentliche Bereiche des praktischen Hilfe- und Pflegebedarfs abdecken. Sie werden schon vergleichsweise früh hinzugezogen, z. T. vor Beantragung oder Zuerkennung einer Pflegestufe, wie bei Frau L., oder auch direkt privat angestellt, wie bei Frau C.

Im Rationalistisch-Technokratischen Milieu (RTM) wird der Anspruch auf Unterstützung durch die Kinder in der Pflegesituation in der Praxis hingegen anders umgesetzt: Für die Pflegebedürftigen steht die Rücksichtnahme auf die Karriere und die Lebensplanung der Kinder im Vordergrund, sie möchten ihnen auf keinen Fall zur Last fallen. Sie

äußern sich alle zufrieden mit der erhaltenen Unterstützung, obwohl sie insgesamt von ihren (Schwieger-)Kindern viel weniger Hilfen aller Art erhalten als die Angehörigen des KGM. Die praktische Unterstützung beschränkt sich auf hauswirtschaftliche und handwerkliche Fragen, bei der Körperpflege helfen nur die Ehefrauen, nicht aber die Nachkommen, die mehr emotionale und in geringem Umfang auch kognitive Unterstützung leisten. Sie nehmen ihre Verantwortung für die Pflege stets nur ergänzend zu den eigenen Aktivitäten der Betroffenen wahr. Die beiden alleinlebenden Frauen D. und Da. haben deshalb einen Pflegedienst hinzugezogen; Frau Da. beschäftigt darüber hinaus noch verschiedene privat organisierte HelferInnen. Die Ehefrauen der pflegebedürftigen Herren O. und U. bewältigen die Pflege (noch) selbst und möchten möglichst auch weiterhin ohne professionelle Hilfe auskommen. Beiden ist ihr Zuhause angesichts der wendebedingten Veränderungen zum Rückzugsort geworden, den sie nur ungern „Fremden“ öffnen möchten. Stationäre Pflegeeinrichtungen genießen im RTM keinen guten Ruf. Die beiden alleinlebenden Pflegebedürftigen Frauen D. und Da. lehnen einen Umzug deshalb kategorisch ab. Die beiden pflegebedürftigen Ehemänner erwägen einen Umzug nur für den Fall, dass sie ihren Ehefrauen die Pflege nicht mehr zumuten wollen oder können.

Auch das Ehepaar Cu. aus dem KGM der alten Bundesländer möchte die Pflege zu Hause beibehalten, in den anderen Konstellationen sind die Arrangementbeteiligten im KGM Heimen gegenüber aber aufgeschlossener. Ihre Sicht auf die Alternative Heim ist differenzierter als in den anderen Milieus. Sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegenden nennen Anforderungen, die ein Heim ggf. erfüllen müsste. Aber auch sie würden einen Umzug erst erwägen, wenn die häusliche Versorgung nicht mehr in ihrem Sinne zu gewährleisten ist. In zwei Arrangements war diese Grenze in der zweiten Befragung erreicht: Frau Ce. war bereits umgezogen, Frau C. unmittelbar vor dem geplanten Wechsel verstorben. Bei beiden waren die pflegenden (Schwieger-)Töchter nicht mehr gewillt, ihre Bedürfnisse weiterhin der Pflege unterzuordnen und die Verantwortung für die erfolgreiche Koordination der vielfältigen Hilfen zu tragen.

Das außerfamiliale soziale Netzwerk dient den Pflegebedürftigen aus den gehobenen Milieus in beiden Landesteilen vor allem zur emotionalen Unterstützung durch Ablenkung und Unterhaltung, für die keine materiellen Gegenleistungen erwartet werden. Herr Ma. aus den alten Bundesländern freut sich z. B. über Besuche von Gemeindemitgliedern, während Herr O. aus Ostberlin immer schon gespannt auf die Reaktionen auf seine neuesten, selbstverfassten Texte ist, die er von einem Schriftstellerzirkel bekommt. Beide werden dadurch von ihren Defiziten abgelenkt und fühlen sich in ihrer individuel-

len Bedeutsamkeit bestätigt, die sie ggf. auch in ihrem Recht bestärkt, bei der Steuerung ihres Arrangements Forderungen zu erheben.

Kognitive Unterstützung bekommen die befragten Pflegebedürftigen in den gehobenen Milieus aus dem außerfamilialen sozialen Netz nicht. Auch praktische Hilfen von NachbarInnen und Bekannten nutzen nur die alleinlebenden Frauen des RTM, die sich dafür sowohl mit symbolischen Gegengaben als auch den formellen HelferInnen gegenüber mit Geld erkenntlich zeigen. Die außerfamiliale Netzwerkimtegration aller anderen ist insgesamt ohnehin recht begrenzt, was auf Mobilitätseinschränkungen, Umzüge zu den Kindern, vereinzelt auch bewussten Rückzug zurückzuführen ist.

Die von uns befragten Pflegearrangements aus dem Konservativ-Gehobenen Milieu (KGM) der alten Bundesländer sind insgesamt in jeder Hinsicht gut informiert, insbesondere, wenn sich (auch) die Kinder für die Informationsbeschaffung verantwortlich fühlen und selbst z. B. im Internet recherchieren. Die beiden pflegebedürftigen Männer sind an den Fragen rund um die Pflege wenig interessiert. Sie überlassen sie ihren (Schwieger-)Töchtern bzw. ihrer Ehefrau und wissen deshalb nicht über alle Details Bescheid. Die alleinlebende Frau L. hingegen legt größten Wert darauf, über alle Rechte und Möglichkeiten bestens informiert zu sein. Sie nutzt die Medien und fordert schriftlich oder telefonisch Auskünfte ein.

Die Ausstattung mit Hilfsmitteln ist im KGM überwiegend sehr gut. Auch Physio- und Ergotherapie sind im Einsatz, weil den Beteiligten ihre Wichtigkeit bewusst ist und sie bereit und fast alle auch in der Lage sind, sie aus eigener Tasche zu bezahlen, wenn weder Kranken- noch Pflegekasse die Kosten tragen. Die Pflege ist für sie eine Dienstleistung, die ggf. eingekauft werden kann. Bei Bedarf sind Zuzahlungen an die Pflegedienste ebenso wenig ein Problem, wie auf eigene Faust jemanden für die praktische Unterstützung einzustellen. Dabei wird auf die Qualifikation geachtet, wie bei der Schwiegertochter von Frau C., deren privat angestellte Pflegeperson eine ausgebildete Altenpflegerin ist.

Im Rationalistisch-Technokratischen Milieu (RTM) der neuen Bundesländer ist zwar der medizinisch-pflegerische Informationsstand in den Pflegearrangements hoch, es bestehen aber bei einigen Defizite in den Kenntnissen über die Ansprüche gegenüber Pflege- und Krankenversicherung, obwohl das Bewusstsein über die Wichtigkeit von Informationen durchaus vorhanden ist. Besonders die alten Ehepaare O. und U. sind trotzdem nicht aktiv bei der Informationsbeschaffung, sondern erwarten eher, dass sie ihnen von den Institutionen zur Verfügung gestellt werden. Nach unserem Eindruck sind auch die

Kinder keine große Hilfe. Da die von uns befragten Angehörigen des RTM aber auf eine gute Versorgung Wert legen, ist die Hilfsmittelausstattung trotzdem gut. Obwohl sie stärker als die Pflegearrangements im KGM darauf achten, Kosten zu sparen, geben sie in dem Bewusstsein, dass Qualität ihren Preis hat, nötigenfalls auch Geld für Hilfsmittel und zusätzliche bezahlte HelferInnen aus. Solange sie es sich leisten können, sind sie auch zu Ausgaben bereit, die eigentlich die Versicherungsträger übernehmen müssten.

Diese klaren Qualitätsvorstellungen im Hinblick auf Pflege und Hilfsmittel bei den von uns befragten Angehörigen des RTM gelten aber nicht für ihre Informiertheit über das Leistungsangebot der Institutionen. Sie machen daher ihre Ansprüche meist nur zögerlich geltend. Frau U. möchte beispielsweise gar nicht, dass ihr Mann eine Pflegestufe beantragt, weil sie es selbstverständlich findet, dass sie ihn pflegt und dafür kein Geld nehmen will. Auch Widersprüche gegen Entscheidungen legen die Befragten in diesem Milieu von sich aus nicht ein. Ihre Kundenmentalität ist gegenüber den Leistungsträgern im Pflegebereich also nur wenig ausgeprägt.

