ECONSTOR

WWW.ECONSTOR.EU

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Beetz, Stephan; Voigt, Alexander; Gasch, Anna-Clara; Rodriguez-Abello, Sarah

Research Report

Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012: Volume 4, Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel

Thünen Report, No. 32,4

Provided in Cooperation with:
Johann Heinrich von Thünen Institute, Federal Research Institute for Rural Areas, Forestry and Fisheries

Suggested Citation: Beetz, Stephan; Voigt, Alexander; Gasch, Anna-Clara; Rodriguez-Abello, Sarah (2015) : Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012: Volume 4, Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel, Thünen Report, No. 32,4, ISBN 978-3-86576-141-5, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:253-201510-dn055821-0

This Version is available at:
http://hdl.handle.net/10419/124161

Nutzungsbedingungen:
Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter
→ http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen
nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:
The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at
→ *http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen*
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

THÜNEN

Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012

Volume 4
Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel

Stephan Beetz unter Mitarbeit von Alexander Voigt, Anna-Clara Gasch und Sarah Rodriguez-Abello

Thünen Report 32

Bibliografische Information:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikationen in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter www.dnb.de abrufbar.

Bibliographic information:
The Deutsche Nationalbibliothek (German National Library) lists this publication in the German National Bibliography; detailed bibliographic data is available on the Internet at www.dnb.de

Bereits in dieser Reihe erschienene Bände finden Sie im Internet unter www.ti.bund.de

Volumes already published in this series are available on the Internet at www.ti.bund.de

Zitationsvorschlag – *Suggested source citation:*
Beetz S, Voigt A, Gasch A-C, Rodriguez-Abello S (2015) Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012 : Vol. 4, Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel. Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut, 128 p, Thünen Rep 32, Vol. 4, DOI:10.3220/REP1445508702000

Die Verantwortung für die Inhalte liegt bei den jeweiligen Verfassern bzw. Verfasserinnen.

The respective authors are responsible for the content of their publications.

THÜNEN

Thünen Report 32 – Volume 4

Herausgeber/Redaktionsanschrift – *Editor/address*

Johann Heinrich von Thünen-Institut
Bundesallee 50
38116 Braunschweig
Germany

thuenen-report@ti.bund.de
www.ti.bund.de

ISSN 2196-2324
ISBN 978-3-86576-141-5
DOI:10.3220/REP1445508702000
urn:nbn:de:gbv:253-201510-dn055821-0

Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012

Volume 4
Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel

Stephan Beetz unter Mitarbeit von Alexander Voigt, Anna-Clara Gasch und Sarah Rodriguez-Abello

Thünen Report 32

Das Projekt „**Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel**“ wurde koordiniert und durchgeführt von Prof. Dr. Stephan Beetz unter Mitarbeit von Alexander Voigt, Anna-Clara Gasch und Sarah Rodriguez-Abello an der Fakultät für Soziale Arbeit, Fachhochschule Mittweida. Das Projekt ist Teil der Verbundstudie „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“, koordiniert vom Thünen-Institut für Ländliche Räume (TI) in Braunschweig. Gefördert wurde das Projekt durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE).

Übersicht der Teilprojekte und beteiligten Institutionen im Projekt „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012“

Teilprojekte	**Institute**	
Dörfer als Wohnstandorte	Institut für Green Technology und Ländliche Entwicklung, Fachhochschule Südwestfalen, Soest	Thünen-Report 32 Volume 1
Alltagsbewältigungsstrategien	Institut für Sozialwissenschaften des Agrarbereichs, Fachgebiet Ländliche Soziologie, Universität Hohenheim	Thünen-Report 32 Volume 2
Kindheit im Wandel	Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Fachgruppe Geographie, Bergische Universität Wuppertal	Thünen-Report 32 Volume 3
Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel	Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Mittweida	Thünen-Report 32 Volume 4
Neue Medien und dörflicher Wandel	IZT – Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung gemeinnützige GmbH, Berlin	Thünen-Report 32 Volume 5
Ländliche Arbeitsmärkte: Chancen für Frauen – Frauen als Chance	Thünen-Institut für Ländliche Räume, Braunschweig	Thünen-Report 32 Volume 6 *in Vorbereitung*
Handlungsspielräume von Orten – Rahmenbedingungen politischen Handelns und ortsspezifische Bewältigung von Herausforderungen	Thünen-Institut für Ländliche Räume, Braunschweig	Thünen-Report 32 Volume 7 *in Vorbereitung*
Anforderungen an die Landwirtschaft	Institut für Lebensmittel- und Ressourcenökonomik, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn	Thünen-Report 32 Volume 8 *in Vorbereitung*

Kontakt:

Prof.Dr. Stephan Beetz

Fakultät Soziale Arbeit

Hochschule Mittweida

D-09648 Mittweida

E-Mail: Beetz@hs-mittweida.de

Braunschweig/Germany, im Oktober 2015

Thünen Report 32 – Volume 4

Vorwort

Die Untersuchung des Wandels von Unterstützungsstrukturen im ländlichen Raum am Beispiel der Pflege älterer Menschen setzt an der Fakultät Soziale Arbeit der Hochschule Mittweida eine Forschungstradition zu regionalen Themen Sozialer Arbeit fort. Die überaus fruchtbare Zusammenarbeit in dem durch das BMEL geförderten Forschungsverbund „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“ ermöglichte es, professionsbezogene Fragestellungen der Sozialen Arbeit auf den Wandel ländlicher Gesellschaften zu beziehen.

Die Forschungsgruppe Mittweida setzte sich aus Dipl. (FH) Sozialarbeiter/Sozialpädagoge Alexander Voigt, Anna-Clara Gasch MA, Sarah Rodriguez-Abello BA und Prof. Dr. Stephan Beetz zusammen. Die vorliegende Publikation baut auf den umfangreichen Studien und Vorarbeiten auf, die in diesem Zusammenhang entstanden sind. Die beruflichen und familiären Entwicklungen ließen es nicht zu, dass auch eine gemeinsame Publikation entstehen konnte. Die inhaltliche Verantwortung liegt also beim Hauptautor, einzelne Abschnitt sind bei abweichender Autorenschaft gekennzeichnet.

Nicht nur der Forschungsgruppe Mittweida, den KoordinatorInnen in Braunschweig und den anderen TeilnehmerInnen des Forschungsverbundes sei an dieser Stelle gedankt, sondern vor allem all denjenigen, die uns in den Feldaufenthalten unterstützt haben und uns ihr Wissen weitergegeben haben. Ermutigt sei der Leser oder die Leserin, wenn ihm oder ihr etwas berichtigungs- oder ergänzungsbedürftig erscheint oder etwas besonders gefällt, sich an den Autor zu wenden.

Mittweida, 08.10.2015

Zusammenfassung

Die Untersuchung des Wandels ländlicher Unterstützungsstrukturen erfolgt am Beispiel der Pflege an älteren Menschen. Dabei wird die hohe Bedeutung, aber auch die Belastung der familiären Pflege herausgearbeitet. Es werden alternative Ansätze im sogenannten Pflegemix, regionalen Pflegekulturen und gemeinwesenorientierten Pflegearrangements diskutiert.

Schlüsselwörter: Ländliche Räume, soziale Unterstützungsnetzwerke, Pflege, Soziale Arbeit, sozialer Wandel ländlicher Gesellschaften

Summary

The investigation of changing rural support networks is concentrated by the caregiver of elderly peoples. The study highlighted the importance, but also the stress of family care. We discuss alternative ways of multimodal care, regional cultures of caregiving and communitybased care systems.

Keywords: rural regions, social support networks, social work, care, social change in rural societies

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Zusammenfassung/Summary i

1 Einleitung 1

2 Unterstützungssysteme in ländlichen Räumen 3

2.1 Altern und Soziale Unterstützung 3

2.2 Ländliche Unterstützungssysteme 5

2.3 Soziale Dienste und Soziale Arbeit auf dem Land 7

2.4 Pflege und Pflegearrangements im ländlichen Raum 10

3 Untersuchungsziel und methodisches Vorgehen 15

3.1 Ziel der Untersuchung 15

3.2 Methodisches Vorgehen und Untersuchungsschritte 16

4 Untersuchungsergebnisse 23

4.1 Sozialstruktur von Pflege und Alter 23

4.2 Pflege als wesentlicher Bestandteil des Alltags 26

4.3 Familienpflege als Norm 30

4.4 Fallbeispiel Frau A. 37

4.5 Selbstverständlichkeit – Kommunikation in der Pflegesituation 46

4.6 Geschlechter- und Rollenbilder innerhalb der Pflege von Angehörigen 70

4.7 Pflege als Modernisierungsfalle? 76

4.8 Verortungen der Pflege 80

4.9 Öffentliche Diskussion des Themas Pflege 91

5 Schlussfolgerungen 97

6 Literaturverzeichnis 101

Anhang A1

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Basisentwurf Pflegematrix 21

Abbildung 2: Anzahl Pflegende nach Altersklassen (Bewohnerbefragung 2003) 24

Abbildung 3: Anteil der Pflegenden in den Altersklassen (Bewohnerbefragung) 24

Abbildung 4: EU SILC; Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes; OECD 2013; Berechnungen des DIW Berlin (Geyer und Schulz 2014, 295) 26

Abbildung 5: Anzahl der Pflegenden nach zeitlichem Umfang der Pflege und Altersklassen (Bewohnerbefragung 2013, Mehrfachantworten durch mehrere Pflegearrangements) 28

Abbildung 6: Anteil der jeweiligen Altersgruppen am zeitlichen Umfang der Pflege (Bewohnerbefragung 2013, Mehrfachantworten) 28

Abbildung 7: Anteil der jeweiligen Pflegegruppen am zeitlichen Umfang der Pflege nach Geschlecht (Bewohnerbefragung 2013) 29

Abbildung 8: Unterstützungsleistungen im Bereich der Pflege nach Haupt- und Nebenpflege und Geschlecht (Bewohnerbefragung 2013) 29

Abbildung 9: Verwandtschaftsbeziehung der Pflegeperson zur pflegeempfangenden Person nach Haupt- und Nebenpflegepersonen (Bewohnerbefragung 2013) 30

Abbildung 10: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegeerhaltenden Person (http://www.boeckler.de/45064.htm, Zugriff 1.10.14) 31

Abbildung 11: Verteilung nach Zustimmung zur Frage: „Dörfer haben sich verändert. Welche Aussagen treffen auf Ihren Wohnort zu? Ein Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim ist hier Teil einer normalen Lebensperspektive.“ Nach Altersklassen (Bewohnerbefragung 2013) 32

Abbildung 12: Von wem erhalten Pflegende Unterstützungen? (Bewohnerbefragung 2013) 54

Abbildung 13: Anteil der Pflegenden, die die jeweilige Unterstützungsleistung erhalten nach Pflegegruppen und Geschlecht (Bewohnerbefragung 2013) 54

Abbildung 14: Entfernungen der Pflegeperson zum Pflegeempfänger (Bewohnerbefragung 2013) 55

Abbildung 15: Pflegematrix 1 PB_17 59

Abbildung 16: Pflegematrix 2 PB_14 61

Abbildung 17: Pflegematrix 3 PB_10 62

Abbildung 18: Pflegematrix 4 PB_09 64

Abbildung 19: Pflegematrix 5 PB_04 65

Abbildung 20: Alltägliche Lebensführung nach Pflegebeteiligung (Bewohnerbefragung 2013); HPw Hauptpflegeperson weiblich, NP nichtpflegende Befragte, P Pflegende 79

Abbildung 21: Aussagen zu nachbarschaftlicher Hilfeleistungen im Wohnort nach Pflegebeteiligung (Bewohnerbefragung 2013) HPw Hauptpflegeperson weiblich, NP nichtpflegende Befragte, P Pflegende 92

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Unterscheidung von Unterstützungssystemen (Schubert, Veil 2013)	6
Tabelle 2:	Indikatoren zur Pflegebedürftigkeit und zur pflegerischen Versorgung – Jahresende 2011 (Pflegestatistik)	27
Tabelle 3:	Gegenüberstellung häuslicher und flexibler Pflegearrangements	77
Tabelle 4:	Erwerbsformen nach Pflegebeteiligung (Periode von drei Jahren) (Bewohnerbefragung 2013)	78
Tabelle 5:	Arbeitsbedingungen nach Pflegebeteiligung (Periode von drei Jahren) (Bewohnerbefragung 2013)	78
Tabelle 6:	Unterschiede in den Pflegearrangements nach Untersuchungsorten	80
Tabelle 7:	Infrastruktur der Pflege In Ralbitz-Rosenthal (eigene Recherchen)	83
Tabelle 8:	Infrastruktur der Pflege In Finneland (eigene Recherchen)	83
Tabelle 9:	Infrastruktur der Pflege In Freienseen (eigene Recherchen)	84
Tabelle 10:	Infrastruktur der Pflege in Kusterdingen (eigene Recherchen)	85
Tabelle 11:	Infrastruktur der Pflege in Westrup (eigene Recherchen)	85
Tabelle 12:	Informelle Pflegesysteme in den Untersuchungsorten	90
Tabelle 13:	Pflege als Gestaltungsraum	98

Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familien und Jugend
EU	Europäische Union
EUR	Euro
I	Interviewer
Mio.	Millionen
PB	pflegende bzw. betreuende Personen
PE	ExpertInnen in der Pflege
PP	Pflegebetroffene, zu Pflegende
SOEP	Sozioökonomisches Panel
unv.	unverständlich

1 Einleitung

Im Forschungsprojekt „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“ [1] übernahm die Hochschule Mittweida zwei Untersuchungsschwerpunkte. Sie analysierte zum einen den wirtschaftlichen, sozialen, politischen, infrastrukturellen und demografischen Wandel in den beiden Gemeinden Ralbitz-Rosenthal und Finneland, zum anderen bearbeitete sie inhaltlich die Fragestellung nach dem Wandel ländlicher Unterstützungsstrukturen am Beispiel der Pflege.

Die Frage, wie sich die Lebenssituation und die Lebensbedingungen älterer Menschen entwickeln, ist von entscheidender Bedeutung, sowohl für die Menschen selbst, ihre Familien als auch für politisch Verantwortliche. Es ergeben sich große Herausforderungen für die familiären Generationenbeziehungen wie für die regionalen Versorgungsstrukturen (Fachinger und Künemund, 2015). Dies war in den vielen Gesprächen vor Ort und bei dem Interesse an der Thematik sehr spürbar. In diesem Teilbericht steht der Wandel von Unterstützungsstrukturen von familiär Pflegenden im Vordergrund, also derjenigen, die als „größter Pflegedienst Deutschlands“ (Wetzstein, 2015) (immer noch) den Hauptanteil an dem in der Gesellschaft anfallenden Unterstützungsbedarf leisten und selbst der Unterstützung bedürfen. Dies erfordert die Auseinandersetzung mit zwei Mythen, die im öffentlichen und teilweise im wissenschaftlichen Diskurs anzutreffen sind: Die Gewissheit bestimmter familiärer Pflegestrukturen verliert ihre Plausibilität und erfordert neue Arrangements (vgl. Kunstmann, 2009). Die sogenannte und oft beschworene Dorfgemeinschaft stellt nicht per se ein Unterstützungsnetzwerk dar, sondern ein solches ist in jedem Fall voraussetzungsreich. Die professionalisierten Unterstützungsstrukturen stoßen in der Fläche auf besondere Tätigkeitsbedingungen (Beetz, 2015a).

Der Wandel von Unterstützungsstrukturen ist nicht nur Bestandteil des allgemeinen Wandels ländlicher Gesellschaften, sondern in den auftretenden Problemlagen und Problemwahrnehmungen bündeln sich viele Veränderungen in den ländlichen Lebensverhältnissen. Entgegen der Perspektive der Auflösung der traditionellen ländlichen Sozialbeziehungen wird der Fokus auf deren Veränderungen einschließlich der damit verbundenen Ungewissheiten, Umorientierungen und Blockierungen gelegt. Im Forschungsprojekt wurden deshalb die folgenden inhaltlichen Fragestellungen untersucht:

1. Inwieweit lassen sich (neue) zielgruppenspezifische Unterstützungsbedarfe in einer sich verändernden ländlichen Gesellschaft identifizieren?

2. Welche Tendenzen zeigen sich in den unterschiedlichen Unterstützungsstrukturen (Netzwerken, Familien, Nachbarschaften, Organisationen, Vereinen, sozialen Unternehmen)?

3. Welche spezifischen Perspektiven sozialer Arbeit sind auf ländlichen Räumen vorhanden, und inwieweit entsprechen diese den Lebenslagen und Bedarfen in den Dörfern?

[1] Für eine ausführliche Darstellung des Verbundprojekts siehe Anhang.

4. In welchem Verhältnis stehen informelle oder wenig formalisierte Unterstützungsstrukturen zu formellen, meist professionalisierten und spezialisierten Hilfesystemen?

Nach einem Einstieg in die Thematik von Unterstützungsstrukturen im ländlichen Raum wird das methodische Vorgehen kurz beschrieben und anschließend wichtige Ergebnisse der Studie vorgestellt. Die Darstellung der Ergebnisse folgt einer gewissen Dramaturgie: Ausgehend von der immer wieder vorgefundenen Selbstverständlichkeit der familiären Pflege wird anschließend die Komplexität von Unterstützungssystemen untersucht und die unterschiedlichen Unterstützungsfunktionen herausgearbeitet. Abschließend wird untersucht, welche lokalen und regionalen Unterschiede in den Unterstützungssystemen auftreten und inwieweit diese Teil der Entwicklungen im jeweiligen Gemeinwesen sind.

2 Unterstützungssysteme in ländlichen Räumen

2.1 Altern und Soziale Unterstützung

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen Unterstützungsleistungen für ältere Menschen. Damit wird ein Thema aufgegriffen, das die öffentliche Diskussion um die demografisch alternde Gesellschaft sehr bestimmt. In den letzten Jahren wurden die demografischen und ökonomischen Konsequenzen hervorgehoben (z. B. die Berücksichtigung des Rückganges des so genannten Pflegepotenzials). Die Aussagen, wie sich nun konkret die sozialen Unterstützungsleistungen verändern, sind naturgemäß vage, denn dies hängt von vielen Aspekten des gesellschaftlichen Wandels ab. Die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen bedürfte wegen einiger Spezifika einer besonderen Untersuchung (Hofmeister, Barth und Fuhr, 2010).