Anders sieht es im Umgang mit den Pflegediensten und den professionell Pflegenden aus: Frau Da. beklagt Mängel in der Ausbildung und hat sich, ebenso wie Frau D., schon über einzelne beschwert. Sie ärgert sich über den häufigen Personalwechsel. Wegen der hohen Kosten – sie zahlt zusätzlich zu den Sachleistungen der Pflegestufe II monatlich 450 € selbst zu – nimmt sie nicht noch mehr Leistungen des Pflegedienstes in Anspruch, sondern besorgt sich privat zusätzliche bezahlte HelferInnen, die sie selbst anlernt. Auf diese Weise hat sie gesichert, dass immer jemand zugegen ist, der ihr auf die Toilette helfen kann, und sie sich nicht wie andere Pflegebedürftige darauf einlassen muss, sich in eine Einlage zu erleichtern, obwohl sie durchaus merkt, wann sie zur Toilette muss. Auch die pflegebedürftige Frau D. wäre nötigenfalls zu Zuzahlungen bereit, vor allem ist ihr aber wichtig, dass sie immer von der selben Pflegefachkraft, in ihrem Fall der Pflegedienstleitung selbst, versorgt wird, und dass diese auch noch Zeit für einen Kaffee mit ihr hat. Mit Hilfe ihres ökonomischen Kapitals und ihrer konkreten Vorstellungen können sich diese Pflegebedürftigen also gegenüber den Pflegediensten durchaus durchsetzen.

Den ÄrztInnen und Institutionen im medizinischen Bereich begegnen die von uns befragten Angehörigen des RTM zwar respektvoll, aber recht gut informiert und stellen teilweise auch kritische Fragen. Sie nutzen Fachärzte und –kliniken. Das gilt in noch stärkerem Maße für die befragten Pflegebedürftigen und Pflegepersonen im KGM der alten Bundesländer. Sie besorgen sich Informationen, zum Teil auch aus dem Internet.

Mit Unterstützung ihrer (Schwieger-)Kinder konsultierte z. B. Frau C. verschiedene Spezialisten für die Parkinsonsche Krankheit.

Die pflegenden (Schwieger-)Kinder spielen im KGM der alten Bundesländer auch gegenüber den Pflege- und Krankenkassen die entscheidende Rolle. Noch mehr als die alten Pflegebedürftigen selbst oder ihre EhepartnerInnen schöpfen sie alle Leistungsangebote aus, um eine nach fachlichen Standards qualitativ hochwertige Pflege zu organisieren. Um das zu erreichen, beschweren sie sich ggf. und legen Widersprüche ein. Gegenüber den Pflegediensten und den professionellen Pflegekräften treten alle Angehörigen des KGM selbstbewusst als KundInnen auf. Sie erwarten die vereinbarten Leistungen und eher noch etwas mehr, wie z. B. Frau L., die beim Pflegedienst als anspruchsvolle Kundin gilt. Gute Leistungen erkennen sie aber auch an. Auf diese Weise erreichen sie meist, dass sie nach ihren Vorstellungen gepflegt werden.

Die alleinlebenden Pflegebedürftigen der gehobenen Milieus erheben in beiden Teilen der Bundesrepublik alle selbstverständlich Anspruch auf Selbstbestimmung. Sie zögern nicht, ihre Bedürfnisse zu äußern und setzen sich für ihre Befriedigung ein. Darin werden sie von ihrem familialen und außerfamilialen Umfeld insgesamt unterstützt.

Den hochaltrigen männlichen Pflegebedürftigen der alten Bundesländer wird von den sie versorgenden Familienangehörigen oft nicht die volle Kompetenz zur Entscheidung pflegebezogener Fragen zugetraut. Sie verfügen aber als Patriarchen über so viel symbolisches Kapital, dass es den Angehörigen schwer fällt, sich offen über ihre Wünsche hinwegzusetzen. Ihre Selbstbestimmung kann aber durch Überfürsorglichkeit z. B. der pflegenden Ehefrau oder auch eine gezielte Informationspolitik gefährdet werden, vor allem wenn sie sich selbst nicht so sehr für ihre Versorgung interessieren, sondern sie diese Fragen den Frauen der Familie überlassen.

Um die Selbstbestimmung der beiden Frauen, die als Pflegebedürftige zu ihren Kindern gezogen sind, ist es etwas anders bestellt. Obwohl die pflegenden (Schwieger-)Kinder bei beiden verbal für Selbstbestimmung plädieren, kann nur Frau Ce. mit über die sie betreffenden Belange entscheiden, dem Umzug ins Heim muss aber auch sie schließlich zustimmen. Bei Frau C. aus dem KGM findet die Steuerung ihrer Pflege (mittlerweile) ohne sie statt. Ihr inzwischen sehr zurückgezogen-deprimierter Bewältigungsstil und die ausgesprochen schlechte Beziehung zu der Schwiegertochter tragen dazu sicher bei.

Zusammenfassung

In den gehobenen Milieus fungieren das inkorporierte kulturelle und das soziale Kapital als Bewältigungsressource. Das kulturelle Kapital ist gleichbedeutend mit Informiertheit und deshalb hilfreich im Umgang mit Institutionen, im RTM ist es allerdings beschränkt auf die medizinisch-pflegerische Informiertheit und anders als im KGM nicht gleichbedeutend mit aktiver Informationssuche. Die gute ökonomische Kapitalausstattung macht unabhängig von Versicherungsleistungen. Welche Auswirkungen mangelndes ökonomisches Kapital für die Versorgung der Pflegebedürftigen im gehobenen Milieu hat, zeigt das Beispiel von Frau L., die zwar von ihren Einstellungen her dem KGM zuzurechnen ist, aber nur über eine vergleichsweise kleine Rente verfügt. Sie kann den Treppenlift, der ihr fehlt, nicht bezahlen und bedauert es auch, sich nicht mehr formelle und professionelle Hilfe leisten zu können. Das symbolische Kapital, das einigen Pflegebedürftigen in ihrer Funktion als altem Familienoberhaupt zukommt, stärkt ihre Selbstbestimmung.

22.2.2. Die kleinbürgerlichen Milieus

In diesem Abschnitt wird vorgestellt, wie die sechs von uns Befragten aus dem Kleinbürgerlichen Milieu (KBM) der alten Bundesländer und die zwei aus dem Kleinbürgerlich-Materialistischen Milieu (KBMatM) der neuen Bundesländer mit dem Pflegebedarf umgehen.

Auch in den kleinbürgerlichen Milieus gilt die Familie als zuständig für die Pflege; der größte Teil der Hilfe und Pflege wird unter Verweis auf den Familienzusammenhalt und generalisierte Reziprozitätsverpflichtungen von Familienangehörigen erbracht. Um etwaige Lücken in der Versorgung durch die Familie zu schließen, greifen fast alle befragten Arrangements der kleinbürgerlichen Milieus selbstverständlich auf professionelle Hilfe durch Pflegedienste zurück.

Bei Pflegebedürftigen, die keine eigenen Kinder haben, fühlen sich bei den von uns befragten Arrangements im KBM der alten Bundesländer auch Nichten und Neffen verantwortlich. So wird Herr Sch. von seinem Neffen in jeder Hinsicht unterstützt; die alleinlebende Frau M. bespricht sich regelmäßig telefonisch mit ihrer Schwester und der Nichte, die mehrere hundert Kilometer entfernt wohnen. In der zweiten Erhebungswelle erklärt sie uns, dass sie entgegen ihrer ursprünglichen Absicht nun doch in ein Heim in der Stadt umziehen wird, in der diese beiden Verwandten wohnen. Auch die anderen Pflegebedürftigen aus dem KBM, mit denen wir gesprochen haben, möchten nicht ins Heim, worin sie von ihren Pflegepersonen unterstützt werden. Für diese Einstellung ist

neben den Kosten die Angst vor Bevormundung und dem engen Zusammenleben mit alten, kranken Menschen ausschlaggebend. Trotzdem hatte sich auch die inzwischen verwitwete Frau R. bei der zweiten Befragung entschlossen auszuprobieren, ob ihre Trauer und Einsamkeit in einem Heim nachlassen würden. Sie verstarb aber kurz vor dem Umzug an einem unerkannten Krebsleiden. Die Unterhaltspflicht der Kinder gegenüber den Eltern spielt bei den von uns Befragten keine Rolle für die Einstellung zum Heim.

Die Pflegebedürftigen haben Verständnis dafür, wenn die Pflegenden aufgrund ihrer Berufstätigkeit weniger Zeit für die Pflege haben. Allerdings hat im KBM der alten Bundesländer eine Schwiegertochter bzw. Frau des Neffen ihre Berufstätigkeit für die Pflege zweier Schwestern aufgegeben, der pflegende Sohn von Frau T. könnte sich das bei entsprechender Bezahlung seiner Pfllegetätigkeit ebenfalls vorstellen. Im KBMatM der neuen Bundesländer hat hingegen die Berufstätigkeit Vorrang: Die Schwiegertochter von Frau Re. hat Arbeit, der Sohn nicht, also muss er mehr machen. Bei der Aushandlung der Pflegeorganisation von Frau P. waren die beruflichen Verpflichtungen der verschiedenen Töchter ebenfalls wichtige Argumente.

Während im KBMatM der neuen Bundesländer Pflegebedürftige und Pflegende gut in hilfreiche soziale Netzwerke integriert sind, gibt es im KBM unter den von uns Befragten einige, die zumindest jetzt als Pflegebedürftige kaum auf soziale Unterstützung zurückgreifen können. Dies betrifft z. B. die pflegebedürftigen Frauen Q. und Z., die wegen der Pflege umgezogen sind. Zu ihren früheren NachbarInnen und Bekannten können sie nunmehr lediglich telefonisch Kontakt halten, diese Netzwerkbeziehungen sind nur noch emotional bedeutsam. Das Beispiel der alleinstehenden Frau M. zeigt aber, wie entscheidend die Netzwerkunterstützung durch NachbarInnen und Bekannte auch im KBM, West, sein kann: Bei der ersten Befragung halfen ihr neben der Pflege, die vollständig durch professionell Pflegende geleistet wird, mehrere NachbarInnen regelmäßig und verbindlich, die befragte bezahlte Pflegekraft bestätigte unseren Eindruck, dass Frau M. ohne diese Unterstützung kaum dauerhaft zu Hause bleiben könnte. Zwei Jahre später ist Frau M. kränker, ihre NachbarInnen sind z. T. verstorben oder ziehen sich aus der Versorgung zurück – sie zieht ins Heim.

Die anderen Pflegebedürftigen aus dem KBM bekommen vor allem aus dem weiteren familialen Netzwerk zusätzliche praktische Unterstützung, für die sie sich auch nicht zu Gegenleistungen verpflichtet fühlen. Für Hilfen aus dem außerfamilialen Netz, z. B. von NachbarInnen, möchten sie sich aber gerne erkenntlich zeigen. Das geschieht bei regel-

mäßigen Hilfen durch Bezahlung, sonst durch Geschenke oder kleine Aufmerksamkeiten. Geht das nicht, weil z. B. Frau M. selbst nichts besorgen kann und ihre Nachbarinnen ohnehin mehr Geld als sie haben, fällt es ihnen schwer, Hilfe anzunehmen. Kognitive Beratung erfolgt durch die außerfamilialen Netzwerkmitglieder der befragten Pflegebedürftigen im KBM nicht.

Im KBMatM der neuen Bundesländer bekommen die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen hingegen aus dem sozialen Netzwerk alle Arten von Unterstützung. Gerade kognitiv sind auch nichtfamiliale Beziehungen wichtig, wie bei z. B. bei der pflegenden Tochter von Frau P., die über KollegInnen wichtige Informationen bekommt. Praktische Hilfe kommt auch im KBMatM von Familie und NachbarInnen. Als Gegenleistung spielt wie im KBM Geld besonders im außerfamilialen Netz eine wichtige Rolle.

Im KBM besteht unter fast allen Beteiligten an den befragten Pflegearrangements Konsens darüber, dass die Pflege (zu) teuer ist. Dieses Kostenbewusstsein prägt teilweise die pflegeorganisatorischen Entscheidungen z. B. über die Menge professioneller Hilfen, vor allem wenn wie bei Frau M. keine große Rente zur Verfügung steht. Dennoch sind Zahlungen und Eigenleistungen verbreitet, weil die Qualitätsansprüche befriedigt werden sollen und weil die meisten auch über genügend ökonomisches Kapital verfügen. Für die Wohnungsreinigung z. B. greifen fast alle Pflegebedürftigen im KBM auf den Schwarzmarkt zurück. Die Versorgung darf also Geld kosten, die Sorge, dabei unnötig zur Kasse gebeten zu werden, ist aber groß. Die Hilfsmittelausstattung ist überwiegend gut.

Im KBMatM der neuen Bundesländern wird wenig über die Kosten für die Pflege gesprochen. Dabei zahlte Frau Re. beispielsweise über die ausgeschöpften Sachleistungen hinaus bei der ersten Befragung ca. 300 € monatlich zusätzlich für notwendige Pflegeleistungen an den Pflegedienst, die sie erst bei der Bewilligung der Pflegestufe II durch die Kasse finanziert bekam. Auch für die Familie von Frau P. ist es keine Frage, dass die Pflege Geld kostet und Hilfsmittel gekauft werden müssen, allerdings werden die pflegeorganisatorischen Entscheidungen unter der Vorgabe getroffen, dass die Rente der Pflegebedürftigen zur Kostendeckung ausreichen muss, die Töchter also finanziell nicht herangezogen werden. Es wird also allen Familienmitgliedern das Recht zugestanden, den erreichten Lebensstandard zu sichern. Der Vergleich zeigt, dass Kostenfragen in den von uns befragten Arrangements im KBM mehr Beachtung finden als in denen im KBMatM.

In den kleinbürgerlichen Milieus reichen die für den Umgang mit der Pflege wichtigen Kenntnisse von eher begrenzt bis recht umfassend. Generell spielen die jüngeren Pflegepersonen eine wichtige Rolle für das Ausmaß des Wissens, weil sie sich leichter Zugang

zu Informationen verschaffen können und ihnen die Pflegebedürftigen in dieser Hinsicht mehr Kompetenz zutrauen als sich selbst. Zusätzlich hat sich die Berufsbiografie besonders in den kleinbürgerlichen Milieus als wichtig erwiesen, weil das Informiertsein an sich dort anders als im Konservativ-Gehobenen Milieu der alten Bundesländer nicht als wertvoll gilt. Frau M. aus dem KBM der alten Bundesländer, die früher Buchhalterin war, ist z. B. sehr pfiffig beim Beantragen von Geldern und beim Sparen, die pflegende Schwiegertochter bzw. Frau des Neffen der Frauen Q. und Z. war lange Jahre in der ambulanten Pflege erwerbstätig und kennt sich daher gut aus bzw. weiß, wo sie nachfragen kann. Nicht alle Pflegebedürftigen nutzen aber ihr berufliches Wissen: Herr Sch., der früher bei einer Rentenversicherung tätig war, zeigt heute keinerlei Interesse an Informationen und hat deshalb nur noch lückenhafte Kenntnisse. Die von uns befragten Pflegebedürftigen aus KBMatM sind ohne die Hilfe ihrer Kinder über alle pflegerischen Belange, meist auch über die Kosten, schlecht informiert.

Der Umgang mit den Institutionen des Gesundheits- und Pflegewesens ist im KBM der alten Bundesländer von einer mehr oder weniger ausgeprägten Kundenmentalität gekennzeichnet. Die Befragten haben überwiegend keine Probleme, Kritik zu äußern und Widersprüche einzulegen. Besonders die jüngeren Pflegepersonen, aber oft auch die Pflegebedürftigen selbst haben recht genaue Vorstellungen davon, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen wollen und wie die auszusehen haben. Die Pflegepersonen wissen über die für sie vorgesehenen Entlastungsangebote Bescheid, finden sie aber nicht ausreichend. Zwar gibt es auch Pflegebedürftige wie Herrn Sch., der genug Geld hat und lieber selbst zahlt, als sich mit der Bürokratie herumzuzergern, typisch ist allerdings eher die Haltung von Frau T., die gut informiert ist und alle Möglichkeiten nutzt, ihre Versorgung zu verbessern. Wenn ihre Qualitätsansprüche nicht erfüllt werden, beschwert sie sich über einzelne Pflegekräfte, womit die meisten Pflegebedürftigen Schwierigkeiten haben.

Im KBMatM der ehemaligen DDR haben allenfalls die pflegenden jüngeren Familienmitglieder eine gewisse Kundenmentalität, gegenüber der Arbeit der professionell Pflegenden und den Pflegediensten sind sie aber unkritisch. Insgesamt überwiegt die Dankbarkeit für die erhaltenen Leistungen. Frau Re. hat allerdings zweimal vergeblich Widerspruch gegen die Ablehnung ihrer Pflegestufe II eingelegt, bevor sie im dritten Anlauf bewilligt wurde. Sie hat auch einmal den Pflegedienst gewechselt, allerdings nicht wegen Unzufriedenheit, sondern weil sie bei einem Arbeitgeberwechsel ihrer Liebblingsschwester mit zu einem anderen Pflegedienst gegangen ist.

Frau Re. lässt sich auch im Krankenhaus nicht unterbuttern: Als ihr zweites Bein ebenfalls amputiert werden soll, wehrt sie sich dagegen und lässt sich schließlich in ein anderes Krankenhaus verlegen. Die von uns befragten Pflegebedürftigen aus dem KBM der alten Bundesländer sind ebenfalls zumindest punktuell kritisch im Umgang mit ÄrztInnen. Nicht alle äußern ihre Zweifel direkt, Herr Sch. beispielsweise möchte am liebsten gar nichts mit dem Arzt zu tun haben, Frau Q. verweigert eine Behandlung, von der sie nicht überzeugt ist. Frau R. und Frau T. holen aber bei verschiedenen ÄrztInnen eine Meinung ein, bevor sie sich entscheiden. Wegen ihrer missglückten Bandscheiben-OP, in deren Folge sie an den Rollstuhl gefesselt ist, hat Frau R. allerdings nichts unternommen.

Für die Pflegebedürftigen im KBM der alten Bundesländer ist es nicht immer so einfach, ihre Selbstbestimmung zu verteidigen: Einerseits gibt es Pflegebedürftige, die sehr selbstbewusst ihren Alltag gestalten, wie die alleinlebende Frau M. oder Frau T., die mit ihrem Sohn zusammenlebt. Auch die Selbstbestimmung von Herrn Sch. und Frau R. wird in ihrem Umfeld weitgehend respektiert. Die pflegebedürftigen Frauen Q. und Z. dagegen leben bei der Familie des Sohnes bzw. Neffen und sehen sich mit einer Pflegeperson konfrontiert, die mit Wissen der übrigen Familie Dankbarkeit und Anpassung von ihnen verlangt. Die pflegende (Schwieger-)Tochter bzw. Frau des Neffen fühlt sich dabei vollkommen im Recht, denn sie ist überzeugt, dass sie am besten weiß, was für die Pflegebedürftigen gut ist.