Menschen jeglichen Alters benötigen soziale Unterstützung in den verschiedensten Bereichen ihres Lebens. Dass mit zunehmendem Alter in der Regel ein steigender Unterstützungsbedarf anfällt, heißt nicht, dass jeder ältere Mensch pflegebedürftig ist. Es fallen zu einem großen Teil niedrigschwellige unterstützende Tätigkeiten an, die mit physischen und kognitiven Beeinträchtigungen in Zusammenhang stehen. Eine höhere Intensität von unterstützenden Tätigkeiten infolge von Multimorbidität und Pflege ist häufig erst jenseits des 80. Lebensjahres zu verzeichnen. Dabei handelt es sich jedoch lediglich um eine statistische Aussage, denn Alter und soziale Unterstützung stehen weder kausal noch unilinear zueinander. Wenn man zwischen der somatischen, der funktionalen und der subjektiven Gesundheit unterscheidet, dann ist für den Unterstützungsbedarf vor allem die funktionale Einschränkung, für das allgemeine Wohlbefinden die subjektive Gesundheit maßgebend (Böhm, Tesch-Römer und Ziese, 2011). In der Generali-Altersstudie beschrieben 29 % der 80- bis 85-jährigen Männer und 32 % der Frauen dieser Altersgruppe, dass ihr Gesundheitszustand „nicht besonders“ oder „schlecht“ sei (Köcher und Bruttel, 2012: 259). Doch nicht nur der faktische Gesundheitszustand, sondern auch die Befürchtung, einmal gepflegt werden zu müssen, stellt bei 80 % der Menschen über 70 Jahren eine erhebliche Belastung dar (ebd.: 256).

Es ist sinnvoll, den Begriff der Unterstützungsleistungen (Care) grundsätzlich in Pflege- und Hilfeleistungen zu unterteilen, wobei die Grenzziehungen sehr unscharf sind. Als Pflege werden tendenziell zeitlich intensivere, körperbezogene, dauerhaftere und in ihrer Verrichtung notwendige Unterstützungsleistungen angesehen. Pflege- und Hilfeleistungen sind gesellschaftlich unterschiedlich strukturiert und sozial verteilt (Schmid, 2014: 145 ff.). Der statistische Pflegebegriff (nach Pflegegesetzgebung bzw. nach Leistungsempfängern der Pflegeversicherung) ist noch einmal von den Pflegeleistungen zu trennen, die faktisch erbracht werden. Als soziale Unterstützungsleistungen sollen jene Unterstützungen bezeichnet werden, die aus sozialen Beziehungen bzw. Netzwerken generiert werden (Social Support).

Die Angaben über die erforderlichen oder tatsächlich für ältere Menschen geleisteten Unterstützungsleistungen variieren in den verschiedenen Untersuchungen in Abhängigkeit von den jeweiligen Befragtengruppen und Alltagsbereichen. Die europaweite SHARE-Studie zeigt für über 80 % der über 80-Jährigen an, dass diese in ihren allgemeinen, alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt sind. Dazu zählen vor allem sensorische Einschränkungen (Hören, Sehen) und – nicht selten damit in Verbindung – Mobilitätseinschränkungen (Treppensteigen, kürzere Fußwege) (Menning und Hoffmann, 2011, 63 ff.). Nach Daten des Haushaltspanels SOEP benötigen ca. 12 % der über 80-jährigen Hilfe bei der Körperpflege, 15 % beim Einkaufen und Haushalten sowie ca. 5 % beim Aufstehen und Ankleiden (ebd.: 67 f.). Bei Höpflinger, Bayer-Oglesby und Zumbrunn (2011: 50) liegt der Anteil der zu Hause lebenden Befragten, die stark hilfebedürftig sind, bei den 80- bis 84-Jährigen bei 24 % und bei den über 85-Jährigen bei 51 % (instrumentelle Hilfen).

Das Missverständnis, dass ältere Menschen in ländlichen Räumen gesünder und robuster seien, die Unterstützung nahezu naturwüchsig erfolge, wurde in der Literatur immer wieder kritisiert, weil es den Blick auf die tatsächlichen Unterstützungsstrukturen und die damit verbundenen Belastungen verenge (Goins et al., 2011). Auch in den Untersuchungen der Landgesundheitsstudie gab es beim Vergleich der untersuchten Landgemeinden in Nordostdeutschland mit bundesweiten Morbiditätsraten und Einschätzungen gesundheitlichen Wohlbefindens keine Anhaltspunkte, dass ältere Menschen auf dem Land gesünder seien (Elkeles et al., 2010). Subjektive Einschätzungen des Gesundheitszustandes fallen auf dem Land keineswegs besser, tendenziell sogar schlechter aus: Als Gründe hierfür werden ein geringeres Gesundheitsbewusstsein und stärker ausgeprägte gesundheitsgefährdende Tätigkeiten angesehen (ebd.). Offensichtlich herrscht eine starke Ambivalenz zwischen der Sicht auf das Land als Problemgebiet und der Einschätzung der internen sozialen Problembehandlung innerhalb der ländlichen Gesellschaft.

In der Gesundheits- und Pflegeforschung wurde die Bedeutung von sozialer Unterstützung (Social Support) für die Bewältigung und die Prävention gesundheitlicher Risiken immer wieder hervorgehoben. Dabei geht es nicht nur um die Hilfeleistung selbst in ihrer funktionalen Bedeutung, sondern umfassender um die Folgen von Wohlbefinden, Teilhabe und Bewältigung. Im Forschungsinteresse steht die Struktur und Wirkungsweise von sozialen Netzwerken, die soziale Unterstützungsleistungen erbringen (Dehmel und Ortmann 2006). In dem, was Menschen miteinander tun und miteinander umgehen, sind sie regelhaft geleitet und es existieren historisch, kulturell, milieubezogen und regional unterschiedliche soziale Formationen, in denen sie sozial handeln. Netzwerke können sowohl eine definierbare soziale Realität als auch einen symbolischen Bezug erfassen (Laireiter, 2009: 77). Es gilt daher genauer hinzusehen, in welch unterschiedlicher Weise soziale Netzwerke in unterschiedlichen gesellschaftlichen Räumen existieren, wie sie in Zusammenhang mit bestimmten Unterstützungsleistungen gebracht werden und als was sie angesehen werden. So wichtig die Betonung sozialer Netzwerke im Allgemeinen ist, müssen diese jeweils in ihren konkreten sozialen Formationen bedacht werden.

Soziale Unterstützung wird als ein wesentlicher Präventionsfaktor gegenüber Erkrankungen, Überlastung und Isolation in Pflegetätigkeiten angesehen (Bubholz-Lutz, 2006). Dabei ist jedoch

stets zu beachten, dass es sich um eine subjektive Bewertung empfangener Leistungen handelt, dass also nur das als Unterstützung wirkt, was auch als Unterstützung gesehen wird. Auch sind die Wirkungen sozialer Unterstützungen nicht eindimensional angelegt, denn darin ist stets die Ambivalenz enthalten, dass eine starke soziale Einbindung und eine engmaschige soziale Unterstützung zu Belastungen führen, wenn diese beispielsweise mit bestimmten normativen Erwartungen einhergeht (Koppelin, 2008).

Grundsätzlich sind im Feld der Pflegeforschung die Unterstützungen der zu Pflegenden und der Pflegenden (Caregiver) zu unterscheiden. Im Fokus der vorliegenden Untersuchung steht nicht die soziale Unterstützung der zu pflegenden Menschen, sondern die der pflegenden Personen. Wahrgenommene und erhaltene Unterstützungen stärken den bzw. die Pflegende in ihrer Tätigkeit, die in aller Regel nicht frei von Belastungen ist. Belastungen können in vielfältiger Weise auftreten: in der alltäglichen Lebenspraxis, in den emotionalen und physischen Auswirkungen der Pflegetätigkeit selbst, in der Beziehung zum Pflegenden usw.

Obwohl mit der Untersuchung der Unterstützungsstrukturen von Pflegenden ein spezifisches Themenfeld gewählt wurde, bündeln sich in den damit verbundenen Fragestellungen allgemeinere Tendenzen des Wandels ländlicher Gesellschaften, in sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Hinsicht.

2.2 Ländliche Unterstützungssysteme

Familiäre, verwandtschaftliche, nachbarschaftliche oder vereinsorganisierte Unterstützungen spielen sowohl im ländlichen Alltag als auch in bestimmten Notsituationen eine wesentliche Rolle. Sie werden sogar als konstitutiv für das Funktionieren ländlicher Gesellschaften angesehen, weil marktorientierte Angebote aufgrund der relativ dünnen Nachfragesituation und der Erreichbarkeitshürden entweder nicht vorhanden oder zu kostenintensiv sind. So sei es oftmals erforderlich, die notwendige Unterstützung und Hilfe (sei es beim Einkaufen, bei der Autoreparatur oder in der Kinderbetreuung) vor Ort zu organisieren. Frühere Untersuchungen zum Zusammenwirken familiär-verwandtschaftlicher oder externer Unterstützungen zeigen: In den Dörfern erfolgt soziale Unterstützung vorwiegend in den Familien, Nachbarschaften oder wird über lokale „Honoratioren“ wie Lehrer, Pfarrer, Ärzte und Bürgermeister vermittelt (Meier, 1991). Im Gegensatz dazu stelle die Stadt die große „Dienstleistungsmaschine“ (Siebel, 1992) dar.

Kaye und Butler (2004) unterscheiden in Anlehnung an Cantor (1979) zwischen informal networks, community organizations und formal service organizations. Die Systematisierung von Schubert und Veil (2013) ist differenziert genug, um zu zeigen, dass die jeweiligen Unterstützungssysteme einer eigenen Logik folgen (vgl. Tabelle 1). Vor allem sind diese Unterschiede in den sogenannten natürlichen informellen Netzwerken wichtig, die häufig zusammengefasst werden. Das haben auch unsere Untersuchungen in groß- und kleinstädtischen Quartieren gezeigt,

dass Kontaktnetze (Nachbarschaften) sich von organisierten Unterstützungssystemen unterscheiden (Beetz, 2012, 2013).

Tabelle 1: Unterscheidung von Unterstützungssystemen (Schubert, Veil 2013)

Natürliche Netzwerke Soziale Ressourcen			**Professionelle Netzwerke** Fachliche Ressourcen	
Basis-Netzwerke	**Informelle Netzwerke** Persönliche Beziehungen		**Formelle Netzwerke** Organisationale Kooperation	
Nicht organisiert	Gering organisiert	Stark organisiert	Gemeinnütziger Sektor	Märkte
Enge Nah-beziehungen	***Kontaktnetze***	***Größere Netze mit Interessenbezug***	***Institutionelle Kooperation***	***Marktbezogene Kooperation***
z.B. Familie Verwandte Freundeskreis	z.B. Nachbarschaft Beziehungen zu Intermediären	z.B. Vereine, Parteien, Organisationen	z.B. Informations- / Hilfenetz von Diensten/Einricht.	z.B. Händlerverbund, Freiberuflernetz

In der Literatur wird der Wandel von Lebenslagen und informellen Unterstützungsstrukturen in ländlichen Räumen beschrieben, wobei die jeweiligen Referenzgrößen sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Es dürfte einem unverrückbaren Klischee entsprechen, dass früher soziale Unterstützungssysteme stärker ausgeprägt gewesen seien. Dass es sich dabei um eine stets wiederkehrende, aber deshalb nicht treffende Meinung handelt, arbeitete Diewald (1991) als gesellschaftliche Wahrnehmung zwischen „Verlust und Liberalisierung“ heraus: Nicht unbedingt die Stärke, sondern eher die Struktur sozialer Unterstützungen (z. B. im Sinne der Freiwilligkeit) verändert sich.

In eine weitere Richtung weisen die Ergebnisse der dritten Befragungswelle der „Ländlichen Lebensverhältnisse“ zu veränderten sozialen Beziehungen im Dorf, die Michael Heinz (1999) unter dem Aspekt der Individualisierung untersucht hatte. Er stellte fest, dass die Anforderungen von BewohnerInnen an das dörfliche Sozialleben ebenso unterschiedlich ausfallen wie sie sich in das nachbarschaftliche und öffentliche Leben einbringen. Auch spielt das Dorf als Ort der alltäglichen Lebensführung, der lokalen Identifikation und der sozialen Einbindung eine sehr unterschiedliche Rolle. Das heißt aber nicht, dass dörfliche und dorfübergreifende informelle Unterstützungsleistungen keine Rolle spielen würden. Allerdings nimmt offenbar über die jüngeren Generationen der „Terrorzusammenhang“ sozialer Kontrolle in den Dörfern immer mehr ab, ohne dass der Notzusammenhang ganz aufgegeben werden würde (vgl. Jeggle und Ilien, 1978).

Wenn auch der Stellenwert informeller Netzwerke in ländlichen Räumen besonders herausgestrichen wird, so tritt dieser doch oft hinter den der familiären und verwandtschaftlichen Unterstützungen deutlich zurück. Sie sind es vor allem, die den Hilfebedarf und die Hilfeleistungen strukturieren. In den ländlichen Räumen wohnen tendenziell mehr Kinder im Haushalt oder in unmittelbarer Nähe ihre Eltern, so zeigen jedenfalls die früheren Untersuchungsergebnisse im Stadt-Land-Vergleich (Tewes, 1987, 448). Bei ca. der Hälfte bis ein Drittel lebte mindestens ein Kind im Haus-

halt oder im Haus der Eltern, weitere 10 % in der Nachbarschaft. Tewes schlussfolgert eine relativ hohe Zufriedenheit, weil basale Unterstützungen vorhanden seien. Die lokale Nähe sagt allerdings nicht zwangsläufig etwas über die emotionale Nähe und die tatsächlichen Unterstützungsleistungen aus, allerdings vereinfacht diese alltägliche instrumentelle Hilfen (Brauer, 2002). Die starke Familienbezogenheit von Unterstützungsstrukturen kann gerade in belasteten emotionalen Beziehungen zu problematischen Unterstützungsarrangements führen.

Einen Grund für die familiäre Binnenbezogenheit von Unterstützungsleistungen wird vor allem in der innerdörfliche Kommunikation von Problemlagen, den damit einhergehenden Distanzierungs- und Ausgrenzungsmustern gesehen (Wiesinger und Machold, 2001). Problemlagen sollen nicht nach außen sichtbar werden, und damit werden auch keine Hilfen von außen zugelassen.

Die Selbstverständlichkeit, mit der von einem hohen familiären und informellen Unterstützungspotenzial ausgegangen wird, kann ebenfalls den tatsächlichen Hilfebedarf überdecken. Einsamkeit ist beispielsweise kein großstädtisches, sondern ebenso ein ländliches Phänomen, sodass nicht ohne weiteres von einer sozialen Einbindung in informelle Netzwerke ausgegangen werden kann (Tewes, 1987: 448). Traditionelle Unterstützungssysteme hatten immer schon ihre Grenzen und unterliegen zudem enormen Veränderungsprozessen. Dies wird im weiteren Fortgang unserer Untersuchung eine wichtige Rolle spielen. In der Literatur wird aus diesem Grund von einem zunehmenden „welfare mix“, auch in ländlichen Räumen, gesprochen (Herring, 2011). Dieser kommt möglicherweise den Anforderungen der „neuen Alten“ sehr viel mehr entgegen, weil dies weniger familiäre Abhängigkeit bedeutet (Kuhlmey, 2000).

2.3 Soziale Dienste und Soziale Arbeit auf dem Land

In Gegenüberstellung zu sozialen Unterstützungen im informellen Sinne können soziale Arbeit und soziale Dienste als Teil formeller und professioneller Unterstützungsnetzwerke bezeichnet werden. Der Begriff „Soziale Berufe“ ist ein Sammelbegriff für eine nicht eindeutig abgegrenzte Gruppe von Berufen, die soziale Dienste anbietet. Diese umfassen soziale Dienstleistungen, soziale Hilfen, Beratung, Erziehung, Betreuung und Unterstützung und verwandte Formen personennaher Tätigkeiten im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen, teilweise auch im Justizwesen und in der Arbeitsverwaltung. Es lassen sich drei gestaffelte Begriffsvarianten herausarbeiten (Buttner, 2011):

- Im engsten Begriffsumfang sind nur die sozialpädagogischen Berufe enthalten, also die in der sozialen Arbeit mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss Tätigen sowie die ErzieherInnen und KinderpflegerInnen.
- Darüber hinaus sind HeilpädagogInnen, HeilerziehungspflegerInnen, ErzieherInnen und die in spezialisierten Pädagogikfeldern Tätigen (ohne LehrerInnen) sowie die Altenpflege, soweit sie nicht primär auf körperliche Pflege ausgerichtet ist, inbegriffen.

- Im weitesten Begriffsumfang kommen hinzu: die Pflegeberufe, die Gesundheitsberufe, die seelsorgerischen und die Beratungsberufe sowie in beschränkten Umfang Bildungsberufe (LehrerInnen).

Innerhalb der sozialen Dienste zeichnen sich in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene, teils widersprüchliche Entwicklungen der Professionalisierung, der Ökonomisierung, der Dienstleistungsorientierung ab, in denen sich auch die Beziehungen von sozialen Unterstützungsstrukturen und sozialen Diensten verschieben (Rauschenbach, Sachße und Olk, 1995; Staub-Bernasconi, 2005).

Soziale Dienste sind vor allem in städtischen Räumen entstanden, weil hier die Brennpunkte sozialer Not und Konzentration von Armut bestanden. Im deutschsprachigen Raum richtet sich die wissenschaftliche Diskussion um Organisation und Professionalisierung sozialer Arbeit – soweit sie überhaupt regionale Perspektiven aufnimmt – vor allem auf städtische Räume. Sieht man von den Arbeiten von Lothar Böhnisch und Heide Funk sowie von Leonie Wagner und den anderen KollegInnen der Hochschule Hildesheim ab, haben Lebenswelt- und Sozialorientierung in der sozialen Arbeit daran wenig geändert (z. B. Böhnisch und Funk, 1991; Debiel et al., 2013). Auch in der Praxis ist Vielfalt und Reichweite professioneller sozialer Unterstützung in städtischen Räumen stärker vertreten (Beetz und Funk, 2011). Lange und Fellöcker (1997) gehen davon aus, dass Sozialarbeit im ländlichen Raum als Angebot sozialer Dienstleistung heute zwar selbstverständlich, aber nicht mit der Dichte und Vielfalt sozialer Stellen im städtischen Bereich vergleichbar ist. Einzelne Bereiche wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Drogenhilfe (v. a. Substitutionsprogramme) und Obdachlosenhilfe sind in der Fläche kaum vertreten (Wedler und Beetz, 2012). Auch die Situation von Altenhilfe und Altenhilfeplanung gestaltet sich in vielen ländlichen Räumen schwierig (Beetz, 2009). Professionelle Unterstützungen sind im ländlichen Raum häufig weniger erreichbar, weniger spezialisiert und häufig teurer (Kaye und Butler, 2004; Goins et al., 2011). Offensichtlich bestehen auch Probleme bei der Gewinnung von Sozialarbeitern in ländlichen Regionen, weil die Verdienstmöglichkeiten schlechter, die Anforderungen sehr komplex, die Arbeitsbedingungen teilweise schwierig sind und der kollegiale Austausch fehlt. Hinzu kommt die oftmals höhere Attraktivität der Städte für die Lebensstile (Philipps et al., 2010).