Wenngleich auch die Tochter von Frau P. aus dem KBMatM der neuen Bundesländer sehr genaue Vorstellungen davon hat, wie alles am besten zu regeln ist, hat sie doch Skrupel, sich über den Willen ihrer pflegebedürftigen Mutter hinwegzusetzen. Im Gegenteil muss sie manchmal geradezu ihren Mut zusammennehmen, um der Pflegebedürftigen die Grenzen ihrer Aufopferungsbereitschaft zu zeigen. Die (Schwieger-)Kinder von Frau Re. setzen ihre Vorstellungen gegen die Pflegebedürftige ebenfalls nur in mancher Hinsicht durch. So besorgten sie ihr gegen ihren anfänglichen Widerstand eine andere Wohnung im gleichen Dorf, so dass sie nun Zentralheizung und Bad hat. Meist beschafft aber der Sohn die Informationen und gibt sie an die Mutter weiter, die dann auf dieser Grundlage selbst entscheidet.

Zusammenfassung

Beide kleinbürgerlichen Milieus umfassen in jeder Hinsicht ein breites Spektrum an Ausprägungen, was sicher damit zusammenhängt, dass sie eben zwischen gehobenen und Arbeitermilieus angesiedelt sind. Deshalb tendiert der eine Teil der Befragten in mate-

rieller und ideeller Hinsicht eher zu den gehobenen Milieus, der andere eher zu den Arbeitermilieus.

Im KBMatM in der ehemaligen DDR ist die Ausstattung mit sozialem Kapital besonders gut, so dass die Pflegebedürftigen die benötigte praktische und emotionale Unterstützung damit weitgehend absichern können. Um praktische Versorgungslücken zu schließen, werden Pflegedienste eingeschaltet. Nötigenfalls wird auch ökonomisches Kapital investiert, allerdings nur das der Pflegebedürftigen selbst. Von den Familienangehörigen wird finanzielle Unterstützung möglichst nicht in Anspruch genommen, aber praktische Hilfe erwartet. Das kulturelle Kapital der Pflegebedürftigen ist im Hinblick auf die institutionellen Fragen im Umgang mit dem Pflegebedarf wendebedingt entwertet worden, weil sie sich heute im System der Bundesrepublik zurechtfinden müssen. Sie sind aber an Informationen interessiert; die für eine gute Versorgung nötigen Informationen bekommen sie eher von den jüngeren Pflegepersonen.

Die meisten Pflegebedürftigen im KBM der alten Bundesländer sind bemüht, möglichst wenig Geld an die Pflegedienste zu zahlen und dadurch ihr ökonomisches Kapital zusammenzuhalten. Stattdessen bezahlen sie lieber etwas für formelle HelferInnen aus ihrem Umfeld, denen gegenüber sie dann auch weisungsbefugt sind. Ihr soziales Kapital ist vor allem emotional und damit als Bewältigungsressource wichtig, denn praktische Hilfe bekommen sie dadurch nur punktuell. Die Ausstattung mit kulturellem Kapital schwankt stark, oft haben eher die jüngeren Pflegepersonen die erforderlichen Kenntnisse, aber in der Regel reicht es aus, um zu wissen, wie eine gute Versorgung aussehen kann und was dafür zu tun ist.

22.2.3. Die traditionellen Arbeitermilieus

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die befragten Arrangements von drei Pflegebedürftigen aus dem Traditionellen Arbeitermilieu (=TAM) der alten Bundesländer und sechs aus dem Traditionsverwurzelten Arbeitermilieu (=TVAM) der ehemaligen DDR. Wie oben (Kapitel 13.2) erläutert, hat es sich als sinnvoll erwiesen, im TVAM zwischen städtischen und dörflichen Ausprägungen zu differenzieren, auf die jeweils drei Befragte entfallen.

In beiden Teilen der Bundesrepublik gilt die Versorgung Pflegebedürftiger bei den befragten Angehörigen der Arbeitermilieus als Familienangelegenheit. Mit dem Verweis auf generalisierte Reziprozität, also auf das, was die Jüngeren den Älteren zu verdanken haben, wird Solidarität aus dem Kreis der engeren und weiteren Familie vor allem in prakti-

scher Hinsicht erwartet und geleistet. Die intergenerationellen Familienbeziehungen der von uns befragten Pflegebedürftigen waren auch vor dem Beginn des Pflegebedarfs eng, gegenseitige praktische und finanzielle Hilfen verbreitet. Selbst bei schwierigen Beziehungen wie der zwischen Herrn L. aus dem TVAM und seiner Tochter kann diese sich trotz ihrer schlechten Beziehung zu ihrem Vater nicht vorstellen, ihm nicht zu helfen, eben weil er ihr Vater ist.

Auch in den alten Bundesländern pflegen die Kinder im TAM selbst dann, wenn es wie zwischen Frau F. und ihrer Tochter offensichtlich Spannungen gibt. Sie werden wenig reflektiert und in dem allgemein eher pragmatischen als gefühlsbetonten Umgang miteinander möglichst ignoriert. Es fiel den Befragten in den Interviews auch teilweise schwer, ihre Schwierigkeiten in Worte zu fassen. Trotzdem ist die Versorgung im Familienkreis selbstverständlich, denn wie uns z. B. Frau F. erklärt, müssen nur Pflegebedürftige, die niemand haben, ins Heim. Sie ist immer davon ausgegangen, dass ihre Tochter und der Schwiegersohn sie nötigenfalls bei sich aufnehmen. Diese fühlen sich zwar hoch belastet und schließen einen Abbruch der häuslichen Versorgung nicht ganz so kategorisch aus wie die (Schwieger-)Mutter, letztlich haben sie sie aber doch bis zu ihrem Tod zu Hause gepflegt.

Pflegeerwartungen und Pflegeorganisation sind im TAM der alten Bundesländer geprägt vom Konsens aller Beteiligten darüber, dass die Pflege kein oder jedenfalls möglichst wenig Geld kosten darf. Dafür ist weniger die tatsächliche materielle Lage ursächlich als vielmehr die grundsätzliche Überzeugung, dass die Pflege selbst erledigt werden soll und dass Investitionen in die Pflege unangemessen sind. Wenn im Hinblick auf das Familieneinkommen die Berufstätigkeit der weiblichen Pflegepersonen lukrativer ist als die Pflege, beteiligen sich wie bei Frau F. und Herrn Na. auch die (Schwieger-)Söhne an der Pflege. Wegen der Kosten werden im TAM Pflegedienste erst spät hinzugezogen und kommen die teureren stationären Versorgungen nicht in Frage. Typisch ist die Sorge von Herrn Na., der um seine Ersparnisse fürchtet und Angst hat, dass seiner Frau nicht genug zum Leben bleibe. Seine Frau möchte außerdem nicht von ihm getrennt werden und weiß, dass sie wegen der Kosten nicht mit ihm ins Heim könnte.

Die Einstellung zu Altenheimen ist im TVAM der ehemaligen DDR anders. Zwar wollten die von uns befragten Pflegebedürftigen alle auch lieber zu Hause bleiben, aber die meisten schließen ein Heim nicht grundsätzlich aus. Schon im ersten Interview sah beispielsweise Frau S. aus dem dörflichen TVAM den Umzug ins Heim auf sich zukommen, nicht zuletzt weil der Standard ihrer Wohnung (Ofen, Außentoilette, kein Bad...)

ihre Selbstständigkeit zusätzlich sehr erschwerte. Das zweite Gespräch mit ihr fand im Heim statt, wo sie sich genauso wie Frau N., die ebenfalls vom Dorf kommt, inzwischen gut eingelebt hat und wohl fühlt. Beide bereuen den Umzug nicht. Auch Herr W., der zum städtischen TVAM gehört, hatte sich in der zweiten Erhebungswelle in einem Heim angemeldet. Neben der Belastung für seine Tochter war bei ihm auch die Hoffnung entscheidend, dass im Heim seine Einsamkeitsgefühle und die Traurigkeit nachlassen würden, mit denen er verstärkt zu kämpfen hat, seit ihn seine Lebenspartnerin verlassen hat. Anders als im Konservativ-Gehobenen Milieu der alten Bundesländer entscheidet im TVAM also nicht (nur) die Überlastung der pflegenden Kinder über den Abbruch der häuslichen Pflege.

Die Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk spielt in den Arbeitermilieus eine große Rolle. Im Vordergrund stehen praktische Hilfen, für die kognitive Unterstützung fehlen meist auch im Netzwerk die Kenntnisse. Auffällig ist, wie sehr sich die Pflegebedürftigen aus den Arbeitermilieus auf die Netzwerkunterstützung verlassen und sie selbstverständlich in die Planung ihrer Versorgung einbeziehen. Im TAM, West, sind es vor allem andere Verwandte wie z. B. EnkelInnen, die Transporte zum Arzt übernehmen oder die Hauptpflegepersonen zeitweise ablösen. In der Familie Na. übernehmen beispielsweise alle Familienmitglieder bis hin zu den Eltern der Schwiegertochter mehr oder weniger große Aufgaben im Zusammenhang mit der Versorgung des alten Herrn Na. Aber auch die NachbarInnen spielen eine Rolle: Frau F. wurde bis zu ihrem Umzug zur Tochter z. B. sehr viel von ihren NachbarInnen unterstützt und hatte ursprünglich gehofft, auf diese Weise in ihrem alten Haus bleiben zu können. Im TAM sind Gegenleistungen für die praktischen Hilfen üblich, eine gewisse Bezahlung oder zumindest Kostenerstattung werden, anders als in den gehobenen Milieus, auch innerhalb der Familie als selbstverständlich betrachtet.

Bei den befragten Pflegebedürftigen des TVAM der neuen Bundesländer ist zwar ebenfalls die Familie die wichtigste Quelle für Hilfen, das Netzwerk aus NachbarInnen, ehemaligen KollegInnen und anderen Bekannten hat aber praktisch und emotional eine größere Bedeutung als im Westen. Besonders auf den Dörfern finden es unsere InterviewpartnerInnen aus dem TVAM selbstverständlich, dass sich alle um die Pflegebedürftigen kümmern. Bei Frau A., die keine Verwandtschaft in der Nähe hat, deckt die Nachbarschaft z. B. einen großen Teil der praktischen Versorgung ab, erst in der zweiten Befragung unterstützt von einem Pflegedienst. Aber selbst zu der Zeit verfügt sie via Telefon jederzeit über einen Nachbarn, der ihr bei Bedarf z. B. den Toiletteneimer ausleert. Auch Frau N. und Frau S. bekommen neben der familialen Unterstützung Nach-

barschaftshilfe. Gegenüber ihren HelferInnen zeigen sich die Pflegebedürftigen des TVAM in der Stadt überwiegend mit Geld erkenntlich. Auf dem Dorf geben sie ebenfalls kleinere Summen, aber Naturalien, ein guter Rat oder einfach Zeit zum Zuhören sind gleichfalls anerkannte Mittel der Reziprozität.

Im TAM der alten Bundesländer sind Sparsamkeit und die Sicherung des erreichten Wohlstands die wichtigsten übergeordneten Ziele auch bei der Organisation der Pflege eines erkrankten Familienmitglieds. Die Familie gilt nicht nur als Solidar-, sondern auch als Finanzgemeinschaft. Kosten und Nutzen verschiedener Versorgungsmöglichkeiten werden daher sorgfältig gegeneinander abgewogen.

Bei unseren GesprächspartnerInnen aus dem TVAM der neuen Bundesländer spielt die Sparsamkeit im Umgang mit pflegebedingten Ausgaben keine solche Rolle wie im TAM, obwohl auch sie sich besonders mit den Kosten gut auskennen. Angst vor Sozialhilfeabhängigkeit wurde nicht geäußert. Die Berufstätigkeit (potentieller) Pflegepersonen hat aber auch bei den Pflegebedürftigen immer Vorrang vor den Pflegeaufgaben, die Angst vor der Arbeitslosigkeit ist groß.

Im TVAM ist es weitgehend akzeptiert, dass die Pflege (auch) Geld kostet und die Bereitschaft, es für die alten Pflegebedürftigen auszugeben ist durchaus vorhanden. Die Renten der befragten Pflegebedürftigen sind im Vergleich zu den Einkommen der übrigen Familienmitglieder überwiegend recht hoch. Das trifft allerdings nur für das städtische TVAM zu. Die Pflegebedürftigen aus diesem Milieu zahlen Geld an ihre Hauptpflege- und Netzwerkpersonen und nutzen nötigenfalls Pflegedienste. Herr L. wird beispielsweise mehrmals in der Woche von seiner Tochter unterstützt, der er dafür auch 150 € gibt. Er benötigt aber mehrmals täglich Hilfe, so dass er die Sachleistungen seiner Pflegestufe voll ausschöpft und darüber hinaus noch zuzahlen muss. Das tut er bereitwillig, allerdings überwacht er sehr genau, was ihm alles in Rechnung gestellt wird. Wie auch Herr W., der ebenfalls beim Pflegedienst zuzahlen muss und obendrein zusätzliche HelferInnen bezahlt. Die Pflegebedürftigen im dörflichen TVAM haben hingegen überwiegend kleinere Renten und kein Vermögen. Sie sind weniger bereit und in der Lage, Geld für Pflege auszugeben, nutzen es aber ebenfalls, um sich im Netzwerk erkenntlich zu zeigen. Die Summen sind allerdings eher symbolisch als marktgerecht.

Die befragten Pflegebedürftigen im städtischen TVAM wissen selbst, wie wichtig Informationen sind, um zustehende Rechte nutzen bzw. Geld sparen zu können, und verschaffen sich entsprechend die benötigten Kenntnisse. Ihre Hilfsmittelausstattung ist in der Folge sehr gut.

Ganz anders ist es um die Informiertheit im dörflichen TVAM bestellt. In den Pflegearrangements weiß niemand wirklich gut Bescheid, die jüngeren zwar zum Teil etwas, aber Informationen über Ansprüche gegenüber den Versicherungen oder medizinisch-pflegerisches Wissen, das über alte Hausmittel hinausgeht, sind wenig verbreitet. Entsprechend eng ist der Machbarkeitshorizont. Oft sind die Pflegebedürftigen darauf angewiesen, dass ihnen professionell Pflegende, ÄrztInnen etc. Hinweise geben. Frau N. entschloss sich beispielsweise erst zur Beantragung einer Pflegestufe, als ihr eine entfernte Netzwerkperson, die bei einer Krankenkasse arbeitet, über den Neffen den Tipp dazu gab. Die Hilfsmittelausstattung dieser Arrangements ist entsprechend schlecht, Frau N. schiebt z. B. einen Stuhl vor sich her, wenn sie sich durch die Wohnung bewegt. Wie die milieuspezifisch verschiedenen Vorstellungen von einer angemessenen Versorgung den Pflegealltag verändern, zeigt auch das Beispiel der alleinlebenden Frau S., die sich zum Zeitpunkt des ersten Interviews damit arrangieren musste, dass sie über nacht nicht mehr allein zur Toilette kann und deshalb in eine Einlage unter sich machen muss. Die ebenfalls alleinlebende Frau Da. aus dem RTM hat da, wie oben beschrieben (vgl. Kapitel 22.2.1), einen anderen Ausweg gefunden.

Die Informiertheit der von uns befragten Angehörigen des TAM, West, ist im Hinblick auf Kosten und Preise recht gut, über medizinische oder pflegerische Fragen dagegen wissen sie nicht gut Bescheid. Auch ihre aktive Informationssuche beschränkt sich im Wesentlichen auf Möglichkeiten, Geld zu sparen. Ein wenig ausgeglichen wird das durch den „demokratischen“ Umgang mit Informationen innerhalb der Arrangements, weil die Älteren auch die (teilweise besseren) Informationen der Jüngeren erhalten. Die Ausstattung mit Hilfsmitteln ist nicht optimal, teils, weil sie nicht bekannt sind, teils, weil die Mittel und/oder die Bereitschaft fehlen, sie selbst zu bezahlen.

Die Pflegebedürftigen aus dem TAM der alten Bundesländer sind selbst nicht sehr gewieft im Umgang mit den Institutionen. Sie verlassen sich in dieser Hinsicht auf die (jüngeren) Familienmitglieder, mit deren Hilfe sie zumindest alle finanziellen Möglichkeiten nutzen oder Widersprüche einlegen. So hat Frau F., die ihre Pflegestufe noch selbst beantragt hatte, diese Aufgaben seit dem Umzug größtenteils an ihre Tochter abgegeben. Oft sind die Erwartungen höher als die vorgesehenen Leistungen. Professionelle Hilfe bei der Pflege wird nur genutzt, wenn niemand aus Familie und Netzwerk zur Verfügung steht. Zu den bezahlten Pflegekräften haben die Angehörigen dieses Milieus meist eine pragmatische Arbeitsbeziehung, Wünsche werden nur auf Nachfrage geäußert, die Qualitätsansprüche sind niedrig. Auch ärztliche Entscheidungen werden nicht hinterfragt.

Im TVAM, Ost, sind die Menschen der Meinung, durch ihre lebenslange Arbeit und ihre Beiträge auch ein Recht auf Leistungen zu haben. Die von uns befragten städtischen TVAM-Angehörigen verhandeln denn auch selbstbewusst mit den Institutionen und fordern ihre Rechte ein. So erreichte Herr W. gemeinsam mit einem anderen betroffenen Hausbewohner den rollstuhlgerechten Umbau des Hauseinganges. Gegenüber den Pflegediensten und deren Pflegekräften, die zu nutzen für sie selbstverständlich ist, üben sie ggf. Kritik. Auch bei ÄrztInnen scheuen sie sich nicht, Fragen zu stellen und ihre Meinung zu äußern.