Die skizzierten Bedingungen professioneller sozialer Arbeit betreffen auch den semiprofessionellen Bereich. Braun et al. (1999, 2001) nahmen eine eigenständige Auswertung der Verbreitung und Nutzung von Selbsthilfestellen und Freiwilligenzentren nach städtischen und ländlichen Regionen vor. Im ländlichen Raum gibt es nicht nur eine geringere Selbsthilfestellendichte (nach Einwohnern), sie werden auch tendenziell weniger in Anspruch genommen. Sie vermuten institutionelle, psychologische und Mobilitätsbarrieren sowie „eine höhere Zahl tabuisierter Themen“ (Braun et al., 1997: 96). Sie verweisen aber darauf, dass es auch im ländlichen Raum sehr erfolgreiche Kontaktstellen gibt. Auch sie betonen, dass psychische Probleme und Misshandlungen in Familien auf dem Land deutlich stärkere Tabubereiche seien, währenddessen Alkoholsucht oft Gegenstand von Kontaktstellen ist (ebd.: 118).

Gerade weil Arbeitsfelder und Arbeitsbedingungen sozialer Arbeit sich räumlich unterscheiden, bedarf es einer professionsbezogenen Auseinandersetzung, die nur bedingt auf den Diskussionsstand der 1980er-ahre und die Erfahrungen in städtischen Quartieren zurückgreifen kann. „Auch 'ländliche Gesellschaften' haben in den letzten Jahren einen deutlichen Wandel erfahren [...] Ländliche Räume können insofern sowohl in struktureller als auch in kultureller Hinsicht große Ähnlichkeiten mit urbanen Räumen aufweisen (…). Dennoch weisen ländliche Regionen Spezifika auf, die soziale Arbeit berücksichtigen muss, um adäquate Angebote zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen" (Wagner, 2011). So bestehen durchaus unterschiedliche Anforderungen an sozialer Arbeit im ländlichen Raum (Ambrosino et al., 2011). Auch Chassé (1996) ging bei seinen Untersuchungen zu Lebens- und Armutslagen in ländlichen Räumen der 1990er-Jahre davon aus, dass sich die Lebensbedingungen im ländlichen Raum wesentlich verändert haben und mit ihnen ebenfalls die Rahmenbedingungen für soziale Probleme und soziale Arbeit. Als Ergebnis forderte er einen Umbau der ländlichen Sozialverwaltung, und dass soziale Arbeit ihr begriffliches Verständnis von ländlichen Räumen bzw. für Regionalität weiter entwickelt. Bohler (2007) differenziert am Beispiel der Jugendhilfe die regionalen Unterschiede in ländlichen Räumen aus, die die familiären Ressourcen, die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, aber auch das Verwaltungshandeln beeinflussen.

Dass Fragen sozialer Arbeit im ländlichen Raum in Theorie und Forschung wenig thematisiert werden, hat sicherlich eine Ursache darin, dass das Land in der öffentlichen Wahrnehmung immer noch als eine problemarme Gesellschaft gesehen wird. Dies korrespondiert mit einer problemreduzierenden Perspektive in der ländlichen Lebenswelt. „Landbevölkerung hat über einen langen Zeitraum hinweg seltener öffentliche Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen als die Stadtbevölkerung. Traditionelle dörfliche und familiäre Sozialbeziehungen erbrachten einen Hauptteil der sozialen und pflegerischen Versorgungsleistungen und gewährleisteten zudem die kulturelle Einbindung" (Klie und Marzluff, 2012: 749). Nicht vollständig geklärt ist, ob diese Beschreibung als typisch ländlich oder eben milieuabhängig gelten kann. Familien mit niedrigen Einkommen fällt es insgesamt schwerer, bei Problemen Unterstützungsangebote zu nutzen, und entsprechend seltener nehmen sie diese wahr (Santen und Seckinger, 2008).

Immer wieder findet man in den Sozialwissenschaften die These, dass sozialer Wandel von städtischen Milieus ausgehe und das Land eine nachholende Modernisierung vollziehe oder sich dieser eben verweigere. Die modernistische Vorstellung einer Anpassung des Landes an den Fortschritt der Städte hat allerdings wiederholt heftige Kritik erfahren, die die Besonderheiten, den Eigensinn oder die Entwicklungspfade ländlicher Räume hervorhebt. Ebenso fragwürdig ist aber auch das zivilisationskritische Postulat der Bewahrung ländlicher Kultur und Werte. Über soziale Arbeit auf dem Lande herrschen dementsprechend widersprüchliche Ansichten vor: Ein bloßer Export von städtischen Methoden und Institutionen ist – so Lange und Fellöcker (1997) – nicht ohne weiteres möglich. Soziale Arbeit müsse in besonderem Maße an die traditionellen Selbsthilfeleitungen der ländlichen Bevölkerung gekoppelt werden. Die vorhandenen Ressourcen müssen erkannt, erschlossen und die eigenen Hilfsangebote sensibel unterstützend eingesetzt werden, damit soziale Arbeit auf Akzeptanz stößt und Zugang zu lebensweltlichen Deutungen erhält. So

wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass eine doppelte Marginalisierung wirkt: eine zunehmende Randständigkeit des Landes gegenüber den urbanen Ballungszentren und eine Vernachlässigung sozialpädagogischer Hilfen gegenüber einer Beschwörung sozialer Selbstheilungskräfte. Dies zu überwinden sei nur durch eine möglichst landspezifische Ausgestaltung und Differenzierung sozialpädagogischer Hilfen und die genaue Berücksichtigung der ländlichen sozialen Netzwerke gegeben (Gängler, 1990).

2.4 Pflege und Pflegearrangements im ländlichen Raum

Der folgende Auszug aus einer Gesprächssequenz bei dem Journalisten Martin Reichert liefert kein untypisches Bild, wenn es sich um die öffentliche Diskussion über Pflegearrangements in ländlichen Räumen handelt. „Während man bei den Jungen noch auf ein individuelles Risikomanagement hoffen kann, sind die alten Menschen auf dem Land meist hoffnungslos sogenannten mobilen Pflegediensten ausgeliefert. Die Pflegekräfte flitzen mit Renault Twingos und Fiat Pandas, auf denen der Name ihrer Chefin prangt, über Land und sagen zur Begrüßung immer den gleichen Satz. Und der lautet keineswegs: „Wie geht's uns denn heute?" sondern „Ich muss mich heute beeilen, ich bin in Zeitverzug." Als die pflegebedürftige Großmutter meines Mannes noch bei uns wohnte, maß ich einst die Rekordzeit von drei Minuten und zwanzig Sekunden für Wundversorgung, Urinbeutel wechseln und Katheder reinigen. Potzblitz" (Reichert 2011: 150). Der Buchausschnitt lässt eine wichtige Frage offen: Ist die geschilderte Situation typisch für *ländliche* Pflegearrangements?

Die Thematik der Pflegearrangements *in* ländlichen Räumen wird in der deutschsprachigen Literatur nur wenig beachtet. Im angelsächsischen Raum, hier vor allem USA, Großbritannien, Kanada und Australien, ist die Literaturlage deutlich umfangreicher. Es dominieren vor allem drei Überlegungen in Bezug auf die Besonderheiten ländlicher Räume:

- Entmythologisierung: Eine Reihe von Veröffentlichungen zielt darauf, dass herkömmliche Vorstellungen der Pflegeunterstützung im ländlichen Raum nicht mit der erforschten Realität übereinstimmen (Goins, 2011).
- Indifferenz: Eine weitere Schlussfolgerung vieler Untersuchungen ist, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Stadt und Land (mehr) gibt, sondern es in der Regel milieuspezifische oder ethnische Differenzen sind, die die Pflegesituation und die Unterstützungsstrukturen beeinflussen (Kaye und Butler, 2004). McKenzie et al. (2010) weisen in einer Metaanalyse von acht Studien darauf hin, dass entweder keine Unterschiede auftreten oder die Befunde nicht konsistent sind. Für die Defizite in der Pflegeversorgung sind Einkommensunterschiede sehr viel ausschlaggebender als Unterschiede zwischen Stadt und Land (Schneekloth und Wahl, 2005).
- Differenzierung: Insbesondere qualitativ angelegte Studien zeigen auf, dass es zwar keine grundsätzlichen Unterschiede gibt, aber trotzdem unterschiedliche räumliche respektive regionale Kontexte zu beachten seien. Insbesondere im ländlichen Raum stellt die informelle Un-

terstützung keine unbegrenzte Ressource dar: Die Abwanderung der jüngeren Generationen und die niedrigeren Haushaltseinkommen beeinträchtigen die Fähigkeit zur Pflege. Einige Untersuchungen sprechen dafür, dass die Belastungen durch Pflege im ländlichen Raum als höher empfunden werden (Kaye und Butler, 2004; Dwyer und Miller, 1990). Ham et al. (2003: 16) argumentieren sogar, dass die Abwanderung von (potenziell) Pflegenden und der eingeschränkte Zugang zu Pflegeinfrastrukturen, die auf das Leben zu Hause zielen, beispielsweise die Bedeutung von Pflegeheimen steigen lassen.

Es ist davon auszugehen, dass die Mythologisierung der guten Unterstützung Älterer im ländlichen Raum sowohl den Blick auf den Wandel der ländlichen Gesellschaft als auch auf deren Lebenswirklichkeit oft verstellt hat. Zu beachten ist allerdings ebenfalls, dass nicht alles, was in ländlichen Räumen stattfindet, für diese typisch zu sein braucht. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Unterstützungsnetzwerke in den verschiedenen ländlichen Räumen oder Dörfern sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können, es also erhebliche regionale Differenzen gibt, die stärkeren Einfluss haben als Stadt-Land-Unterschiede.

Die Besonderheit ländlicher Pflegearrangements wird teilweise aus traditionellen, landwirtschaftlich geprägten sozialen Konfigurationen hergeleitet. Eine wichtige Rolle spielt dabei das so genannte Altenteil: Die Unterstützungsleistungen und die Lebenssituation der Älteren verbesserten sich tendenziell mit den bürgerlichen Besitz- und damit verbundenen Erbrechten (Brakensiek, 2006). Rach, Weissel und Plaul (1987) wiesen in ihren Sozialstudien nach, dass bis in die 1960er-Jahre in der Magdeburger Börde Verträge zum Altenteil abgeschlossen wurden und diese zum Zeitpunkt der Untersuchung noch bestanden. Bereiche wie Pflege, Gartennutzung und Wohnrecht wurden darin ausdrücklich festgeschrieben. Sie erwähnen auch, dass sich allerdings Notare weigern würden, Verfügungen über die Versorgung mit Lebensmitteln aufzunehmen (ebd.: 102 f.) In der „proletarischen Klasse“ seien solche Verträge nicht bekannt, überlebende einzelne Elternteile wohnten aber oft bis zu ihrem Tod in den Familien der Kinder und „halfen dort nach ihren Kräften im Haushalt“ (ebd.: 103). Obwohl sich die sozioökonomischen Strukturen grundlegend geändert hatten, waren insbesondere im Bereich der Pflege und Hilfe gegenüber Familienangehörigen traditionelle Elemente in der Modernisierung des Dorfes erhalten geblieben. So wurden Angehörige in den untersuchten Dörfern nur in akuten Krankheitsfällen in Kranken- und Pflegeanstalten gegeben: „Eine Übersiedlung in ein Feierabendheim bedeutet auf dem Lande oft ein Ausscheiden aus der gesamten Lebenssphäre, denn nicht jedes Dorf kann eine solche Einrichtung unterhalten“ (ebd.: 103).

Schneekloth et al. (2013: 37 f.) beschreiben aus Experteninterviews, dass in den von ihnen untersuchten Dörfern im Brandenburger Landkreis Havelland die Pflege zuerst durch die Familie und Nachbarschaft geleistet wird, erst dann werden Pflegedienste in Anspruch genommen. Professionelle Hilfe stelle eine große Hemmschwelle dar, die mit Schulgefühlen verbunden ist und nur in Anspruch genommen wird, wenn es nicht anders geht. Ökonomischer Faktor: Das Pflegegeld hilft der Aufbesserung des (relativ geringen) Haushaltsbudgets. Tewes (1984) verortet dagegen die Nachbarn hinsichtlich von Pflege- und regelmäßigen Unterstützungsleistungen bei einem relativ

geringen Anteil. Auch nach Rosemayr (1982) sind nachbarschaftliche Hilfen als ausgesprochen gering einzustufen, es handelt sich bei Pflegeleistungen vor allem um eine Verpflichtung der Familien. Bei ihm werden für Österreich Zahlen genannt, dass ältere Menschen ohne Kinder bzw. entfernt wohnenden Kindern zu einem Viertel oder einem Fünftel, bei kurzen Erkrankungen sogar zur Hälfte regelmäßige Hilfe durch Bekannte und Nachbarn erfahren. Die Nachbarschaftshilfe funktioniere immer noch – allerdings sei Abwanderung und geringeres ehrenamtliches Engagement ein Problem (es wird häufig eine Gleichsetzung zwischen Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlichen Aktivitäten vorgenommen). Insbesondere für Einwohner ohne unmittelbare Familie fühlen sich Nachbarn und auch (Ortsteil-)Bürgermeister verantwortlich (Bott et al., 2013: 45 f.).

Eine weitere Besonderheit für ländliche Räume wird in den infrastrukturellen Defiziten bzw. Problemen gesehen. Der Zugang zu Dienstleistungen und auch das Dienstleistungsspektrum ist weniger entwickelt (Schultz-Nieswandt, 2000; Walter und Schwartz, 2000). Pflege auf dem Land wird wegen langer Anfahrtswege für Pflegedienste immer unrentabler, vor allem, seitdem die Wegepauschale entfallen ist (Bott et al., 2013: 37). Probleme gäbe es auch hinsichtlich Erreichbarkeit, Wahlmöglichkeiten, verfügbarer Kapazitäten von medizinischen Einrichtungen und (teil-) stationärer Pflege, vor allem in geografisch peripheren Gebieten (Machold und Tamme, 2005: 61). Geriatrische Tageszentren seien insgesamt in ländlichen Gebieten noch zu wenig verbreitet (ebd.). Kleinräumige Analysen zur Inanspruchnahme von ambulanten Pflegedienstleistungen zeigen, dass die Inanspruchnahme von Sachleistungen (bewilligte Erstanträge) im ländlichen Raum geringer ausfällt, wobei die geringe Nachfrage auch auf eine schlechtere Infrastruktur zurückgeführt werden muss (Pritzkuleit und Erben, 2001, zitiert nach Prüß et al., 2005: 45).

Neben den bereits genannten Erreichbarkeitsproblemen arbeitete Asam et al. (1990) zwei weitere besondere Problemlagen Älterer im Zuge einer Altenberichterstattung in drei ländlich geprägten Landkreisen heraus: Nach dem Tod des Ehepartners können sich Konsequenzen z. B. aus einer traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung zeigen, die das Alleinleben im Alter erheblich beeinflussen. Aber auch gängige Vererbungsregeln (des Hauses, des Hofes) können Auswirkungen auf die Möglichkeiten des Umzugs haben. Sie problematisieren zudem, dass Unterstützungsleistungen innerhalb und außerhalb der Familie mit höherem Alter/Krankheit abnehmen, Hilfebedarf häufig nicht geäußert wird, ein ungedeckter Hilfebedarf vorzufinden sei, weil häufig keine Ansprechpartner vorhanden sind. Wegen der Familienfixierung der Hilfeleistungen werden darüber hinaus wenige Wege in andere Pflegearrangements erwogen. Die Struktur der Inanspruchnahme von professionellen Pflegediensten ist (deshalb) regional sehr different. So schwankt das Verhältnis von Pflegegeld- zu Sachleistungsempfängern (einschließlich Kombinationsleistungsempfängern) ausgesprochen stark. In Frankfurt z. B. kamen auf einen Sachleistungsempfänger vier Pflegegeldempfänger, im Landkreis Kassel dagegen war das Verhältnis 23 : 1, d. h., hier erhielten 23 Pflegebedürftige Pflegegeld und eine Person eine Pflegesach- oder Kombinationsleistung (Prüß et al., 2005).

Wie bereits erwähnt, können raum- und milieubezogene Besonderheiten nicht immer gut getrennt werden, wenn es um die Spezifika ländlicher Räume geht. So ist sich die Pflegewissen-

schaft einig, dass in Abhängigkeit von Milieuzugehörigkeiten unterschiedliche Zugänge zu Pflegearrangements ausgemacht werden können: So tendieren die Angehörigen mittlerer und unterer Milieus zur Inanspruchnahme familiärer Pflege, und sie sind weniger bereit, finanzielle Mittel zur Pflege einzusetzen, vor allem bei unteren Milieus bestehen erhebliche Probleme, sich gegenüber Anbietern durchzusetzen und eigene Interessen geltend zu machen (Heusinger, 2008). Insbesondere im traditionsverwurzelten Arbeitermilieu auf den Dörfern der neuen Bundesländer seien nach den Befunden „manchmal die ganzen Netzwerke im Hinblick auf Rechtsansprüche nicht sehr hilfreich, weil sich keiner gut auskennt. In der Folge werden Pflegestufen nicht oder spät beantragt, die Hilfsmittelausstattung ist oft sehr schlecht, was nur zum Teil mit Improvisationstalent ausgeglichen werden kann“ (ebd.: 311).

Blinkert und Klie (2008) frugen nach den „pflegekulturellen Orientierungen“ in der für die Pflege von Angehörigen besonders wichtigen und sensiblen Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen. Dabei hat sie u. a. interessiert, wie man einen nahen Angehörigen versorgen würde, der plötzlich pflegebedürftig wird: In den unteren Milieus und der konservativen Mittelschicht wird überwiegend die häusliche Pflege ohne weitere Unterstützung präferiert (ebd.: 245 f.). „Die Präferenz für eine häusliche Versorgung ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfen ist in den Milieus am stärksten ausgeprägt, die in der Vergangenheit am meisten an Bedeutung verloren haben und die als die „Verlierer“ von Modernisierungsprozessen gelten können“ (ebd.: 246). Sie heben hervor, dass moralische Erwägungen bei der Wahl eines Arrangements durchweg eine sehr viel geringere Bedeutung haben als Kostenerwägungen, aber hinzufügen wäre, dass dies häufig moralisierend geschieht. So gennannte „günstige Bedingungen“ im Sinne der häuslichen Pflege liegen nach ihren Ergebnissen vor, „wenn jemand in einer ländlichen Region lebt, wenn er über ein stabiles Unterstützungsnetzwerk verfügt, wenn die Hauptpflegeperson einen niedrigen Sozialstatus und einen eher vormodernen Lebensentwurf hat“ (ebd.: 250). Sie problematisieren, dass dieses „günstige“ Arrangement sich auf andere Lebensbereiche (z. B. die Erwerbstätigkeit) ungünstig auswirken kann. Der diagnostizierte Modernisierungsrückstand führt zukünftig dazu, dass tendenziell die Pflege zu Hause zurückgehen wird, denn der Modernisierungsprozess wird fortschreiten.