Die von uns befragten Pflegebedürftigen aus dem dörflichen TVAM sind verglichen damit gegenüber den Institutionen weitgehend hilflos. Sie wissen wenig, haben Schwierigkeiten, Informationen einzuordnen und können sich in der Folge kaum durchsetzen. Da sie das selbst wissen, vermeiden sie nach Möglichkeit solche Situationen. Genauso fürchten einige ärztliche Entscheidungen, denen sie sich ausgeliefert fühlen, und weigern sich deshalb, den Arzt kommen zu lassen oder ins Krankenhaus zu gehen. Zu Frau A. darf der Arzt beispielsweise nur unter der Bedingung kommen, dass er nichts von Heimen erzählt. Die jüngeren Angehörigen sind hier manchmal eine Hilfe, wie bei Frau S., deren Tochter mit ihrer Zustimmung den Pflegedienst eingeschaltet und sogar Widerspruch gegen die abgelehnte Pflegestufe eingelegt hat. Wie auch bei anderen hat dabei außerdem eine ehemalige Gemeindegeschwester geholfen. Diese ehemaligen Gemeindegeschwestern sind im dörflichen TVAM bis heute wichtige Multiplikatorinnen für Informationen rund um die Pflege, deren Empfehlungen, z. B. einen Pflegedienst einzuschalten, oft gefolgt wird. Die Arbeit der beruflich Pflegenden wird insgesamt dankbar angenommen, ihren Ratschlägen meist unkritisch gefolgt.

In den Arbeitermilieus erheben alle befragten Pflegebedürftigen Anspruch auf Selbstbestimmung, wenn auch unterschiedlich stark: Im TAM der alten Bundesländer drückt sich das mehr darin aus, dass nichts gegen den Willen der Pflegebedürftigen geschieht und sie an den sie betreffenden grundsätzlichen Entscheidungen beteiligt werden. So ist Herr Na. über alle Vorgänge in Haus und Familie bestens informiert. Seine Meinung ist bei allen Entscheidungen gefragt. Auch die (Schwieger-)Kinder von Frau F. möchten nichts über ihren Kopf hinweg beschließen, sie äußert ihre Wünsche aber kaum, weil sie meint, sich im Haushalt der Tochter anpassen zu müssen.

Im TVAM der neuen Bundesländer treffen die Pflegebedürftigen nahezu alle Entscheidungen selbst. Die Pflegenden unterstützen sie darin bzw. berichten uns von den Schwierigkeiten, ihre Ansichten gegen die der Pflegebedürftigen durchzusetzen, wie das

Beispiel von Frau N. und ihrem Neffen zeigt. Die Entscheidungen von Frau A. werden von ihren Pflege- und Netzwerkpersonen ebenfalls akzeptiert, auch wenn sie anderer Meinung sind.

Der schwerwiegendste Eingriff in die Selbstbestimmung, den wir in den Arbeitermilieus beobachten konnten, ereignete sich bei Frau N. Obwohl sie uns bei der ersten Befragung noch versicherte, keinesfalls ins Heim zu wollen, fanden wir sie dann bei der zweiten Befragung – auch entgegen unserer Einschätzung der Verbindlichkeit ihrer Versorgung – doch dort vor. Es stellte sich heraus, dass sie nach einem akut notwendigen Krankenhausaufenthalt zwar nicht pflegebedürftiger geworden war, die milieuspezifischen Stützen ihrer Selbstbestimmung in dieser Institution aber unwirksam geworden waren: Solange sie zu Hause war, konnte sie die Versuche ihres Neffen, sie zu einem Umzug zu bewegen, problemlos zurückweisen, weil sie durch die breite Unterstützung aus ihrem nachbarschaftlichen Umfeld relativ unabhängig von ihm war. Schlecht informiert und völlig unerfahren mit Krankenhäusern wie sie ist, gelang es ihr dort dann aber nicht mehr, ihre Interessen zu verteidigen. Zusätzlich gewannen die Vorstellungen ihres Neffen als nächstem Familienangehörigen gegenüber Ärzten und dem Krankenhaussozialdienst an Gewicht, so dass sie schließlich keine andere Möglichkeit mehr sah, als dem Vorschlag ihres Neffen zuzustimmen.⁶²

Zusammenfassung:

Das soziale Kapital ist die wichtigste Ressource für die Pflegeorganisation und Selbstbestimmung Pflegebedürftiger aus den Arbeitermilieus. Das liegt nicht nur an dem praktischen Unterstützungspotential, sondern auch an der in diesem Milieu verbreiteten Auffassung, dass Pflegebedürftige durchaus über ihre Geschicke (mit) bestimmen sollen.

Insbesondere den Pflegebedürftigen aus dem dörflichen TVAM der neuen Bundesländer mit ihren großen und diversifizierten Netzwerken ermöglicht ihr soziales Kapital in praktischer und emotionaler Hinsicht eine selbstbestimmte Alltagsgestaltung. Im städtischen TVAM und im TAM der alten Bundesländer nutzen die Pflegebedürftigen ihr soziales Kapital zwar auch zur Kompensation pflegebedingter Einschränkungen, sie haben aber darüber hinaus mehr ökonomisches Kapital, auf das sie zusätzlich zurückgreifen können.

Die Pflegebedürftigen aus dem städtischen TVAM zögern nicht, ihr Geld für die Pflege auszugeben, verhalten sich dabei aber durchaus kostenbewusst und erwarten entspre-

⁶² Wider Erwarten fühlt sie sich im Heim wohl und hat sich ihren Widerspruchsgeist auch dort bewahrt.

chende Gegenleistungen. Den Arrangements im dörflichen TVAM steht meist weniger Geld zur Verfügung. Sie nutzen es aber für die Pflege, indem sie es zur Herstellung der Reziprozität im Netzwerk verwenden. Im TAM der alten Bundesländer setzen die Pflegebedürftigen und ihre Familien dagegen alles daran, ihr Geld zusammenzuhalten. Ausgaben für die Pflege sind immer erst die letzte Lösung, selbst wenn ökonomisches Kapital durchaus vorhanden ist.

Um dieses Ziel zu erreichen, setzen sie auch ihr kulturelles Kapital ein, medizinischen Fragen oder pflegefachlichen Problemen gehen sie dagegen weniger auf den Grund. Im TVAM der neuen Bundesländer ist das kulturelle Kapital in Stadt und Land sehr unterschiedlich verteilt: Während die Pflegebedürftigen in der Stadt über ihre Ansprüche gegenüber den Leistungsträgern und teilweise auch medizinisch ganz gut informiert sind bzw. sich zu informieren wissen, müssen sich die befragten Pflegebedürftigen auf den Dörfern bei der Ausgestaltung ihrer Pflegearrangements auf mehr oder weniger zufällige Kenntnisse und Alltagsweisheiten stützen. Daraus resultieren spezifische Risiken für ihre Selbstbestimmung, wenn sie z. B. durch Krankenhausaufenthalte aus ihren sozialen Zusammenhängen herausgerissen werden.

22.2.4. Die traditionslosen Arbeitermilieus

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Pflegearrangements von Frau H. aus dem Traditionslosen Arbeitermilieu der alten Bundesländer (TLO/abl) und von Frau G. aus dem Traditionslosen Arbeitermilieu der neuen Bundesländer (TLO/nbl). Diese dünne empirische Decke muss bei der Bewertung der Verallgemeinerungen berücksichtigt werden.

Frau H. aus dem TLO der alten Bundesländer ist zwar der Meinung, dass Kinder ihre Eltern aus Dankbarkeit pflegen müssten, faktisch ist ihre Beziehung zu ihrem Sohn aber so schlecht, dass höchstens noch gelegentlicher, überwiegend telefonischer Kontakt besteht. Außerdem hat er selbst zahllose Probleme, mit denen er nur mühsam zurechtkommt. Frau H. bekommt daher Hilfe von einem Pflegedienst, der zum Teil über die Pflegeversicherung, zum Teil vom Sozialamt bezahlt wird. In ein Heim umziehen möchte sie nicht, denn die seien wie Krankenhäuser. An anderer Stelle des Gesprächs meint sie allerdings, dass sie sich in einem privaten Heim mit eigenem Zimmer, eigenen Möbeln, Fernseher, Fahrstuhl und Bibliothek wohlfühlen würde – eines der vielen Beispiele für ihre typischen Schwierigkeiten, ihre Situation und ihre Möglichkeiten im Kontrast zu

ihren Wünschen, die aus einer Traum- und Fernsehwelt gespeist werden, realistisch einzuschätzen.

Für Frau G. aus dem TLO der neuen Bundesländer ist es selbstverständlich, dass sie von ihrer jüngsten Tochter, mit der bzw. später auch deren Familie sie immer in einem Haus gelebt hat, unterstützt wird. Eine weitere Tochter, die in der nächsten größeren Stadt wohnt, ist ihr eine wichtige emotionale Stütze. Zu den Söhnen besteht wenig bzw. kein Kontakt, sie wohnen weiter entfernt. Ins Heim will Frau G. nicht, eine Entscheidung, die von den anderen befragten Beteiligten des Pflegearrangements unterstützt wird. Auf professionelle Hilfe würde sie zurückgreifen, wenn es keine andere Möglichkeit gibt. Sie hat bereits Erfahrung mit einem Pflegedienst, weil ihr Bein eine Zeit lang auf ärztliche Anordnung täglich verbunden werden musste.

Das soziale Netzwerk von Frau H. aus dem TLO der alten Bundesländer ist sehr klein: Eine Nachbarin, die einmal wöchentlich mit ihr Kaffee trinkt, und eine andere Nachbarin, die gelegentlich emotionale Unterstützung leistet, sind außer der bezahlten Pflegekraft die einzigen regelmäßigen Sozialkontakte. Ihren letzten Lebensgefährten, der Alkoholiker war, hat sie schließlich rausgeworfen. Von ihren verstorbenen Eltern und dem Ehemann schwärmt die Witwe in höchsten Tönen, die Trauer über die Verluste stürzt sie noch heute immer mal wieder in Depressionen. Verbindliche Unterstützung aller Art bekommt sie nur von der professionellen Pflegekraft.

Frau G. aus den neuen Bundesländern hat durch die Familie im Haus und die andere Tochter dagegen vergleichsweise gute Netzwerkressourcen, auf die sie in praktischer und emotionaler Hinsicht zurückgreifen kann. Zusätzlich kennt sie viele der Älteren im Dorf, die sie aber fast nur aus dem Fenster heraus beobachtet. Eine Nachbarin ist allerdings eine entscheidende Säule in der Versorgung, weil sie mehrmals täglich nach ihr sieht und ihr bei der Hauswirtschaft hilft. Das nachbarschaftliche Netzwerk übt auch Kontrolle aus, denn wie die Tochter sagt, sieht man am Aussehen der Alten, ob die Kinder sich kümmern. Die Tochter rechnet dafür aber auch fest damit, dass sie ohne weiteres eine andere Nachbarin für die Pflege der Mutter finden würde, wenn das nötig wäre.

Weder Frau G. noch Frau H. kennen sich mit den sie betreffenden versicherungsrechtlichen, pflegerischen oder medizinischen Fragen aus. Informationen bekommen sie zufällig über Medien oder Flüsterpropaganda sowie über professionell Pflegende, ÄrztInnen oder andere VertreterInnen von Institutionen, mit denen sie zu tun haben. Sie realistisch einzuordnen, fällt ihnen darüber hinaus schwer. Frau G. aus der ehemaligen DDR bekommt wenigstens punktuell auch kognitive Hilfe von ihrer Tochter, wenn diese besser

Bescheid weiß, was sich aber im wesentlichen auf die Preise beschränkt. Ihre Hilfsmittel-ausstattung ist mangelhaft. Sie hat beispielsweise keinen Rollstuhl und kann sich deshalb nicht mehr im Dorf bewegen. Frau H. aus den alten Bundesländern hingegen fehlt der Badewannenlifter, ohne den sie nicht mehr baden kann.

Frau H. aus den alten Bundesländern verfügt über nur sehr wenig eigenes Geld, das einzuteilen ihr außerdem schwer fällt. Sie hat viele Wünsche, träumt von einer neuen Wohnungseinrichtung, kommt mit ihrem Geld aber kaum für die nötigen Lebensmittel hin. Eigenleistungen für die Pflege, zu denen sie sonst sicherlich bereit wäre, kommen bei ihr deshalb gar nicht in Frage. Ihre Versorgung ist aber durch Leistungen von Sozialamt und Pflegeversicherung gesichert.

Frau G. aus dem TLO/nbl hat eine eigene, kleine Rente und bekommt das Pflegegeld, das für sie sehr wichtig ist. Sie braucht ihr Geld, um „zuzusteuern“, wie sie es bis zum Ende ihres Lebens bei ihrer Tochter machen möchte. Sie gibt auch dem Enkel und der anderen Tochter immer Geld, wenn sie zu Besuch kommen. Im Netzwerk zeigt sie sich ebenfalls mit Geld erkenntlich und ist hier auch bereit, für Pflege etwas auszugeben. Um eine marktgerechte Bezahlung handelt es sich aber bei weitem nicht.

Den Institutionen gegenüber sind die Angehörigen der Traditionslosen Arbeitermilieus in Ost und West weitgehend hilflos. Ihre Erwartungen sind z. T. unrealistisch, so geht Frau H. aus dem Westen davon aus, dass sie beim Pflegedienst Sonderkonditionen haben müsste, weil sie früher lange Jahre Mitgliedsbeitrag an den Träger gezahlt hat. Beide Frauen haben Erfahrung mit der Ohnmacht gegenüber Instanzen wie ÄrztInnen oder Krankenhäusern. Frau G. aus den neuen Bundesländern behandelt sich deshalb lieber selbst, als ihren Arzt zu fragen. Der macht ihr zu viele Vorwürfe, z. B. weil sie so gern Weintrauben ist, was sie wegen ihrer Zuckerkrankheit nicht darf. Frau G. hat genug Rückhalt in der Familie, um die Mängel in ihrer institutionellen Unterstützung auszugleichen.

Zu Frau H. in den alten Bundesländern kommt jeden Monat eine Fürsorgerin vom Sozialamt, die ihr bei der Erledigung bürokratischer Aufgaben hilft. Damit ist sie nicht immer einverstanden, denn sie entscheidet gern selbst, wem sie ihr Vertrauen schenkt. Lieber wäre es ihr deshalb, wenn die Pflegekraft des Pflegedienstes ihr auch dabei zur Seite stehen würde, weil sie sich mit ihr gut versteht. Über eine andere professionelle Pflegekraft des Dienstes hatte sie sich früher einmal bei der Leitung beschwert, weil ihr Kleidung und Auftreten nicht gefielen.

Frau H. aus dem TLO/abl erhebt durchaus Anspruch auf Selbstbestimmung und hat eine eigene Meinung zu ihrer Versorgung. Außerdem gibt es bei ihr weder Familie noch Netzwerk, die ihre Selbstbestimmung einschränken könnten. Auch die befragte professionelle Pflegekraft gibt sich große Mühe, ihr zwar Entscheidungshilfen zu geben, sie zu beraten und zu stärken, überlässt ihr aber letztlich die Entscheidungen selbst. Allerdings ist Frau H. leicht zu beeinflussen, wenn sie denkt, dass jemand es gut mit ihr meint. Sie ist in vieler Hinsicht auf behördliche Zustimmung angewiesen.

Im sozialen Umfeld von Frau G. ist Respekt vor dem Alter selbstverständlich. Ihre Tochter erzählte uns beispielsweise, dass sie ihren Sohn explizit dazu erzieht. Auch bei der Nachbarin genießen alte Menschen großes Ansehen und haben ein Recht auf Hilfe, wenn sie sie benötigen. So beklagen die von uns befragten Pflegenden zwar manche Schrulligkeit von Frau G., akzeptieren ihre Wünsche aber. Gegen ihren erklärten Willen würde niemand etwas sie Betreffendes veranlassen.

Zusammenfassung

Im Traditionslosen Arbeitermilieu fehlt es in Ost und West an kulturellem Kapital, so dass die, die am dringendsten institutioneller Förderung bedürfen, die größten Schwierigkeiten haben, sich unabhängigen Zugang zu ihr zu verschaffen. Unliebsamen Vorgaben entziehen sich die Betroffenen durch Verweigerung, Ansprüche machen sie ohne äußere Hilfe kaum geltend. Im Westen fehlt typischerweise auch das nötige ökonomische Kapital, mit dem eigene Vorstellungen und Wünsche erfüllt werden könnten. Ist es, wie bei Frau G. im Osten, wenigstens in gewissem Umfang vorhanden, verbessert es den Zugang zu Unterstützung aus dem sozialen Netz. Ohnehin ist das soziale Kapital die wichtigste Ressource in diesen Milieus. Obwohl die Beziehungen besonders in den alten Bundesländern unverbindlich sind, sind sie doch zumindest emotional sehr bedeutsam. Insgesamt zeigt vor allem das Beispiel von Frau H. aus den alten Bundesländern, dass die Chancen zur Selbstbestimmung dramatisch eingeschränkt sind, wenn keinerlei Kapital zur Kompensation der pflegebedingten Einschränkungen vorhanden ist.

22.3. Fazit

Bei der Untersuchung der milieuspezifischen Umgangsweisen mit dem Pflegebedarf haben sich zahlreiche Unterschiede gezeigt, die die Selbstbestimmung Pflegebedürftiger teils fördern, teils behindern. Dabei geht es nicht nur um die jeweilige quantitative Verteilung des Kapitals in seinen verschiedenen Formen, sondern auch um seine milieuspezifische Bedeutung im vorliegenden Zusammenhang. Grundsätzlich ist es selbstver-

ständig immer hilfreich, wenn die Pflegebedürftigen über viel Geld (ökonomisches Kapital), ein großes und hilfreiches Netz sozialer Beziehungen (soziales Kapital) und fundiertes Wissen bzw. Wege zu seiner Aneignung (kulturelles Kapital) verfügen. Ob und welche Mängel aber eine Gefährdung der Selbstbestimmung nach sich ziehen und wie sie kompensiert werden, ist in den Milieus verschieden. Im folgenden beschreiben wir zusammenfassend, welche milieuspezifischen Risikofaktoren für die Selbstbestimmung sich aufgrund unserer Untersuchung benennen lassen.