In den letzten Jahren finden sich in meisten Publikationen sehr prononcierte Aussagen, das die gesellschaftlichen Veränderungen die bisherigen ländlichen Pflegearrangements grundsätzlich infrage stellen (werden). Vor allem wird auf die Erwerbstätigkeit der Frauen und die demografische Entwicklung verwiesen, die neue Pflegearrangements erfordern und auch einen Mehrbedarf an Pflegeinfrastruktur in ländlichen Räumen nach sich ziehen (Machold und Tamme, 2005: 59). Fischer (2005) sieht als wichtige Herausforderung, dass die pflegenden Angehörigen nicht nur weniger, sondern auch älter werden. Auch sie verortet dies in komplexen gesellschaftlichen Veränderungen des generativen Verhaltens, der höheren Ausbildung und Erwerbsbeteiligung der Frauen, der Abwanderung im Erwerbsalter (infolge wirtschaftlichem Strukturwandel, Ausdünnung (klein-)regionaler Arbeitsmärkte), der Zunahme des Anteils der AuspendlerInnen und der persönlichen Bereitschaft und Möglichkeit zur Übernahme der Pflege.

3 Untersuchungsziel und methodisches Vorgehen

3.1 Ziel der Untersuchung

Ziel der Untersuchung war die Erforschung der familiären Pflege in ländlichen Räumen, insbesondere der sozialen Unterstützungsnetzwerke der pflegenden Angehörigen. Wir konzentrierten uns auf die Pflegenden, nicht auf die Pflegebedürftigen/zu Pflegenden. Bei den eingeschränkten zeitlichen und personellen Kapazitäten konnte aber nicht das gesamte Spektrum von Pflege im ländlichem Raum untersucht werden, sondern wir wollten insbesondere Erkenntnisse gewinnen über:

- die Motive der Menschen, ihre Angehörigen Zuhause zu pflegen und zu betreuen;
- die Planung und Organisation der familiären Pflege und Betreuung im Alltag;
- die Belastungen für pflegende Angehörige und die Entlastungsmöglichkeiten;
- die Anerkennung familiärer Pflege bzw. mögliche Ausgrenzungstendenzen;
- die Unterstützungsangebote in der Region (professionell, familiär, nachbarschaftlich …).

Das methoden- und inhaltsbezogene triangulierte Vorgehen ermöglichte es, das Thema Unterstützungsnetzwerke pflegender Angehöriger im ländlichen Raum auf verschiedenen Ebenen zu behandeln. Eine zentrale Stellung nimmt dabei die Sichtweise und die Lage der Pflegenden ein. Ergänzt wird diese Perspektive mit der Sicht der (professionellen) ExpertInnen. Wo unterscheiden und wo ergänzen sich die Erfahrungen der Angehörigen und der professionellen Pflegkräfte? Wo gibt es ähnliche Perspektiven, wo bestehen „Blinde Flecken“ und wo erscheinen starke Kontraste in den Sichtweisen auf häusliche bzw. familiäre Pflege?

Wir gingen davon aus, dass die Pflege von Angehörigen sich in einem Spannungsverhältnis zu anderen gesellschaftlichen Entwicklungen befindet, und wollten wissen, ob und wie sich dieses in Selbstdeutungen und Alltagswelten von Pflegenden widerspiegelt. Wir suchten danach, welche Lösungen in diesem Zusammenhang entwickelt wurden und wo diese verortet sind, d. h. in welchen Netzwerken.

Wir untersuchten des Weiteren den Zusammenhang zwischen der (individuellen) Situation pflegender Angehöriger und den sozialräumlichen Besonderheiten vor Ort. Wo gibt es welche Ressourcen und Unterstützungsangebote und wie sind sie entstanden: stoßen sie auf Akzeptanz bzw. werden sie angenommen? Es wurde also auf die Fragen eingegangen, welche individuellen, familiären und gesellschaftlichen Ressourcen und Bewältigungsmuster für Pflege es in welchen Orten gibt.

3.2 Methodisches Vorgehen und Untersuchungsschritte

Untersuchungskonzeption

Die thematische Untersuchung der Unterstützungsnetzwerke in der Pflege basierte im Wesentlichen auf fünf unterschiedlichen empirischen Zugängen:

1. Die Auswertung der Bewohnerbefragung lieferte eine sehr gute Datenbasis, um den Stand von Pflegetätigkeiten und die Struktur von Unterstützungsnetzwerken in allen 14 Untersuchungsgemeinden/-orten abbilden zu können. Außerdem wurden die Dorfeindrücke und Felderfahrungen aller Kooperationspartner dahingehend ausgewertet, in welchen Orten Aktivitäten in der Verbesserung von Pflegenetzwerken bestehen, die eine weiterführende Untersuchung rechtfertigen: Neben Ralbitz-Rosenthal und Finneland wurden auf dieser Grundlage Kusterdingen, Westrup und Freienseen ausgewählt.
2. Ein weiterer wichtiger Zugang waren 20 etwa einstündige Interviews mit ExpertInnen (einige Interviews dienten sowohl der Felderschließung als auch der thematischen Untersuchung). Die vollständig transkribierten Interviews wurden nach zentralen Fragestellungen inhaltsanalytisch ausgewertet.
3. Hinsichtlich Exposées zu Dienstleistungsangeboten, kommunalen/lokalen Entwicklungskonzepten und Dokumentationen zu ehrenamtlichen Aktivitäten wurden Dokumentenanalysen durchgeführt.
4. Mit pflegenden Personen wurden insgesamt 20 etwa eineinhalb- bis zweistündige Tiefeninterviews geführt. Unsere Methode der Datenerhebung ist vor allem die der halbstrukturierten/problemfokussierten Interviews. Die Interviews besaßen zwar einen Leitfaden, ließen aber viel Raum für offene Gespräche und Narrationen. Bei der Interviewauswahl wurden sowohl aktuelle als auch in den vergangen Jahren zurückliegende Pflegeerfahrungen berücksichtigt. Bereits bei den Bewohnerbefragungen waren Pflegende angesprochen worden, ob sie zu einem weiteren Interview bereit seien. Aufgrund dieser Bereitschaft wurde ein Gesprächstermin vereinbart, wobei es sich für uns schwierig gestaltete, z. B. sehr zurückgezogen lebende bzw. marginalisierte Personen in das Sample zu bekommen. Mit der Auswertung der Interviews wurde, prozessbegleitend seit Frühherbst 2013, nach der dokumentarischen Methode begonnen (vgl. Bohnsack et al., 2007).
5. Auf Basis der Tiefeninterviews wurden acht Netzwerke nach intrumentellen, emotionalen, informationellen, statusorientierten und geselligen Funktionen hin untersucht, um unterschiedliche Strukturen herauszuarbeiten (vgl. Bubolz-Lutz, 2006).

Der Themenbereich Unterstützungsstrukturen im Bereich der Pflege Angehöriger erforderte eine besondere Sensibilität in der methodischen Herangehensweise. Deshalb wurde auf einige Fragen in der Bewohnerbefragung verzichtet und stattdessen eine Erweiterung des Umfanges der Tiefeninterviews mit Pflegenden von zwölf auf 20 Personen vorgenommen.

Der Forschungsprozess war so organisiert, dass das Team anfangs mit einer möglichst großen Offenheit arbeitete und erst, nachdem aus dem emprischen Material heraus ein erhebliches Reflexions-/Theorieniveau erreicht worden war, die eigenen Ergebnisse in die wissenschaftliche Diskussion um Unterstützungsstrukturen Pflegender einbettet wurden. Damit sollte eine (vorschnelle) Einordnung/Subsumption des emprischen Materials verhindert werden.

Innerhalb des Verbundprojektes gab es Schnittstellen mit den anderen Teilprojekten, insbesondere mit dem Alltagsprojekt der Universität Hohenheim. In diesem Zusammenhang konnten durch die MitarbeiterInnen gemeinsame Themenstellungen diskutiert und auch wechselseitig Material zur Verfügung gestellt werden.

Sampling

In einem ersten Schritt erfolgte eine Auswahl der Untersuchungsorte, in denen wir vertiefend unsere Untersuchungen durchführen wollten. Einerseits wollten wir mit einer Eingrenzung der Untersuchungsorte eine bessere Berücksichtigung der jeweiligen sozialen, ökonomischen, politischen und demografischen Entwicklungen erreichen und untersuchen, ob es bestimmte sozial geteilte/präferierte Pflegearrangements in den jeweiligen Orten gibt. Dazu war eine gewisse Dichte im wechselseitigen Aufeinander beziehen der Aussagen aus den Interviews nötig. Anderseits sollte das Spektrum an Untersuchungsorten doch so breit gewählt sein, dass – wenn auch in begrenztem Maße – generalisierbare Aussagen möglich sind und auch die Unterschiede in den jeweiligen Orten herausgearbeitet werden können. Die Auswahl der Untersuchungsorte erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Ost- und Westdeutsche sowie ökonomisch strukturstarke und strukturschwache ländliche Orte,
- strukturschwach-strukturstark,
- Struktur und Dynamik der demografischen Alterung,
- Pflegekulturen bzw. Pflegearrangements im Sinne des Verhältnisses von familiärer, ambulanter und stationärer Pflege,
- Vorhandensein von Projekten im Bereich informeller Unterstützungsnetzwerke.

Wir erachteten es als sinnvoll, aufgrund der Forschungskenntnisse aus den Gemeinden Finneland und Ralbitz-Rosenthal diese beiden Orte in unser Sampling aufzunehmen. Des Weiteren wurden Kusterdingen, Freienseen und Westrup ausgewählt.

Für die Führung der Tiefeninterviews mit Pflegenden wurden während der Bürgerbefragung Kontakte zu 43 InterviewpartnerInnen mit Pflegeerfahrung hergestellt. Entsprechend der Auswahl der Untersuchungsorte wurden dann 20 Personen befragt. Die von uns befragten pflegenden Angehörigen wohnen alle in den Untersuchungsorten. Nach den sozialen Milieus und sozialen Indikatoren lassen sie sich wie folgt beschreiben:

- Alle Befragten wohnen in einem eigenen Haus bzw. in einem Haus in Familienbesitz (Haus als Besitz und Verpflichtung scheint sehr oft als wichtiger Aspekt, wenn es um Pflege und Altern geht).
- Die meisten der von uns befragten Pflegenden sind der Mittelschicht und einem auf dem Land lebenden eher traditionellen, familienorientierten Milieu zu zurechnen (kleine und mittlere Angestellte, kleine Selbständige mit geringem bis mittleren Einkommen).
- Beruflich oder nebenberuflich betriebene Landwirtschaft spielt bei den meisten der befragten Pflegenden keine Rolle.
- Alle Befragten pflegen oder pflegten in den letzten drei Jahren eine oder mehrere Angehörige, die überwiegende Mehrzahl der Pflegebedürftigen sind/waren hochaltrige Angehörige (über 80 Jahre).
- Die Pflegenden sind 30 bis 65 Jahre alt, der größte Teil erstreckte sich über die Altersspanne von 50 bis 60 Jahren.
- Viele der befragten Pflegenden haben Kinder, welche zum Großteil erwachsen sind. Diese wohnen meist nicht mehr (alle) im Ort, sondern arbeiten oder studieren außerhalb bzw. sind sie nur am Abend und/oder Wochenende vor Ort.

Einen weiteren Zugang bildeten die leitfadengestützten Interviews mit ExpertInnen (HausärztInnen, PflegediensleiterInnen, PflegekoordinatorInnen, PflegeberaterInnen, ProjektkoordinatorInnen in Vereinen). In diesen Interviews sollte es um vorrangig um die Lebenssituation der pflegenden Angehörigen gehen und um deren Unterstützungsbedarfe aus Sicht der ExpertInnen. Die Zusammenarbeit mit anderen professionellen Diensten und den pflegenden Angehörigen wurde ebenso thematisiert wie etwaige Problemlagen vor Ort (wirtschaftliche Probleme der Pflegedienste, Fachkräftemangel, Konkurrenzdruck) und mögliche Lösungsstrategien. Die ExpertInneninterviews erfolgten in unterschiedlichen Segmenten der Netzwerkstrukturen: professionelle marktorientierte Dienste (ambulante Pflegedienste), gemeinnütziger Sektor (Beratungsstellen, Pflegestützpunkte) und organisierte Nachbarschaftshilfe (Vereine).

Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte nach der Methode der Datentriangulation. Das heißt, es wurden unterschiedliche Erhebungs- und Auswertungsmethoden wie auch unterschiedliche thematische Schwerpunkte aufeinander bezogen. Eine ausführliche Dokumentation der Datenauswertung enthält der Methodenbericht.[2] Im Folgenden soll auf zwei Auswertungsschritte besonders eingegangen werden, die dokumentarische Methode und die Pflegematrix, weil sie für die Ergebnisdarstellung besonders wichtig sind.

[2] Vgl. Methodenbericht der Hochschule Mittweida.

Dokumentarische Methode

Bei den Interviews mit Pflegenden erfolgte die Datenauswertung mithilfe der dokumentarischen Methode (nach R. Bohnsack). Die Auswertung erfolgte fallbezogen, sodass zunächst zwei kontrastierende Fälle ausgesucht wurden. Zudem erfolgte ein synoptischer Vergleich zu zentralen Kontextbedingungen und inhaltlichen Aussagen aller geführten Interviews. Sowohl die Interviewführung als auch die -auswertung ermöglichten einen vertieften Einblick in die Pflegeverläufe, die Pflegearrangements und die damit verbundene Zufriedenheit und Belastung durch Pflege. Als ein wichtiger Unterschied in der Interviewführung schälte sich die zeitliche Perspektive heraus, ob die Pflege gegenwärtig oder in der Vergangenheit lag. Am Textmaterial konnte der jeweilige „Sinn“ der Pflege und auch die latenten Belastungsstruturen gut herausgearbeitet werden.

Den ersten Schritt in der Analyse der Transkripte bildete die formulierende Interpretation. Die einzelnen Textabschnitte wurden thematisch gegliedert. Innerhalb eines Überthemas (z. B. Belastungen für die pflegenden Angehörigen) können verschiedene Unterthemen auftreten (z. B. Belastung durch Unplanbarkeit/Allzuständigkeit, Belastung durch Demenz, Belastung durch Doppelfunktion Mutter und pflegende Angehörige). Dieser Vorgang wurde tabellarisch gestaltet. In der formulierenden Interpretation werden die Textinhalte reformuliert. Es wird nicht nach dem Wahrheitsgehalt der Aussagen gefragt, sondern es geht um den Sinngehalt, die Relevanz für den Handelnden. Außerdem wurden die Interaktionen und Textstrukturen selbst beschrieben (z. B. Aufzählung, Bericht, situative Erzählung, argumentative Erzählung). Besonders relevante auffällige, eindringliche bzw. dichte Textstellen wurden für die spätere reflektierende Interpretation, und komparative Analyse ausgesucht. In der dann folgenden Reflektierenden Interpretation wurde der Rahmen der Erzählung oder bestimmte Orientierungsmuster herausgearbeitet. Eine bestimmte Erklärung oder Handlungsweise wurde in den Kontext von Alternativen gestellt, z. B.: Warum handelt/redet/bewertet eine Pflegeperson in einer ähnlichen Situation so und nicht anders? Abschließend wurden dann komparative Analysen durchgeführt, indem die Aussagen innerhalb des Interviews und im Kontrast zu anderen Interviews aufeinander bezogen wurden. Durch die komparative Analyse, also den Vergleich, treten die Besonderheiten des Falles deutlicher zutage, es werden Vergleichs- und Gegenhorizonte hinzugezogen.

Pflegematrix

Bei der Auswertung des umfangreichen Datenmaterials der Interviews mit Pflegebetroffenen (im Weiteren: PB) zeichnete sich ab, dass die subjektive Wahrnehmung des Pflegearrangements durch die PB einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Belastbarkeit der PBs nimmt. Das Entwerfen von Pflegematrizen zu den jeweiligen Einzelfällen sollte zielführend sein, um einen Überblick über verschiedene Unterstützungsformen und Belastungselemente unter Berücksichtigung der individuellen Familien- und Pflegesituation zu erhalten.

Die Pflegematrizen wurden ausschließlich anhand der Aussage der PBs erstellt und erheben keinen Anspruch, die tatsächliche, faktische Pflegesituation abzubilden. Vielmehr sind sie Ausdruck der individuellen Wahrnehmung der Betroffenen und lassen dadurch erkennen, wo Unterstüt-

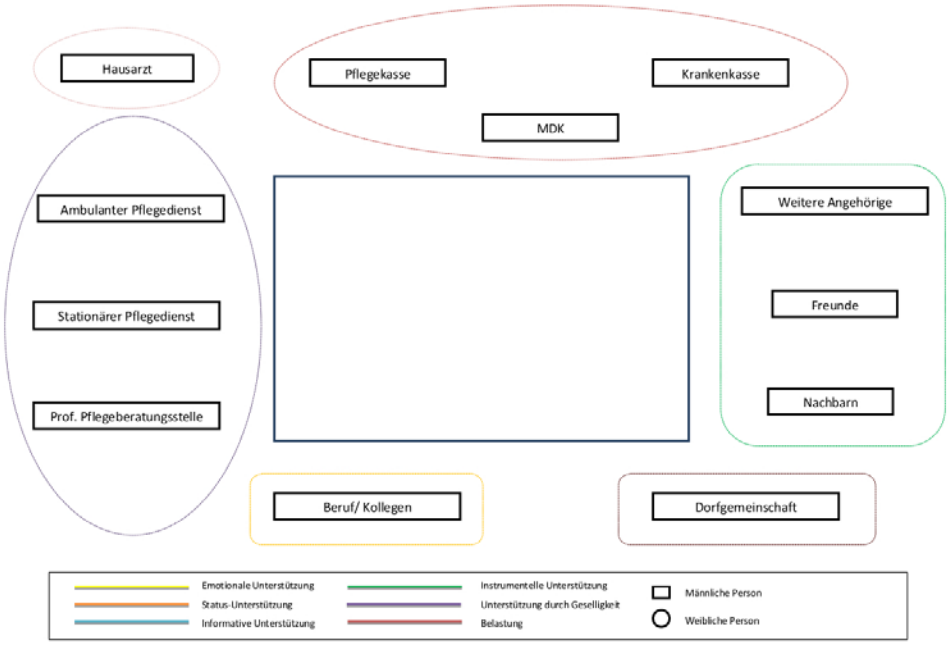
zungssysteme greifen und an welchen Stellen es weiteren Bedarf zu geben scheint. Zunächst wurden die verschiedenen Akteure, die eine Rolle in der Pflege von Angehörigen spielen, zusammengefasst und gruppiert. Unterschieden wurde hierbei in:

- professionelle Akteure, die pflegerische und bürokratische Unterstützung bei der Pflege am Angehörigen leisten (ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser und deren Sozialdienst, stationäre Pflegedienste, professionelle Beratungsstellen),
- professionelle Akteure, die die Pflegeperson medizinisch betreuen (Hausarzt),
- institutionelle Akteure, die die finanzielle Unterstützung der Pflege leisten (Pflegekasse, Krankenkasse sowie deren medizinischer Dienst),
- Akteure des sozialen Netzwerkes (weitere Angehörige, Freunde, Nachbarn),
- Akteure des ländlichen Raumes, die durch die Erfassung der Einbindung in den Lebensraum der Familien eine Rolle spielen (Dorfnetzwerk),
- Akteure des beruflichen Umfeldes der Pflegepersonen (zusammengefasst als Kategorie Beruf/Kollegen).