Pflegebedürftige aus den gehobenen Milieus (also dem Konservativ-Gehobenen Milieu (KGM) in den alten und dem Rationalistisch-Technokratischen Milieu (RTM) in den neuen Bundesländern) verfügen in der Regel über eine in jeder Hinsicht gute Kapitalausstattung und haben damit gute Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Gestaltung ihres Pflegearrangements. Einschränkungen entstehen vor allem, wenn das ökonomische Kapital nicht ausreicht, weil es in diesen Milieus nicht üblich ist, im Netzwerk praktische Hilfe auszutauschen. Sie wird gewöhnlich als Dienstleistung eingekauft, fehlt dafür das Geld, mangelt es an Alternativen. Durch den souveränen Umgang mit den Institutionen der Leistungsträger kommt es aber kaum zu Mängeln in der Basisversorgung. Ein weiteres Risiko für die Selbstbestimmung kann aus den Pflegeerwartungen gegenüber den Kindern im KGM entstehen. Wenn die (Schwieger-) Kinder diesen Erwartungen mehr aus Pflichtgefühl denn aus Zuneigung folgen, besteht die Gefahr, dass sie im Arrangement auch gegen die Selbstbestimmungsinteressen der Pflegebedürftigen steuern.

Dieses Risiko besteht für die Pflegebedürftigen im RTM nicht, weil sie von ihren Kindern ohnehin viel weniger Unterstützung erwarten und ihre Versorgung unabhängiger von ihnen organisieren. Für sie entstehen Restriktionen eher aus ihren mangelhaften Kenntnissen der bundesdeutschen Versorgungslandschaft und ihrer passiven Erwartungshaltung gegenüber den entsprechenden Institutionen, deren Angebote sie nicht immer ausschöpfen.

In den kleinbürgerlichen Milieus (Kleinbürgerliches Milieu (KBM) der alten, Kleinbürgerlich-Materialistisches Milieu (KBMatM) der neuen Bundesländer) entsteht für die Pflegebedürftigen aus den typischen Kapitalverteilungen oft eine besondere Abhängigkeit von den jüngeren Pflegepersonen: Noch mehr im KBMatM, aber auch im KBM sind diese in der Regel besser über Versorgungsmöglichkeiten informiert und können eher als die Pflegebedürftigen selbst gegenüber den Institutionen als KundInnen auftreten. Deshalb werden sie von den Pflegebedürftigen an den entsprechenden pflegeorganisatorischen Entscheidungen zumindest beteiligt, manchmal treffen die Pflegepersonen

sie auch allein. Das Geld ist in den kleinbürgerlichen Milieus durchschnittlich knapper als in den gehobenen und wird nicht so leicht in die Pflege investiert. Für die von uns Befragten markiert besonders in den neuen Bundesländern das Einkommen der Pflegebedürftigen selbst die Grenze des Bezahlbaren, die Familie soll darüber hinaus finanziell nicht in Anspruch genommen werden. In praktischer Hinsicht wird Hilfe durch die Familie, zumindest von den in der Nähe Wohnenden, erwartet und geleistet. Die Vorstellung, dass der vielbeschworene Familienzusammenhalt durch die Aufnahme pflegebedürftiger Eltern im Hause der (Schwieger-)Kinder seinen praktischen Ausdruck findet, ist bei Pflegenden und Gepflegten im Kleinbürgerlichen Milieu der alten Bundesländer verbreitet. In Verbindung mit den eher begrenzten ökonomischen Ressourcen führt dieses Ideal vermehrt dazu, dass Pflegebedürftige und Pflegepersonen zusammen wohnen – ein Umstand, der die Beziehungsqualität zum entscheidenden Faktor für die Selbstbestimmung macht (vgl. Kapitel 21.2 Konstellationen). Hilfe aus dem außerfamilialen Netzwerk nehmen Pflegebedürftige aus den kleinbürgerlichen Milieus nur an, wenn sie sich dafür materiell erkenntlich zeigen können. Fehlen ihnen Mittel oder Möglichkeiten zur Reziprozität, verzichten sie lieber auf die Hilfen, auch wenn das ihre Lebensführung einschränkt.

In den Arbeitermilieus (Traditionelles Arbeitermilieu (TAM) der alten Bundesländer und Traditionsverwurzeltes Arbeitermilieu (TVAM) der neuen Bundesländer) decken die Pflegebedürftigen ihren Unterstützungsbedarf mit Hilfe ihres sozialen Kapitals. Familiales und außerfamiliales Netzwerk leisten Unterstützung aller Art. Gefahren für die Selbstbestimmung entstehen hier, wenn es an sozialem Kapital fehlt und dadurch die Abhängigkeit von einzelnen Pflegepersonen wächst, zumal kulturelles und ökonomisches Kapital oft nicht ausreichend vorhanden sind oder nicht eingesetzt werden sollen, um die Mängel zu kompensieren. Im TAM der alten Bundesländer führt diese negative Einstellung zu pflegebedingten Ausgaben in Verbindung mit den verbreiteten Vorstellungen von Familiensolidarität u. a. dazu, dass Pflegebedürftige zu ihren Kindern ziehen – mit der Folge, dass, wie immer beim Umzug Pflegebedürftiger zu den Pflegenden (vgl. Kapitel 21.3), dort die Risiken für die Selbstbestimmung zunehmen, denn die Pflegebedürftigen verlieren ihr für eine unabhängige Pflegeorganisation in den Arbeitermilieus so wichtiges soziales Kapital und begeben sich in eine Lebenssituation, in der Beziehungskonflikten nicht mehr so leicht auszuweichen ist. Zusätzlich führt der Druck zum Sparen zu vermehrten Belastungen der häuslichen Pflegepersonen. Da in diesem Milieu aber Konsens darüber besteht, dass die Alten Anspruch auf Solidarität und Respekt haben,

üben eher alle am Arrangement Beteiligten auf ihre Weise Verzicht, die Pflegebedürftigen bleiben an den sie betreffenden Entscheidungen beteiligt.

Im dörflichen TVAM der neuen Bundesländer haben die von uns Befragten alle sehr viel soziales Kapital, mit dem sie ggf. auch ihre mangelhafte Ausstattung mit ökonomischem Kapital ausgleichen können. Das wenige Geld, das ihnen zur Verfügung steht, nutzen sie selbstverständlich, um sich im Netzwerk für die Hilfen erkenntlich zu zeigen. Ihre Selbstbestimmung gerät aber in Gefahr, wenn kulturelles Kapital gefragt ist: Mit dem Versorgungssystem der Bundesrepublik kennen sie sich nicht aus, medizinisch oder pflegefachlich sind sie nur punktuell informiert – im Krankenhaus oder im Umgang mit den Institutionen sind sie auf Hilfe durch besser informierte Netzwerkpersonen oder Professionelle angewiesen. Können oder wollen diese ihre Wünsche nicht vertreten, wird es für die Pflegebedürftigen schwer, sich trotzdem durchzusetzen.

Im städtischen TVAM der neuen Bundesländer setzen die Pflegebedürftigen ihr durch die Rentenhöhe vergleichsweise reichliches ökonomisches Kapital bereitwillig für die Verbesserung ihrer Versorgung ein. Sie geizen nicht, um etwas für ihre Kinder zu bewahren, sondern nutzen ihre Ressourcen in dem Gefühl, sie sich selbst erarbeitet zu haben und nun ausgeben zu dürfen. Aus dem gleichen Selbstverständnis speist sich auch ihre Anspruchshaltung gegenüber den Institutionen, denen sie durchaus als KundInnen begegnen. Das gilt allerdings vor allem für die befragten Männer, deren Selbstbewusstsein sich auf eine gewisse Karriere in einem langen Arbeitsleben gründet und die daher auch wissen, wie wichtig es ist, sich gut zu informieren. Dadurch können sie auch mit den verschiedenen Kapitalformen jonglieren; milieuspezifische Restriktionen können wir hier nicht benennen.

Das Beispiel aus dem Traditionslosen Arbeitermilieu der alten Bundesländer zeigt, wie schwierig eine selbstbestimmte Lebensführung für eine Pflegebedürftige ist, die selbst über keinerlei Kapital welcher Art auch immer verfügt. Da die Angebote öffentlicher Fürsorge für sie die einzige verlässliche Quelle für Unterstützung sind, ist sie weitgehend auf den guten Willen ihrer VertreterInnen bzw. der professionellen Pflegekräfte angewiesen, die die Erfüllung ihrer Wünsche unterstützen und den Rahmen für ihre Entscheidungen festlegen.

Die Befragte aus dem Traditionslosen Milieu der neuen Bundesländer verfügt dagegen über soziales und in bescheidenem Umfang ökonomisches Kapital. Damit vergrößert sie ihren Entscheidungsspielraum erheblich. Solange sie nicht auf kulturelles Kapital ange-

wiesen ist, hat sie keine Einschränkungen der Selbstbestimmung zu befürchten, zumal sie als alter Mensch in ihrem sozialen Zusammenhang Ansehen genießt.