Im Zentrum der Pflegematrizen steht die Familie mit ihrer individuellen Pflegesituation. Als Darstellungsform wurde ein vereinfachtes Genogramm gewählt. Alle persönlichen Daten wie Name, Alter, Lebensort und Beruf wurden aus Gründen der Anonymisierung nicht eingebracht. Eine Ausnahme bildet die Konstellation, in der eine professionelle Pflegekraft privat Angehörige pflegt. Dies findet in der Auswertung Berücksichtigung, da es die Pflegesituation erheblich beeinflusst.

Die abgebildete Familienstruktur entspricht allein den Aussagen der PBs, so wurden nur genannte Familienangehörige in das Genogramm eingetragen. Wenn aus dem Interview keine eindeutige Zuordnung in das Familiensystem hervorging, so wurden die erwähnten Personen ohne Rückbindung in das Genogramm eingezeichnet. Die PBs wurden farblich orange und mit der Beschriftung PB gekennzeichnet. Bei mehreren PBs wurde eine Nummerierung vorgenommen, die jedoch nicht als Wertigkeit zu verstehen ist.

Abbildung 1: Basisentwurf Pflegematrix



Als Grundlage für die Pflegematrizen wurde oben dargestellter Entwurf (Abbildung 1) genutzt, welcher in seinem Aufbau bereits beschrieben wurde. Änderungen erfolgten dann, wenn spezifisch genannte Akteure, wie beispielsweise Krankenhäuser und deren Sozialdienst, eine erhebliche Rolle für den Verlauf des Pflegearrangements spielten. Hier liegt zugleich die Kritik an den Pflegematrizen. Zwar ist es möglich, auf diese Weise die wahrgenommenen Unterstützungselemente und Belastungen zu erfassen, jedoch kann eine so aufgestellte Pflegematrix dem prozesshaften Verlauf eines Pflegearrangements nicht gerecht werden. So können zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Pflegeprozess unterschiedliche Unterstützungselemente sowie Belastungssituationen auftreten. Gleichzeitig unterstreicht diese Tatsache die Erkenntnis, dass es auch bei der Betrachtung von Einzelfällen nicht *die* Pflegesituation gibt, sondern sich diese durch ihren prozesshaften Verlauf immer wieder neu gestaltet und durch unterschiedliche Charakteristika und Herausforderungen gekennzeichnet ist. Dementsprechend muss Unterstützung und Hilfe im Bereich Pflege sehr flexibel und anpassungsfähig sein, um den Bedürfnissen der Pflegeperson, aber auch unserer Zielgruppe, den Pflegebetroffenen, gerecht zu werden.

Die zeitliche Einordnung wird durch die Matrix nicht erfasst, fand jedoch in der Analyse Berücksichtigung, da die Matrizen auf Grundlage der Audiodateien und Transkriptionen der Interviews erstellt wurden. Parallel zur Erstellung erfolgte die Erfassung des Pflegeverlaufes, die in der Auswertung rückgebunden wird. Die Pflegepersonen wurden blau unterlegt. Hierbei wurde unterschieden in bereits verstorbene Pflegepersonen (dunkelblau) und gegenwärtig zu pflegende Personen (hellblau). Hervorgehend aus dem Datenmaterial wurden nach der Erstellung des Genogrammes verschiedene Unterstützungsformen, angelehnt an die Ausführungen von Elisabeth

Bubholz-Lutz (2006), in der Pflegematrix in Form von Pfeilen vermerkt. Dabei handelt es sich um folgende Unterstützungsformen:

- emotionale Unterstützung (gelb unterlegt): Stützen des Selbstwertgefühles der/des PB durch intime, vertrauensvolle Beziehungen,
- Status-Unterstützung (orange unterlegt): gesellschaftliche Anerkennung der Pflegeleistung des/der PB,
- Informative Unterstützung (hellblau unterlegt): Informationen zu Pflege, Erfahrungsaustausch, Beratung,
- Instrumentelle/materielle Unterstützung (grün unterlegt): praktische Hilfe, Pflegetätigkeiten, finanzielle Unterstützung,
- Unterstützung durch Geselligkeit (violett unterlegt): soziale Aktivitäten, Gefühl des Eingebundenseins, sozialer Kontakt.

Als Unterstützung werden hierbei nur Verhaltensweisen definiert, die vom Hilfeempfänger als positiv unterstützend wahrgenommen werden (vgl. Bubholz-Lutz, 2006: 59).

Anhand der Aussagen in den Interviews wurde versucht, durch Pfeile kenntlich zu machen, wer Sender und wer Empfänger der Unterstützung war. Wenn dies nicht eindeutig aus dem Material hervorging, wurde auf den Pfeil verzichtet und stattdessen die Unterstützungsform mit einer Linie markiert. Belastungen wurden in gleicher Weise rot unterlegt eingezeichnet.

Die Untersuchungsergebnisse werden im Folgenden entlang bestimmter Problemstellungen dargestellt. Die unterschiedlichen methodischen Zugänge fließen jeweils in die inhaltliche Diskussion ein.

4 Untersuchungsergebnisse

4.1 Sozialstruktur von Pflege und Alter

Die Entwicklung der Lebenslagen älterer Menschen in ländlichen Räumen war in den letzten Jahren wiederholt Gegenstand von Forschungen (u. a. Asam, 1990; Engel, 2001; Garms-Homolova und Korte, 1993; Schweppe, 1994, 2000; Sternberg, 2009; Fischer, 2005, 2013; Walter und Altgeld, 2000). Dies kann im folgenden Abschnitt nicht in Gänze geleistet werden, da es in der Bewohnerbefragung um den Wandel ländlicher Lebensverhältnisse insgesamt ging und nicht ausdrücklich um die Lebenssituation älterer Menschen. Aus den vorhandenen Befunden der Bewohnerbefragung sollen einige sozialstrukturelle Merkmale sowohl der pflegenden Angehörigen als auch zu den Bewohnern zwischen 75 und 85 Jahren herausgearbeitet werden.

Pflegende

22,3 % oder 708 Personen der insgesamt 3.177 befragten BewohnerInnen gaben an, dass sie aktuell oder in den letzten (etwa drei) Jahren eine oder mehrere Personen befragt haben. Diese Frage wurde über den aktuellen Pflegezeitpunkt hinaus ausgeweitet, um die entsprechende Teilstichprobe für statistische Analysen zu erhöhen. Damit ging aber auch der Aktualitätsbezug verloren, sodass wir nicht die augenblickliche Lebenssituation der aktuell Pflegenden abbilden können.

- Das wichtigste differierende Merkmal der Pflegenden ist die Geschlechtszugehörigkeit: 63,1 % der Pflegenden sind Frauen, bei den Nichtpflegenden sind es 49,2 %. Anders gesagt, pflegen 26,9 % der Frauen, aber nur 17,3 % der Männer.
- Die zweite wichtige Variable in der sozialstrukturellen Beschreibung der Pflegenden ist das Alter: Betrachtet man das Alter der Pflegenden, so liegt der Schwerpunkt in den Altersklassen zwischen 45 und 65 Jahren (vgl. Abbildung 2). 55,4 % der Pflegenden sind in dieser Altersgruppe, aber nur 41,9 % der Nichtpflegenden.
- Pflegende verfügen tendenziell über etwas weniger Einkommen als Nichtpflegende (16,2 % unter 500 EUR gegenüber 13,2 %; 37,2 % zwischen 500-1.500 EUR gegenüber 32,4 %), diese Unterschiede verschwinden aber bei Betrachtung des Geschlechts und des Alters.
- Pflegende verfügenden nicht über andere Bildungsabschlüsse als Nichtpflegende. Zwar ist der Anteil an Abschlüssen von Abitur etwas geringer (24,2 gegenüber 29,7 %), aber beim Studienabschluss gibt es fast keinen Unterschied (19,2 gegenüber 20,5 %). Insbesondere beim Schulabschluss sind Alterskohorteneffekte zu berücksichtigen. Es gibt jedenfalls wenig Hinweise darauf, dass in den untersuchten ländlichen Gemeinden milieuspezifisch gepflegt wird.
- Pflegende leben weniger mit minderjährigen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt als Nichtpflegende (16,0 gegenüber 28,5 %). Das heißt, nur ein kleiner Teil der Pflegenden ist einer doppelten Betreuungsleistung (sogenannte Sandwichgeneration) ausgesetzt. Der überwiegende Teil lebt in Zwei- bis Drei-Personen-Haushalten (61,6 gegenüber 53,7 %). Beide Merkmale stehen in engem Zusammenhang mit der Lebensphase, in der sich der überwie-

gende Teil der Pflegenden befindet. Knapp 10 % der Pflegenden (und Nichtpflegenden) leben allein, nur 11 % leben in sogenannten Dreigenerationenhaushalten.

Abbildung 2: Anzahl Pflegende nach Altersklassen (Bewohnerbefragung 2003)

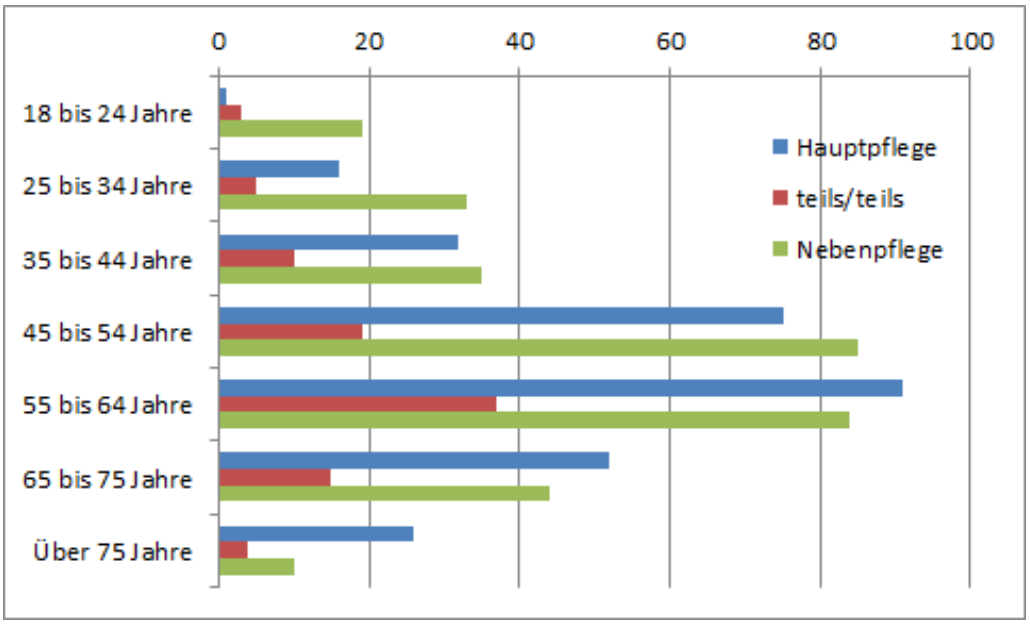


Abbildung 3: Anteil der Pflegenden in den Altersklassen (Bewohnerbefragung)

In vielen Einstellungsfragen, Aspekten der Lebensführung und der sozialen Position unterscheiden sich die Pflegenden nicht von den Nichtpflegenden. Pflege, so ließe sich daraus schlussfolgern, findet in der Mitte der Gesellschaft statt.

Viertes Lebensalter

In der Bewohnerbefragung wurde die Stichprobe altersmäßig auf Personen zwischen 18 und 85 Jahren eingeschränkt. So kann die Situation derjenigen, die potenziell den größten Unterstützungsbedarf erhalten, kaum dargestellt werden. Insgesamt 220 oder 6,9 % der Befragten waren zwischen 75 und 85 Jahre alt. Auf diese Altersgruppe konzentrieren sich die folgenden Aussagen zum so genannten vierten Lebensalter:

- Der größte Teil lebt in *vielfältigen Haushaltskonstellationen* mit anderen Personen zusammen, bei 15,0 % sind es vier und mehr Personen. 28,7 % leben allein (gesamt: 15,4 %), wobei hierbei sehr häufig Familienangehörige in der Nähe wohnen. 5,5 % der Befragten sind ledig/geschieden und 37,3 % verwitwet; 55,5 % sind verheiratet bzw. leben in nichtehelicher Form zusammen. 12,3 % bezeichnen ihren Haushalt als Dreigenerationenhaushalt, weitere 18,6 % leben mit ihren erwachsenen Kindern zusammen. Bis auf eine Person wohnt niemand in einer Wohngemeinschaft. Personen in stationären Einrichtungen wurden nicht befragt.
- Entgegen dem landläufigen Bild, dass das Alter überwiegend weiblich sei, gibt es in den untersuchten Orten darauf keinen Hinweis: 50,5 % der Menschen im vierten Lebensalter sind weiblich, 49,1 % sind männlich.
- Menschen im vierten Lebensalter zeigen eine *besondere Ortsbezogenheit*. Diese drückt sich beispielsweise darin aus, dass der Anteil derjenigen, die bereits hier geboren sind, mit 47,3 % ausgesprochen hoch ist (gesamt 38,3 %). Von diesen haben wiederum 86,5 % immer in dem Ort gelebt (gesamt: 73,6 %). Sie zeigen mit 53,8 % ein sehr großes Interesse am Geschehen im Ort – mehr als in jeder anderen Altersgruppe (gesamt: 44,9 %). Immerhin 12,3 % erledigen ihre alltägliche Besorgungen vor allem zu Fuß, d. h., sie sind überwiegend im Ort selbst unterwegs (gesamt: 2,2 %). Mit 19,5 % gaben überdurchschnittlich viele an, dass sie öfters Schwierigkeiten haben, mobil zu sein.
- Das Einkommen konzentriert sich auf die *unteren und mittleren Einkommensgruppen*: 16,9 % derjenigen, die zu ihrem Einkommen eine Angabe machten, verfügten über weniger als 500 EUR monatlich (gesamt: 17,0 %), 24,7 % über 1.500 EUR (gesamt: 41,8 %). Bei starker regionaler Streuung stehen einem nicht unerheblichen Teil der Befragten nur begrenzte finanzielle Ressourcen zur Verfügung, um sich entsprechende Unterstützungsleistungen „einzukaufen“.
- Die Partizipation der Menschen über 75 Jahre am *Bildungssystem* und dessen formaler Abschlüsse ist deutlich geringer als die der nachfolgenden Jahrgänge. Nur 7,3 % verfügen über Abitur und 7,7 % über einen Fachhoch-/Hochschulabschluss (bei den 35- bis 44-Jährigen sind es 38,7 bzw. 24,9 %).

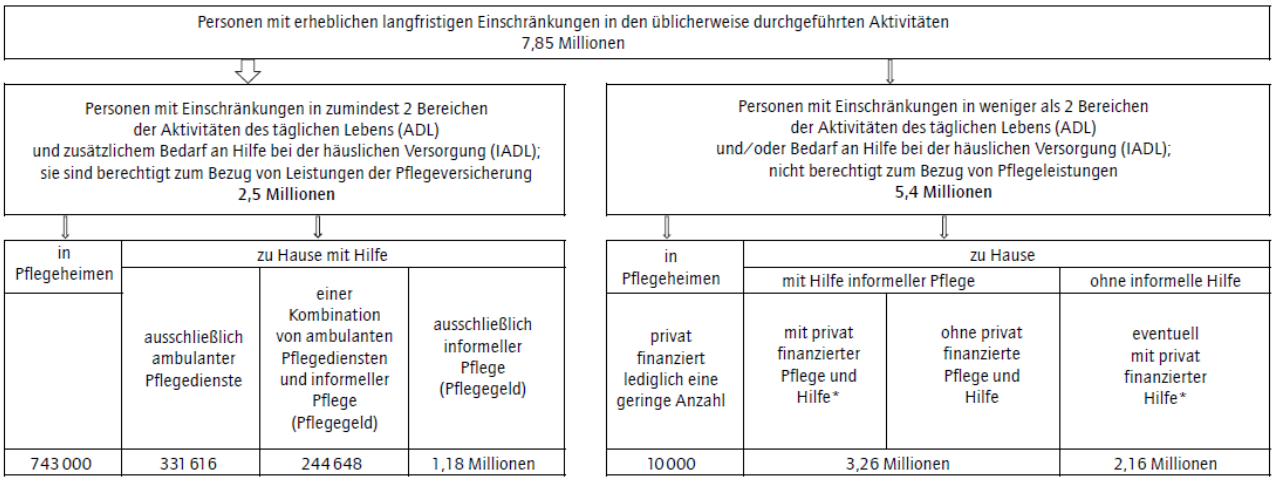
Wenn das Armutsrisiko der älteren Bevölkerung mit sinkender Gemeindegröße bzw. Besiedelungsdichte steigt, aber in sich in ländlichen Regionen weniger Personen finden lassen, die von mangelnder Teilhabe betroffen sind als in urbanen Regionen (Angel, 2009: 95 ff.), dann scheint dies in der Erschließung anderer Ressourcen zu liegen. Die soziale Struktur der heutigen Bewoh-

nerInnen im vierten Lebensalter wird sich – nach den heutigen Befunden – von der der zukünftigen Jahrgänge unterscheiden.

4.2 Pflege als wesentlicher Bestandteil des Alltags

Die Einschätzung, wann eine Unterstützungsleistung als Pflege begriffen wird, liest sich in der Literatur recht breit. Entsprechend unterschiedlich fallen die Angaben aus, wie hoch der Anteil von Pflegenden und Pflegeempfängern ist. Im Rahmen der BewohnerInnenbefragung haben wir keinen Begriff von Pflege definiert, sondern die Fragestellung in die Deutung der Befragten gelegt, ob sie Personen „gepflegt bzw. betreut“ hätten. In der Bewohnerbefragung zeigt sich, dass die tatsächlichen zeitlichen Aufwendungen bei Verwendung des Begriffs „Pflege“ eher hoch ausfallen. In den Tiefeninterviews wurde die Eigendefinition von Pflege noch einmal deutlicher: Sie wurde fließend zu (vorangegangenen) Hilfestellungen gesehen, nicht an der Klassifizierung von Pflegestufen festgemacht, aber mit einer bestimmten Intensität von regelmäßigen Unterstützungsleistungen (bei Körperpflege, Esseneinnahme sowie Be- und Entkleiden) in Zusammenhang gebracht.

Abbildung 4: EU SILC; Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes; OECD 2013; Berechnungen des DIW Berlin (Geyer und Schulz 2014, 295)



Das Europäische Haushaltspanel (EU SILC) legt seinen Daten die Notwendigkeit von Unterstützungsleistungen wegen gesundheitlicher Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten zugrunde. Danach gab es 2011 in Deutschland rund 7,9 Millionen Personen (dependent people), die aufgrund gesundheitlicher Beschwerden langfristig erheblich in den üblicherweise durchgeführten Aktivitäten eingeschränkt waren (Schulz, 2014: 7). Nach Schätzungen von Geyer und Schulz (2014: 295) dürften insgesamt rund 4,7 Millionen Personen informelle Pflege und Hilfe erhalten (einschließlich Pflegegeldempfänger). Einen Überblick über die Struktur von Unterstützungsleistungen gibt Abbildung 4. Ein anderer Zugang ist die Erfassung von Pflegeleistungen innerhalb von Familien. Zwischen 5 und 6 % aller Erwachsenen leisten regelmäßig informelle Pflege, wie das

DIW Berlin auf Grundlage von Daten des SOEP für die Jahre 2001 bis 2012 berechnet hat (Geyer und Schulz, 2014: 295). Auf Basis der Studie GEDA 2012 errechnet Wetzstein, dass „rund 4 bis 5 Millionen private Pflegepersonen, vor allem nahe Angehörige, an der Versorgung der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Personen beteiligt sind“ (2015, 2).

Der Anteil von Pflegebedürftigen liegt im bundesweiten Durchschnitt bei 3,1 %, bei der regionalen Differenzierung nach den Landkreisen, in denen unsere Untersuchungsgemeinden liegen, zwischen 2,0 (Kreis Tübingen) und 4,5 % (Burgenlandkreis). Erfasst werden Personen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI) erhalten. Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftiger ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschließlich Härtefällen).

Tabelle 2: Indikatoren zur Pflegebedürftigkeit und zur pflegerischen Versorgung – Jahresende 2011 (Pflegestatistik)

		Anteil der Pflege-bedürftigen an der Bevölkerung insgesamt	Anteil der 75-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung insgesamt	Anteil der vollstationären Dauerpflege an den Pflegebedürftigen insgesamt	Auslastung der vollstationären Dauerpflege
Burgenlandkreis	Finneland	4,5	12,3	29,4	96,0
LK Bautzen	Ralbitz-R.	3,5	11,7	29,6	98,0
LK Tübingen	Kusterdingen	2,0	7,4	30,4	91,1
LK Minden-Lübbecke	Westrup	3,3	10,6	31,5	84,6
LK Gießen	Freienseen	3,3	9,1	22,5	90,0

Die regionale Zuordnung erfolgt bei den Pflegebedürftigen, die von einer ambulanten bzw. stationären Einrichtung versorgt werden, entsprechend der Adresse der Einrichtung. Es kann hierdurch zu folgendem „Grenzeffekt“ kommen: Ein ambulanter Pflegedienst kann auch Pflegebedürftige versorgen, die in einem Nachbarkreis wohnen. Diese Pflegebedürftigen werden dann dem Kreis zugeordnet, in dem der ambulante Pflegedienst seine Adresse hat (Destatis, 2013: 8).

Mit 22,3 % verfügt nach der Bewohnerbefragung ein erheblicher Teil der Befragten aktuell oder in den letzten drei Jahren über Pflegeerfahrungen (708 Personen). Dieser Wert liegt vor dem Hintergrund der oben genannten Daten relativ hoch und ist auf einen weiter gefassten Zeitraum zurückzuführen. Er kann aber auch darauf zurückgeführt werden, dass möglicherweise mehr Menschen in den untersuchten ländlichen Orten in die Pflegearrangements eingebunden sind. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass Pflege in vielen Haushalten präsent ist und einen wesentlichen Teil des Alltages ausmacht.

Abbildung 5: Anzahl der Pflegenden nach zeitlichem Umfang der Pflege und Altersklassen (Bewohnerbefragung 2013, Mehrfachantworten durch mehrere Pflegearrangements)

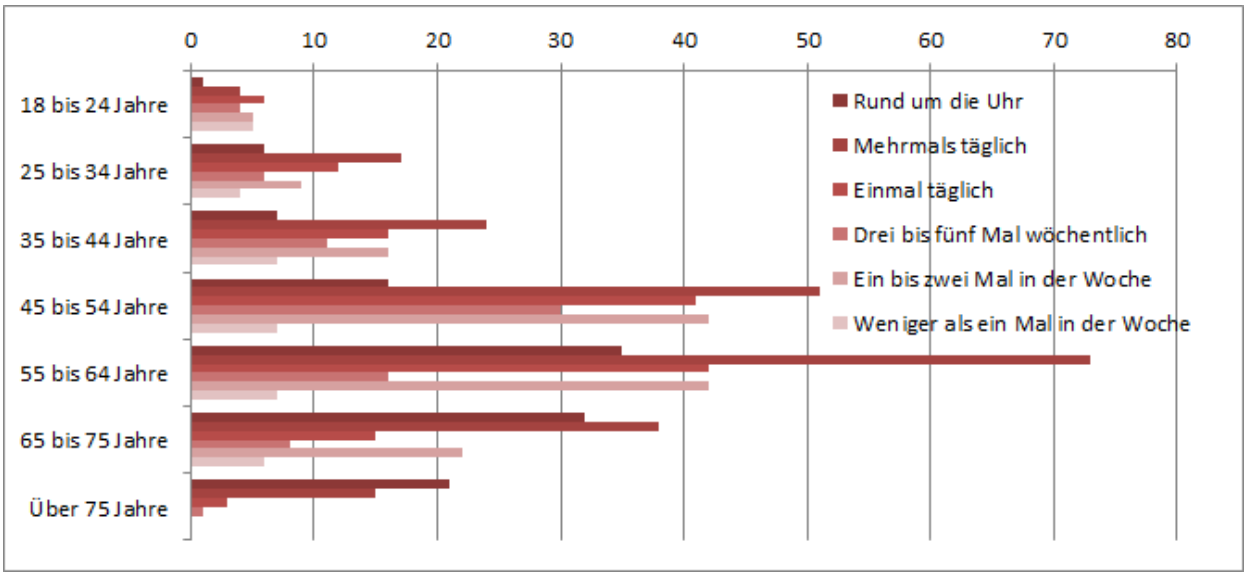
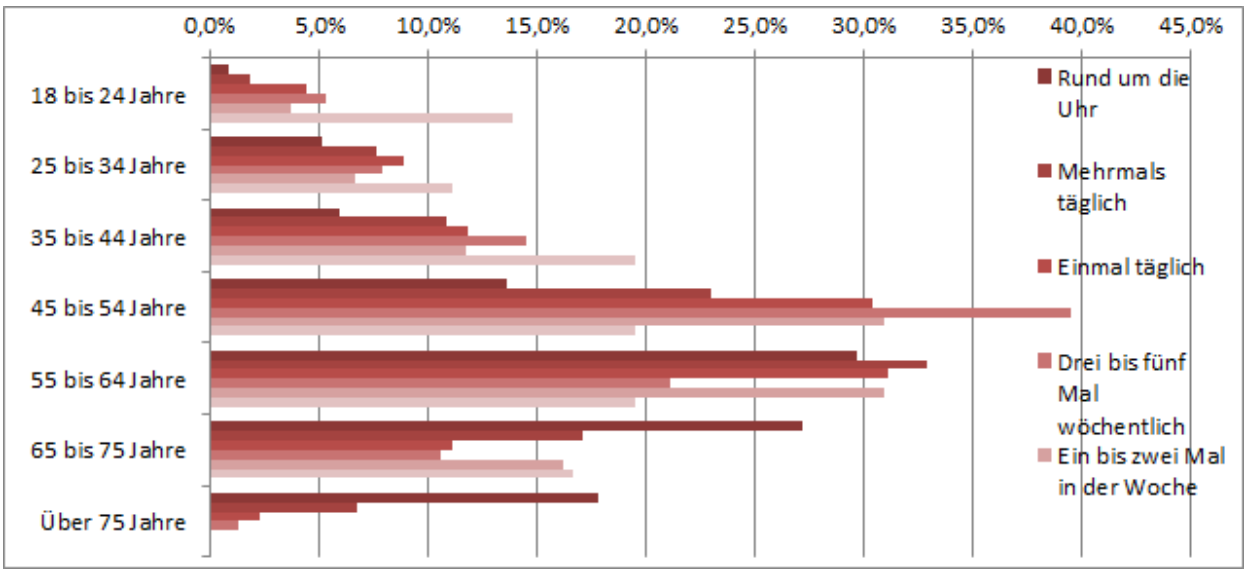


Abbildung 6: Anteil der jeweiligen Altersgruppen am zeitlichen Umfang der Pflege (Bewohnerbefragung 2013, Mehrfachantworten)



Bei 66 % der angegebenen Pflegekonstellationen (745 Fälle) schätzen die Befragten ein, dass sie mindestens einmal täglich Pflegeleistungen erbringen. Bei der Verteilung nach Altersgruppen zeigt sich, dass die höheren Zeitaufwendungen sich quantitativ vor allem auf die Altersgruppen zwischen 45 und 65 Jahre konzentrieren, aber auch die Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen sehr stark vertreten ist (vgl. Abbildung 5). Besonders zeitintensive Pflege (mehrmals täglich/rund um die Uhr) wird vor allem in den Altersgruppen der 55- bis 75-Jährigen erbracht (ca. 60 %) (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 7: Anteil der jeweiligen Pflegegruppen am zeitlichen Umfang der Pflege nach Geschlecht (Bewohnerbefragung 2013)

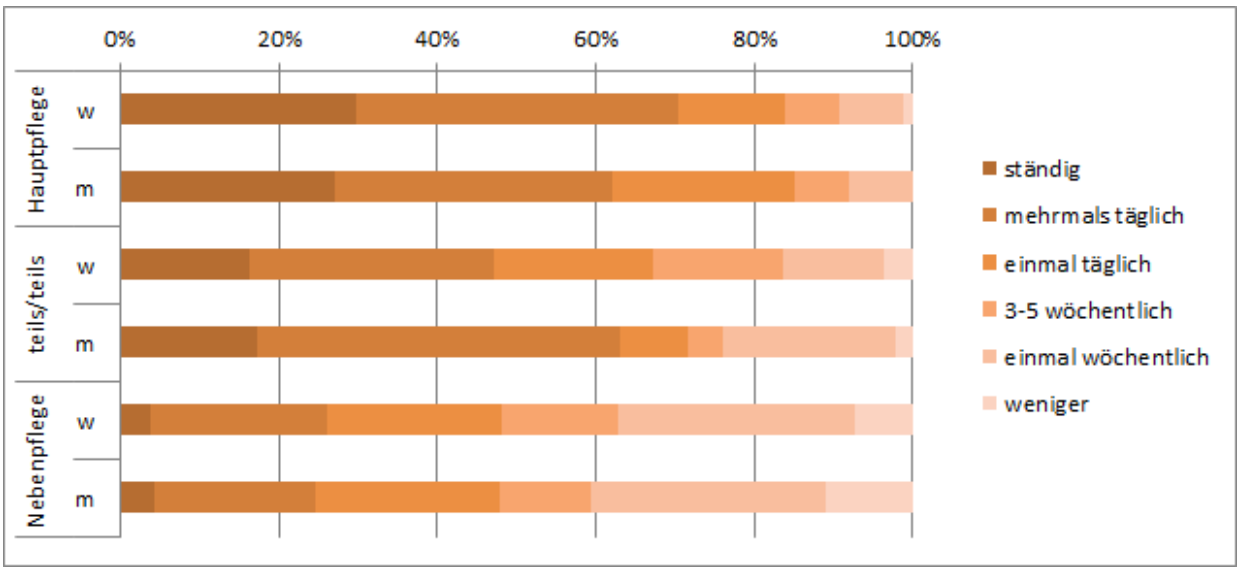
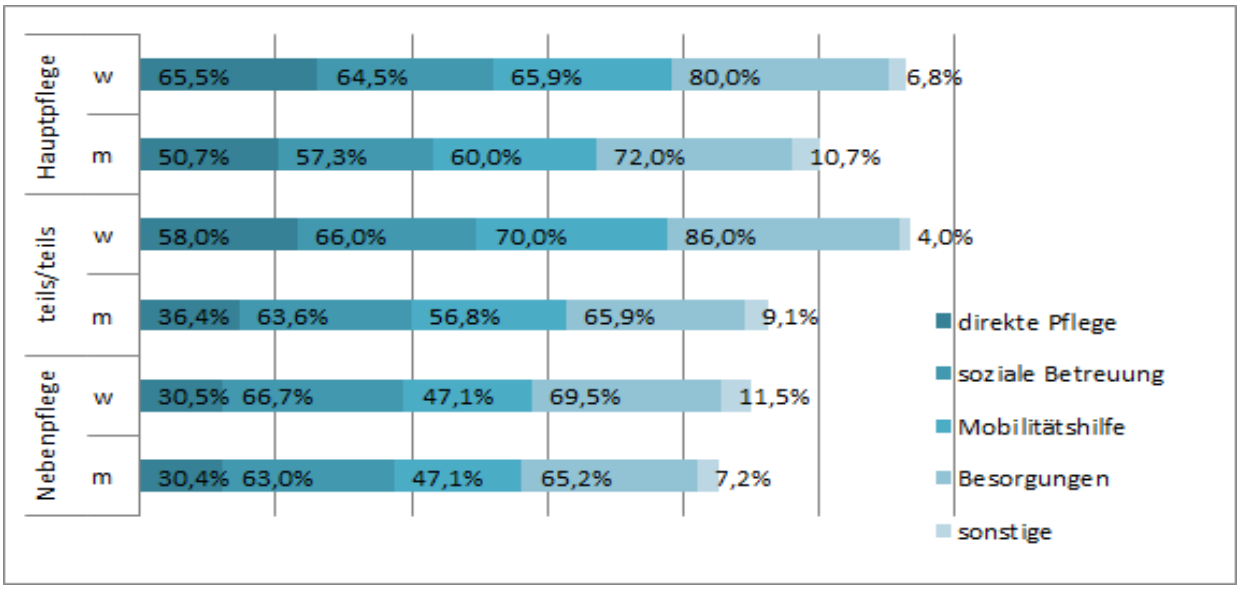


Abbildung 8: Unterstützungsleistungen im Bereich der Pflege nach Haupt- und Nebenpflege und Geschlecht (Bewohnerbefragung 2013)



Pflegeleistungen, die begrifflich eben eine deutlich höhere zeitliche Intensität und Verbindlichkeit als andere Hilfeleistungen einschließen, stellen einen gravierenden Einschnitt in die Alltagsgestaltung der Pflegenden und Pflegebedürftigen dar. Sowohl Pflegende/Pflegebedürftige fühlen sich schnell in ihrer Zeitsouveränität und teilweise auch in ihrer Integrität bedroht. Pflege führt auf „beiden Seiten“ zu einem Verlust der Unabhängigkeit und Wahlfreiheit in der Alltagsgestaltung.

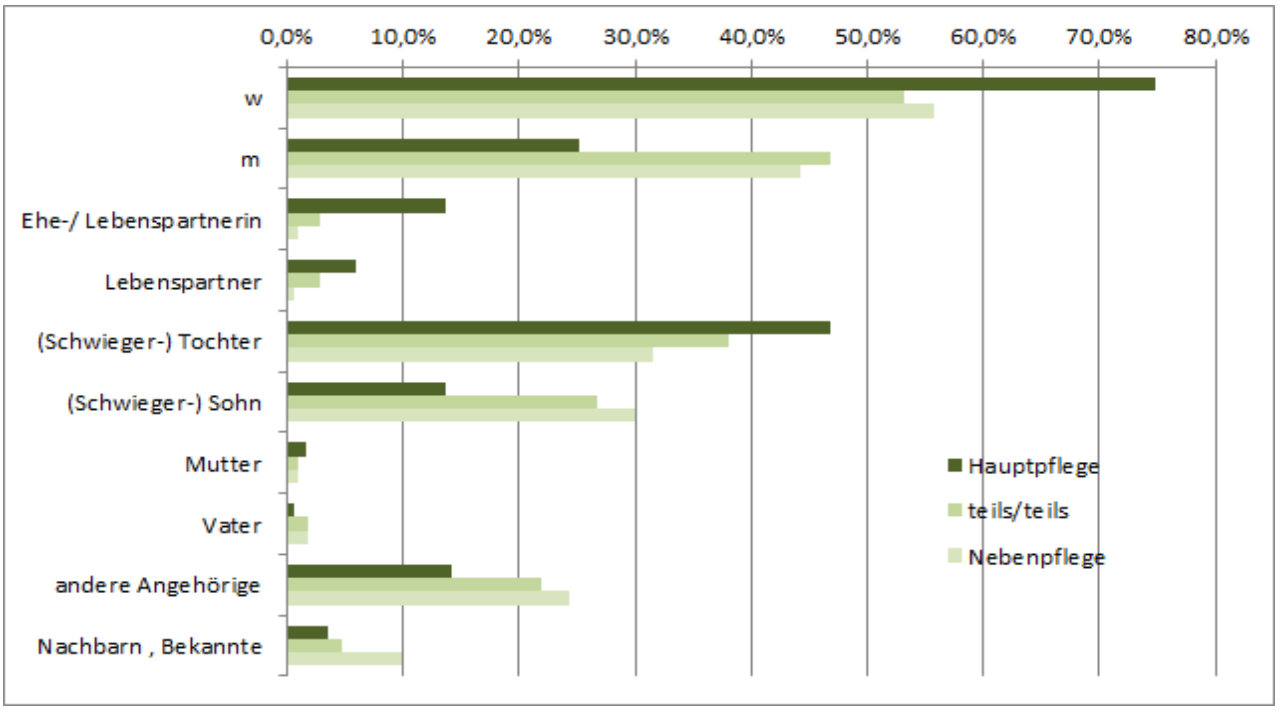
In Abbildung 8 sind die jeweiligen Leistungsgruppen der Pflege angegeben. Deutlich ist vor allem, dass Frauen nicht nur insgesamt mehr in der Pflege beteiligt sind, sondern, wenn sie als Haupt-

pflegepersonen auftreten, auch anteilmäßig in höherem Umfang in den jeweiligen Leistungen aktiv sind.

4.3 Familienpflege als Norm

Dass ein Großteil der Pflege durch die Familie erbracht wird, ist gesellschaftlich und kulturell keine Selbstverständlichkeit. In Anlehnung an die europäischen Wohlfahrtsmodelle sind im Bereich der Pflege unterschiedliche Finanzierungs-, Verantwortungs- und Leistungsträgermodelle vorhanden, die Pflegearrangements und Unterstützungssysteme prägen. In unserem Untersuchungsfeld spielt die Familienpflege als gesellschaftliche Norm eine wichtige Rolle.

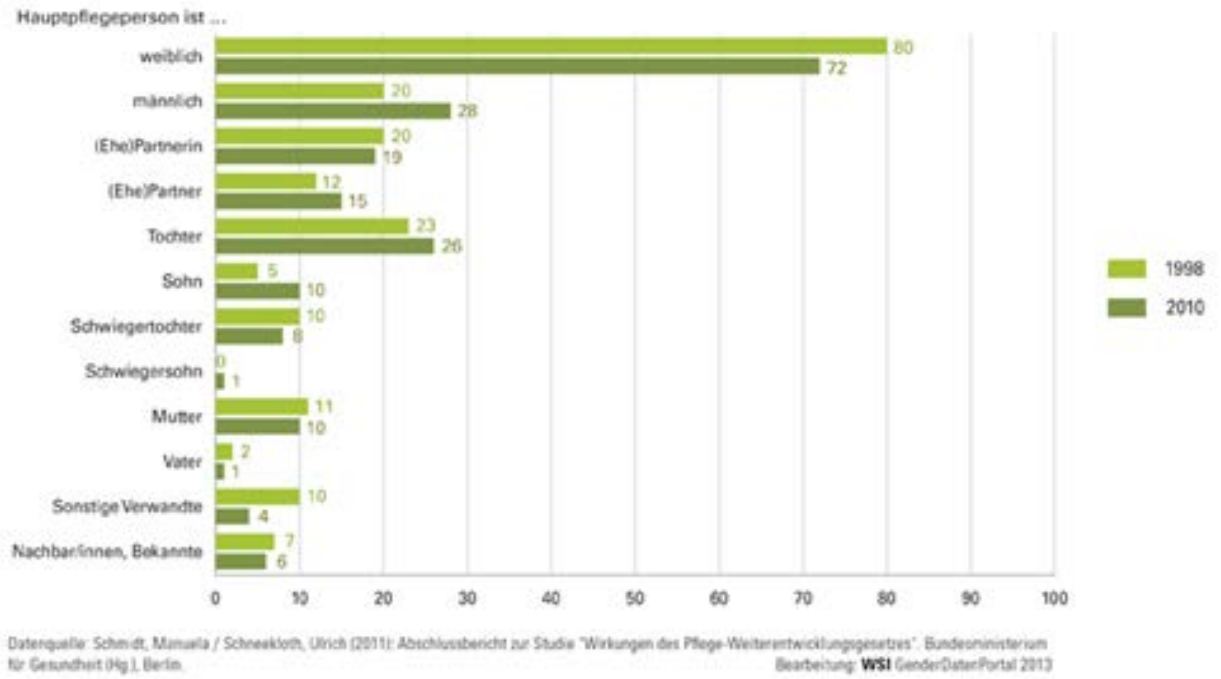
Abbildung 9: Verwandtschaftsbeziehung der Pflegeperson zur pflegeempfangenden Person nach Haupt- und Nebenpflegepersonen (Bewohnerbefragung 2013)



Mit gut 60 % werden vor allem Eltern gepflegt (vgl. Abbildung 9). Insgesamt bezieht sich die Pflege vor allem auf Familienangehörige. Es ist keineswegs ein Phänomen ländlicher Räume, dass die Pflege- oder längerfristige Unterstützungsbedarfe vor allem als Aufgaben der erwachsenen Kinder und EhegattInnen angesehen werden. Dies scheint kultur- und regionsübergreifend eine Norm zu sein, die vor allem auf Töchter bezogen wird (Silverstein, Gans und Yang, 2006). Die Pflege der alten Eltern wird in vielen Gesellschaften als ein „natürlicher“ Bestandteil des Familienlebens angesehen (Graham, 1983). Die steigende Lebenserwartung hat daran zunächst wenig geändert. Trotzdem fallen die Anforderungen an gesellschaftliche Verantwortung in diesem Bereich – je nach Wohlfahrtsregime – unterschiedlich aus.

Im Vergleich der Ergebnisse aus Abbildung 9 aus der Bewohnerbefragung zu bundesweiten Ergebnissen in Abbildung 10 sticht die große Bedeutung der Pflegeleistungen durch Kinder für ihre Eltern und der sonstigen Angehörigen heraus. Während bundesweit 33 % der Hauptpflegebeziehungen in der Konstellation (Schwieger-) Tochter zur/zum Pflegenden liegen, sind es in unserer Bewohnerbefragung 47 %. Dies kann eine Erklärung für den relativ hohen Anteil von Pflegenden in der Gesamtstichprobe sein. Die Pflege von Eltern durch ihre Kinder scheint in den Pflegearrangements eine größere Bedeutung zu besitzen als anderswo.

Abbildung 10: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegeerhaltenden Person (http://www.boeckler.de/45064.htm, Zugriff 1.10.14)

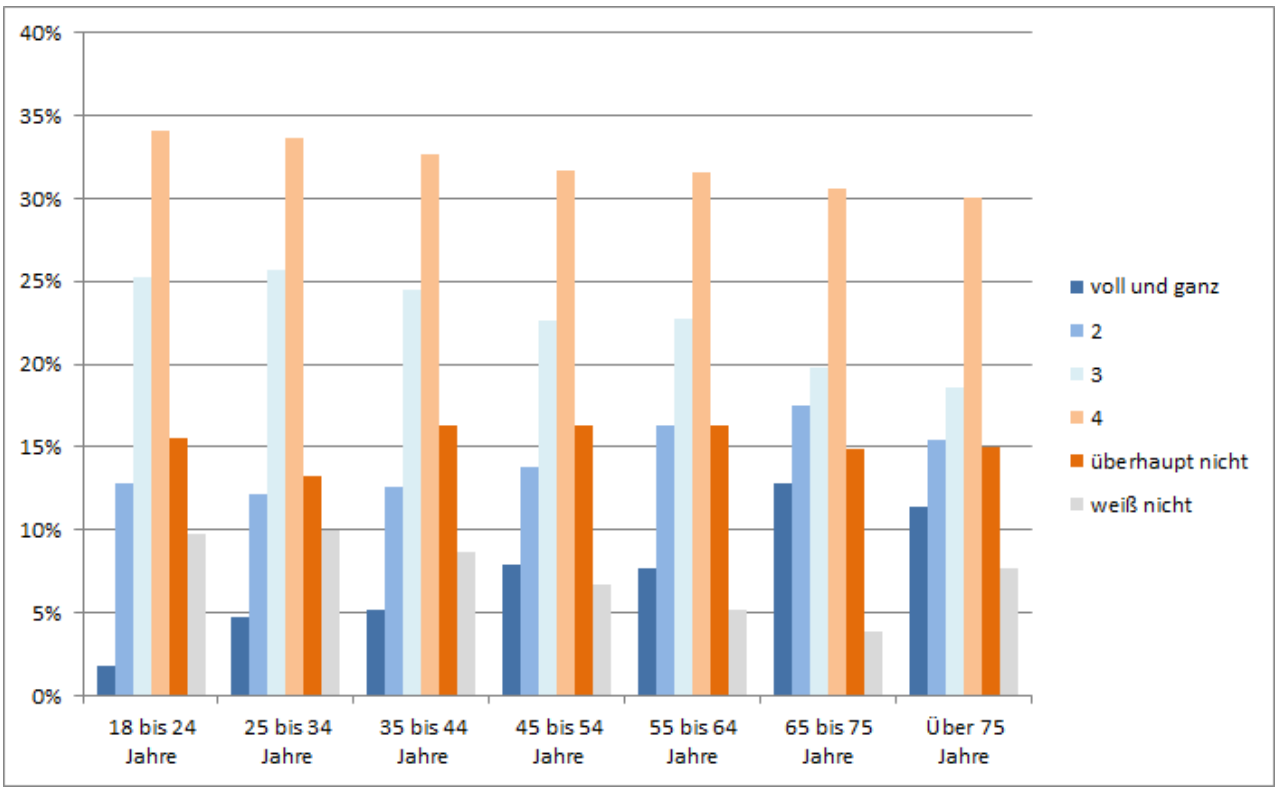


Das deutsche Pflegesystem unterstützt – trotz Pflegeversicherung – eine Familiarisierung der Pflege: „Jedes Pflegesystem gründet auf einer bestimmten Philosophie und einem bestimmten Pflegebegriff. Das deutsche System mit seinem engen Pflegeverständnis grenzt diejenigen aus, bei denen die Einschränkungen aus sozialer Isolation, beginnender Demenzerkrankung, gelegentlicher Altersverwirrtheit oder einer eingeschränkten Fähigkeit, den eigenen Alltag zu bewältigen, herrühren. Die Ausgrenzung folgt dem subsidiären Ansatz des familienbasierten Systems. Ziel ist das Kleinhalten des Kreises derjenigen, die alternativ zur Familienpflege professionelle Dienste in Anspruch nehmen können, und damit ein hoher Grad an Kostenprivatisierung“ (Heintze, 2012, 19 f.). Die informelle, vor allem familiäre Pflege hat in Deutschland – auch im internationalen Vergleich – eine relativ hohe Bedeutung (Schulz, 2012; Kunstmann, 2012).

Dass die hohe Familienorientierung in den Pflegeleistungen nicht nur ein traditionelles Überbleibsel ist, sondern durch die gegenwärtigen Pflegeregimes verstärkt wird, spricht folgendes Argument: Die Infrastruktur der Pflege, vor allem deren Unzulänglichkeiten und Lücken führen zu

einer besonderen Verantwortung der familiären Pflege (Davis et al., 2011: 20). Das heißt, je schlechter Alternativen der familiären Pflege wahrgenommen werden, desto stärker bleibt diese als soziale Norm erhalten. Es entbehrt nicht einer gewissen Plausibilität, dass fehlende oder als unzureichend wahrgenommene Alternativen vor allem im ländlichen Raum die Dominanz der familiären Pflege verstetigen. So folgt die familiäre Pflege aus den Erwägungen heraus, keine anderen Alternativen zu sehen. Das Pflegeheim kommt häufig nicht infrage, meist aus Vorbehalten, was die Lebensqualität im Heim betrifft, weniger werden die finanziellen Aspekte genannt. Der Wunsch „so lange es geht, zuhause bleiben zu können“ findet keinen anderen Adressaten als die familiäre Pflege.

Abbildung 11: Verteilung nach Zustimmung zur Frage: „Dörfer haben sich verändert. Welche Aussagen treffen auf Ihren Wohnort zu? Ein Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim ist hier Teil einer normalen Lebensperspektive.“ Nach Altersklassen (Bewohnerbefragung 2013)



Das familienzentrierte Pflegebild zeigte sich in den Interviews mit den Pflegenden als ausgesprochen bestimmend. So kamen häufig Aussagen wie „Ich bin halt die Tochter“ vor, die uns gegenüber die Übernahme der Pflege begründen sollten. Sowohl in der Öffentlichkeit als auch im Privaten wird festgehalten an einer vermeintlichen Tradition innerfamiliärer Solidarität, einem Selbstverständnis, dass Pflege Angelegenheit der Familien sei. Worauf diese normative Begründung einer geschlechtsspezifischen familiären Pflege sich tatsächlich bezog, wer diese Erwartungen möglicherweise formulierte, blieb häufig im Unklaren. Es handelte sich oftmals um einen Komplex aus internalisierten innerfamiliären Rollenerwartungen, dörflich üblichen Praktiken und ge-

sellschaftlichen wie religiösen Wertvorstellungen. Die Haltungserwartungen blieben häufig intransparent und es war nicht klar, ob die antizipierten Erwartungen von Eltern, anderen Verwandten oder auch Nachbarn wirklich bei diesen vorhanden waren. Der immer wieder geäußerte Wunsch: “Ich möchte nicht in ein Pflegeheim, ich möchte hier im eigenen Haus wohnen“, wirkte zwar auf den ersten Blick eindeutig, diesem Postulat folgten aber in der Regel viele Fragezeichen, weil die persönliche Zukunft in dieser Hinsicht alles andere als sicher war. In dieser Hinsicht ist die Interpretation der Abbildung 11 nicht einfach zu leisten: Insgesamt überwiegt die Ablehnung der Aussage, dass ein Senioren- oder Pflegeheim Teil einer normalen Lebensperspektive ist. Mit dem Alter steigt allerdings die Zustimmung leicht. Im Sinne der Theorie des Wertewandels hätte man vermuten können, dass die Älteren es als weniger „normal“ ansehen. Aber es ist nicht die eigene Haltung erfragt worden, sondern, was man als „Normalität“ im Wohnort einschätzt. Diese Einschätzung fällt ausgesprochen ambivalent aus und kann als weiterer Hinweis für die Intransparenz von Erwartungen genommen werden. Dieser Einfluss der sozialen Kontrolle, der Außenwahrnehmung von familiärer Pflege, die Präsenz realer oder imaginierter Konflikte wird in den folgenden Kapiteln weiter eine Rolle spielen.

Erwartungen existieren in zweierlei Hinsicht (vgl. zum soziologischen Konzept Kron, Schimank und Lasarczyk, 2003): Die Unsicherheitsrelation der Pflege wird nicht kommunikativ aufgelöst, sondern die Familienangehörigen gehen davon aus, dass die Erwartungshaltungen bestehen. Die Erwartungshaltung setzt eine gewisse Handlungssicherheit voraus. Dadurch entsteht das Gefühl, „hineinzurutschen“. Die Pflegearrangements werden nicht verhandelt. Ebenso bestehen innerhalb der sozialen Umgebung Erwartungen, dass die anderen die Erwartungshaltung haben, dass Familienangehörige durch Familienangehörige gepflegt werden.

Eine besondere Komponente stellt offenbar die Einbindung in den landwirtschaftlichen Betrieb dar, der für alle Generationen einen verbindlicheren Zusammenhang schafft als sonstige intergenerationellen Unterstützungsleistungen (Bohler und Hildenbrand, 1997). In unserem Sample wurde dies nur indirekt erfasst, weil die Befragten fast ausschließlich keinen landwirtschaftlichen Betrieb (mehr) führten, sondern sich nur auf frühere Verpflichtungen im Sinne der Hofübergabe bezogen.

Die Übergabe des Hauses bzw. das Wohnenbleiben von Kindern in der Wohnumgebung spielt in den Norm der familiären Pflege eine wichtige Rolle: Sternberg (2009) fand beispielsweise in einer vergleichenden Untersuchung in zwei west- und zwei ostdeutschen Gemeinden bzw. Verwaltungsgemeinschaften (u. a. in der Lausitz) heraus: 26 % der über 55-Jährigen in den neuen Bundesländern war der Meinung, dass ein Familienmitglied das Haus übernimmt, in den westdeutschen Gemeinden fiel dies deutlich höher aus. Währenddessen (nur) 36 % der Befragten in Wachtendonk, 44,7 % in Meyenburg und 47,6 % in Kirchheim angaben, nicht zu wissen, was mit ihrem Haus in der Zukunft geschieht, waren es in Obercunnersdorf in der Lausitz sogar 57 % der Befragten (ebd.: 208). Ob es sich in der Gegenwart bei der Weitergabe von Häusern tatsächlich um eine Reziprozitätsleistung handelt, ist fraglich. Viele Befragte äußerten sich dahin, dass die Übernahme des Elternhauses eine zusätzliche (finanzielle wie zeitliche) Belastung sei. Hinsichtlich der

Vermögenssituation und dem Zugang zu einem eigenen Haus ist das Erbe des Elternhauses häufig nicht so relevant. Die Hauptpflegepersonen in unserer Bewohnerbefragung weisen auch keine höheren Quoten des Wohnens in den „eigenen Wänden“ auf als andere Pflegende und Nichtpflegepersonen.

PB: Ja ich meine früher war es ja auf den Dörfern sowieso so, dass die Alten einfach mitliefen. Ne, und das war zwar nicht die gleiche Lebensqualität und auch nicht jeder hat es nach seinem Können und seinen Mitteln, die er zur Verfügung hatte gemacht, mehr oder weniger, gut oder schlecht, aber die Alten blieben eben da. Und das (..) das war ein Unding, dass jemand in ein Altenheim kam. So aus den Bauernfamilien oder hier bei uns auf dem Dorf.

I Die hatten eben ihr Altenteil und die/

PB: Sie hatten ihr Altenteil oder ihr Stübchen und damit waren die zufrieden. Aber jetzt ist ja kaum mehr jemand bereit, zusammenzurücken. Und zu sagen, ich nehme jetzt meine Mutter oder meinen Vater zu mir. Weil (.) ja, jeder hat sich ein Häuschen gebaut, gucken Sie sich in den Dörfern die Häuser an, die sind alle unterbelegt, ne? Aber trotzdem. (PB01)

Die obige Aussage problematisiert, dass ein gängiges Modell intergenerationeller Leistungserbringung (Haus versus Pflege) aus zwei Gründen nicht mehr funktioniere: Zum Einen scheint die Erbschaft eines Hauses in Zusammenhang mit einem dauerhaften mehrgenerationellen Zusammenleben an Attraktivität zu verlieren. Obwohl die Kinder am Ort bleiben, bauen sie neu. Zum anderen scheint das „Zusammenrücken“ weder den sozialen Lebensentwürfen noch den ökonomischen Notwendigkeiten nicht (mehr) zu entsprechen. Im „trotzdem“ liegt ein gesellschaftlicher Wandel von intergenerationellen Beziehungen, der sich nicht auf die Hausübernahme stützt. Die folgende Interviewpassage kommt aus dem gleichen Ort und beschreibt eine Hausübernahme.

I Für Sie wäre das jetzt, gar kein Problem zu sagen: Wir geben das Haus, an die Kinder oder verkaufen?

PB Das ist schon, vergeben. Das hat unser Sohn alles übernommen. (...) Der wird jetzt anbauen (…) und wir haben noch ein lebenslanges Wohnrecht (..), mietfrei. Haben wir voriges Jahr geregelt. (...) Also mein Mann hatte damals so einen kleinen Wink gekriegt. Wir mussten uns irgendwie orientieren. Denn er ist auch schon lange inval/ invalide. Das kann ja auch mal schnell gehen und bis jetzt geht es ganz gut, aber (..) eigentlich ist das jetzt soweit. Da sind wir auch froh darüber. Viele haben gemeint: Wie könnt Ihr denn jetzt schon? Ne, wir haben gesagt, soweit eines von den Kindern Interesse zeigt, geht es los. Die anderen haben gebaut. Zwei haben hier im Ort gebaut und die Tochter wohnt in K. Ist nur noch er übrig geblieben und er hat auch die Partnerin dazu und (..) dann sollen sie es haben, sollen sie machen. So ist das.

Dass in den letzten Jahrzehnten ein gegenläufiger Trend von Normalität in den Pflegebeziehungen – nämlich von familiärer zu ambulanter und stationärer Pflege – auszumachen sei, ist nach Spangenberg et al. (2012) auf folgende Entwicklungen zurückzuführen:

- die Nichtverfügbarkeit von Betreuungspersonen infolge veränderter Wohn- und Haushaltsstrukturen,
- die früher als familiäre Pflicht wahrgenommene Aufgabe wird eher als gesellschaftliches Problem gesehen,
- hohe Anforderungen an die pflegenden Angehörigen und damit einhergehende Überlastung.

Diese Entwicklungen legen es nahe, nichtfamiliäre oder andere Versorgungsmodelle zu etablieren, die familiäre und professionelle Pflege beinhalten. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass die Norm zur familiären Pflege keineswegs durchgängig geteilt wird. So gibt in Befragungen durchaus ein Teil an, nicht durch Angehörige betreut werden zu wollen (Spangenberg et al., 2012: 959). Immer wieder verweisen Autoren darauf, dass die „Befreiung der Familie von der Pflege“ eine sozialstaatliche Errungenschaft sei (defamilization of care) (Glenn, 2000: 89-91). Die Pflicht zur Pflege kann gerade dazu führen, dass weniger emotionale Unterstützung und Beziehungsgestaltung geleistet wird.

Normative Erwartungen geben Handlungssicherheit. In einem zugleich sehr komplexen und emotional wichtigen Feld wie dem der Pflege bieten sie Orientierung. Sie können aber in unterschiedlicher Weise zum Problem werden:

1. Eine soziale Norm konkurriert mit anderen und führt auf der Ebene von Erwartungen zu Rollenkonflikten, die dann beispielsweise subjektiv zu dem Gefühl führen kann, keiner der Erwartungen gerecht werden zu können.
2. Die Dominanz einer Norm verhindert Wahlmöglichkeiten, weil sie als nicht hinterfragbar und/oder adaptierbar gilt.
3. Weil es sich um eine verpflichtende Norm handelt, wird nur deren Nichterfüllung sanktioniert, nicht aber deren Umsetzung belohnt.

Als Beispiel für soziale Normen, welche auch in Widerspruch zueinander stehen können, können solche der beruflichen Entwicklung, der Statussicherung oder der Kindererziehung mit denen der Pflege kollidieren. Die normative Komponente ist keineswegs ungebrochen, denn es gibt unterschiedliche motivationale Faktoren, die grob unterschieden werden können:

- Reziprozitätsmotive – Grundlage ist gegenseitige Hilfe, intergenerationelle Unterstützung, ggf. ist auch eine Schuld abzugelten. Es sind damit keine egoistischen Motive. Die frühere Unterstützung durch Angehörige bei der Kinderbetreuung erzeugt beispielsweise die moralische Verpflichtung, später Pflege derselben zu übernehmen. Diese Reziprozitätsleistung wird auch (durch Verwandte, andere Dorfbewohner) sanktioniert, ist aber in hohem Maße intrinsisch angelegt (kein schlechtes Gewissen haben müssen). Sie wird teilweise als eine (ökonomisch begründbare) Aushandlung angesehen, Leistung und Gegenleistung sind sichtbar. Eine wichtige Gegenleistung ist auch die Überschreibung des Hauses.
- Bindungsmotive – Die Übernahme der Pflege erfolgt wegen einer hohen wechselseitigen Sympathie und Hingabe (z. B. bei PB 10, 13 und 16). Die Entscheidung für die Pflege und die Bewältigung dieser Aufgabe scheint diese Beziehung oft noch zu vertiefen. Die Sympathie erleichtert einerseits die Entscheidung zur Pflege und deren Bewältigung, erschwert aber auch bestimmte Aspekte (z. B. ist oft die Abgrenzung sehr schwierig). Es können zudem bindungstheoretisch fundierte Probleme hineinspielen, wenn die Pflege dazu dient, etwas wieder gut bzw. besser zu machen, eine ambivalente Beziehung besteht oder Statusveränderungen provoziert werden (Macht).

- Pflichtmotive – Die Pflege basiert teilweise auf christlich-religiösen Motiven, zumeist handelt es sich aber um eine traditionelle moralische Verpflichtung, dass innerhalb der Familie gepflegt wird. Es herrscht ein Selbstverständnis der Pflichtethik, ein ungeschriebenes Gesetz zur Solidarität vor. Die Verpflichtung zeigt sich in hohem Maße geschlechtssensibel, sie wird besonders bei (Schwieger-)Eltern und ihren Kindern wirksam.
- Individuelle Motive – Mit der Pflege kann das postkonventionelle Interesse verbunden sein, eigene neue Entwicklungen zu nehmen (zu pflegen lernen, Erfahrungen zu sammeln) oder über monetäre Einnahmen zu verfügen. Diese Motive werden weniger genannt, spielen aber implizit durchaus eine wichtige Rolle.

Diese Typisierungen zeigen, dass die Norm der Familienpflege aus sehr unterschiedlichen Motiven gespeist sein kann. Sie treten in der Empirie selten in Reinform auf, in den meisten Fällen mischen sich verschiedene Motivlagen. In der familiären Pflegeorientierung wird der Wert des familiären Zusammenhaltes an sich betont: „Bei uns kommt keiner weg“, suggeriert eine Verlässlichkeit der familialen Bindungen. Die Solidarität in der Familie ist vielen Befragten sehr wichtig.

In den Tiefeninterviews werden Probleme in den Pflegearrangements meist erst im fortgeschrittenen Gesprächsverlauf sichtbar. Ein häufiges Muster besteht darin, dass anfangs die soziale Norm postuliert wird, die dann in den Gesprächen „bröckelt“, und die Belastungen sichtbar werden. Pflegende Angehörige sind besonderen Belastungen ausgesetzt; dies trifft insbesondere auf Erwerbstätige zu. Die Zufriedenheit von Pflegepersonen fällt im Vergleich zu Personen, die keine Pflege leisten, signifikant geringer aus, vor allem sinkt die allgemeine Lebenszufriedenheit mit dem Pflegeumfang. (Geyer und Schulz, 2014: 296 und 300). Ergebnisse aus anderen Studien zeigen, dass 40 bis 70 % der pflegenden Angehörigen unter depressiven Symptomen leiden, die in Zusammenhang mit der subjektiv wahrgenommenen Belastung durch die Pflege stehen, wobei dies kaum sozialstrukturell bedingt, sondern in erster Linie das Belastungsempfinden von der jeweiligen Pflegesituation beeinflusst wird (Deufert, 2013: 521): hoher Betreuungsaufwand, Verlust der früheren Beziehung zu dem zu Pflegenden, fehlende Anerkennung. Neben den in der Pflegesituation, der Verbindung zum sonstigen Lebensalltag, in der Funktionsfähigkeit der Unterstützungsnetzwerke begründeten Belastungen liegt ein weiterer Faktor im Erleben der eigenen Handlungsmächtigkeit, d. h., inwieweit die Pflege als eigene Angelegenheit wahrgenommen wird, ein Gestaltungsspielraum und Alternativen in den Pflegearrangements als möglich angesehen werden. In der Auswertung unserer Interviews wurde deutlich, dass eine „freiwillige Verpflichtung“ zu einer geringeren Belastungssituation führt.

Auf die Milieuabhängigkeit in der Pflegeorientierung wurde bereits hingewiesen: In einigen ländlichen Räumen – zu diesen können zumindest vier der untersuchten Orte gezählt werden – sind traditionelle Milieus (noch) stark vertreten, in anderen haben sich die Milieuzugehörigkeiten stark verschoben. Aber auch in den traditionellen Milieus gibt es – nicht nur im Bereich der Pflege – enorme Brüche, neue Anforderungen, neue Werte (Heusinger, 2008). Sieht man vor allem auf die Bildungsabschlüsse, so zeigt sich, dass Menschen mit niedrigem und mittlerem Schulabschluss in der Regel pflegebereiter sind. Zurückgeführt wird dies u. a. auf Opportunitätskosten, d. h., die

Aufgabe bzw. Reduzierung der beruflichen Tätigkeit „lohnt“ sich eher. Frey (2010: 55 und 61) fand im ländlich-kleinstädtischen Bereich höhere Anteile an Pflegebereiten, und auch der Wunsch nach Versorgung zu Hause war stärker ausgeprägt. Hier taucht die alte Frage auf, ob es sich um einen so genannten Milieueffekt oder ökologischen Schluss handelt, weil im ländlichen Raum eher Menschen leben, die seltener über höhere Schulabschlüsse verfügen. Dies spiegelt sich auch im Sampling unserer befragten Pflegenden wider. In den ExpertInneninterviews wurde wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass die familiäre Pflege, vor allem bei Angehörigen der unteren Schichten, deutliche finanzielle Hintergründe besitzt. Auch bei Hinzunahme von ambulanten Pflegediensten werde sehr genau darauf geachtet, ob die externen Leistungen auch wirklich erbracht werden müssen. Die fehlende Bereitschaft, in die Pflege zu „investieren“, führt dann zu sehr starken Restriktionen in den Verrichtungszeiten (PE 02).

Die normative Last entsteht vor allem dann, wenn keine Handlungsoptionen sichtbar sind, weil sie emotional und kognitiv gar nicht zugelassen werden, die Norm der familiären Pflege aber mit dem Lebensentwurf und Alltagsgestaltung konfligiert. Der Moment der Bewältigung ist eben nicht nur von der Pflegesituation abhängig, sondern eben auch von der subjektiven Einstellung zu dieser. In mehreren Interviews wurde deutlich, dass die gesetzte Norm der familiären Pflege Handlungsalternativen einschränkte. Innerhalb dieser Norm gab es dann aber auch Pflegesituationen, in denen eine Abweichung möglich wurde: „Wenn es nicht mehr geht“, wurden in der Regel die Alternative Pflegeheime gewählt. Oftmals ging diese Situation mit einer Demenz einher. Hierbei wurde weniger die eigene Belastungssituation hervorgehoben, sondern die Sicherheit der Pflegeempfangenden, die nicht mehr gewährleistet war. Dies galt als ein triftiger Grund, mit dem man innerhalb der Norm familiärer Pflege nicht angreifbar war. Der – auch temporäre – Abbruch familiärer Pflege ging häufig mit Schuldgefühlen bei den Pflegenden einher.

4.4 Fallbeispiel Frau A.

Mit dem Fallbeispiel von Frau A *(PB 17)* sollen im Folgenden entlang eines Pflegeprozesses und einer spezifischen Pflegesituation die allgemeinen Handlungsanforderungen und Widersprüche kenntlich gemacht werden. Spezifisch ist die konkrete Lösung, aber die grundlegenden Anforderungen und Probleme werden sehr gut sichtbar.

Frau A. ist 37 Jahre, verheiratet, sie hat in den vergangenen Jahren sowohl ihre Mutter als auch ihren Vater gepflegt. Sie ist im ländlichen Raum aufgewachsen und hat im Wesentlichen ihr Leben im Untersuchungsort verbracht. Ihr Mann ist zugezogen. Das große Haus befindet sich seit längerem in Familienbesitz, auch Landbesitz ist vorhanden. Frau A. besitzt keine Geschwister, sondern war in ihrer Herkunftsfamilie das einzige Kind. Gemeinsam mit ihren Eltern, ihrem Mann und zwei erwachsenen Söhnen wohnte sie im gleichen Haus, wobei jeder Haushalt über eine eigene Etage mit separater Küche verfügt. Ein Sohn wohnt weiterhin im Haus, er will gerne bleiben, lebt (noch) nicht in Partnerschaft und nimmt beispielsweise Mahlzeiten häufig bei der Mutter ein.

Frau A. ist halbtags berufstätig, der Ehemann beruflich in Vollzeit tätig. Sie ist Mitglied in mehreren Vereinen der Gemeinde, beschreibt sich als sehr integriert im Dorf.

A Es war eine ganz kurze Pflegezeit, wenn man sagt - alles, was vorher gewesen ist, also wir haben ja hier eine Großfamilie gehabt. Alles zusammen, hier Enkelkinder, Oma, Opa, alles hier, drei Generationen //im Haus.// #00:02:20-9#

I //Alle im Haus.// #00:02:20-8#

A Alle im Haus. Drei Generationen und da war es auch so, dass dann auch die Eltern hier mit versorgt wurden. Die wurden von mir oder von meinem Mann mitversorgt. Mein Vater ist vor zehn Jahren verstorben und meine Mutter eben halt letztes Jahr. Und alles, was vorher so war, bevor nun diese akute Pflegesituation kam, wo wir nun dann ja auch einen Pflegedienst benötigten, das habe ich also die ganzen Jahre sowieso schon gemacht.

Die familiäre Situation scheint auf den ersten Blick ausgesprochen traditionell zu sein. Dies bezieht sich auf das Zusammenleben in einer Dreigenerationenfamilie wie auf eine sukzessive Übernahme von Unterstützungsleistungen. Die Pflegesituation selbst wird als relativ kurze Phase angegeben. Die vorangegangene „Versorgung“ wird im Kontext der vorhandenen Großfamilie als ein gemeinsamer Haushaltsbetrieb gesehen, indem bestimmte Aufgaben mit übernommen und in den Alltag integriert werden.

A Das war ja schon vorher. Das war eigentlich immer. Das war eigentlich immer, weil / Ja. Bin da so mit aufgewachsen und .. ja. Das war aber auch selbstverständlich irgendwie weiß ich nicht. Das ist so .. bin so erzogen worden, vielleicht liegt es daran - keine Ahnung. Weiß ich nicht. #00:04:04-9#

A Also wenn ich das jetzt früher oder vorher, als sie eben noch nicht so .. hilfebedürftig war, wenn man da bedenkt, wie viele Stunden ich da schon für den Rest, ich meine gut, nicht nur für meine Eltern, aber wie viel Zeit man dann da aufgebracht hat. Ich meine gut, es ist jetzt nur Wäsche waschen oder so, ob ich nun für drei Personen oder sechs Personen, das knalle ich dann in die Waschmaschine und dann ist gut, ne? Macht man dann eben zusammen. ich habe das dann nie auseinandergerechnet irgendwie, aber, als sie dann jetzt plötzlich nicht mehr da war - wie viel Zeit ich dann plötzlich hatte. #01:03:23-7#

Die Unterstützungsleistungen sind eingebunden in einen familiären Kontext, der den alltäglichen Takt vorgegeben hat. Wirtschaftliche und soziale Beziehungen greifen ineinander. Auch wenn durchaus räumliche Trennungen zwischen den Generationen vorgenommen wurden, spielt die zeitliche Synchronisierung des Alltags eine große Rolle. Eine zentrale Funktion haben dabei die gemeinsamen Mahlzeiten.

A Wo ich jetzt aber heute sagen würde, Das würde ich jetzt nicht nochmal so machen. Ich weiß es nicht, das war vor, weiß ich nicht - wie lange sind wir jetzt verheiratet - 37 Jahre, da war das eben so üblich oder es war einfach so. Wir hatten auch keine anderen räumlichen Möglichkeiten, wir hatten das Haus oben hatten wir vermietet und hier unten wohnten wir eben alle zusammen und meine Mutter hat sich dann um das Essen gekümmert, die war ja eben halt Landwirtschaft, die hat immer gekocht, gut gekocht und ich konnte arbeiten gehen und Kinder kriegen und / Ja. Aber das würde ich jetzt heute nicht mehr so machen. Da würde ich sagen:So, ihr könnt da euren Kram haben und ich habe meinen Kram. Wir hatten unser / wir hatten unseren privaten Bereich hatten wir schon für uns. Wir hatten unser Wohnzimmer für uns, Schlafzimmer, ja klar, aber wir haben eben zusammen gegessen.

Obwohl die Alltagsorganisation eine hohe Funktionalität aufweist, würde Frau A. diese aus heutiger Sicht anders gestalten. Es geht ihr vor allem um die Trennung von Lebensbereichen, wie sie sich heute faktisch vollzogen hätten. Dass der im Haus wohnende Sohn an den gemeinsamen Mahlzeiten teilhat, begründet sie damit, dass er „eben halt noch keine passende Frau dazu“ hat. Die Erwartungshaltungen in familiäre Beziehungsstrukturen werden dabei wenig berücksichtigt. An anderer Stelle wird die Selbstverständlichkeit der Übernahme von Unterstützungsleistungen noch einmal unter der Perspektive der familiären Sozialisation betrachtet. Sie erhält eine sozioökonomische Rahmung, die dem System des ganzen Hauses, dem viele landwirtschaftliche und handwerkliche Familienbetriebe folg(t)en. Das System des ganzen Hauses besitzt eindeutig auch eine ökonomische Funktion. Die wechselseitige Unterstützung basierte auch auf der Notwendigkeit, dass eine eigenständige Lebensführung finanziell gar nicht möglich gewesen wäre.

A *Meine Mutter die bekam also wirklich ganz, ganz wenig Rente. Die war ja früher hier in der Landwirtschaft die Bauersfrauen, die haben ja nicht selber in die Rentenversicherung eingezahlt. Das wurde ja alles so aus dem großen Topf gegriffen und da haben die sich ja früher auch gar keine Gedanken drum gemacht, dass man mal eventuell im Alter noch ein bisschen / Also wenn meine Mutter hier jetzt nicht hier bei uns im Haus. hätte leben können - sie hätte definitiv an der Armutsgrenze gelebt. Das muss man sagen. #00:18:23-6#*

Die Unterstützungsleistungen beruhen nicht in erster Linie auf emotionalen oder normativ-ethischen oder gar altruistischen Motiven, sondern überwiegend auf Reziprozitätserwartungen.

A *Und das ist ja auch so eine Sache, von wegen mit dieser Pflege oder so, ich hatte dadurch, dass meine Eltern hier mit wohnten, die Möglichkeit als die Kinder klein waren zu arbeiten. Meine Mutter hat als die beiden noch zu Hause waren, hier gab es noch keine KiTa oder so etwas was gab es / […] und in der Zeit haben meine Eltern die beiden Jungs hier für mich beaufsichtigt. Das muss man ja auch sagen. Da waren die ja auch wieder für mich da. und deswegen war es für mich aber auch selbstverständlich, dass ich dann wiederum für die da bin. #00:51:02-0#*

I *Also es ist sozusagen ein Geben und Nehmen, aber die Schwierigkeit besteht darin die Anforderungen in //der modernen Welt / // #00:51:10-4#*

A *//Unter einen, // unter einen Hut zu kriegen. #00:51:11-9#*

Der Interviewer liefert Frau A. eine Erklärung, dass die Reziprozitätsnorm unter Druck gerät. Der in beruflicher Hinsicht eigenständige Lebensentwurf, der gewissermaßen durch die Unterstützungsleistungen der Mutter erst möglich geworden sind, stellt eigene Anforderungen an den Lebensalltag, die dann im Falle der Unterstützungsbedarfe der Mutter miteinander kollidieren. Deren frühere Sorgearbeit in der Familie „berechtigt“ sie zwar dazu, Unterstützungsleistungen im Alter zu empfangen, sie ist aber aufgrund der geringen Versorgungsansprüche (z. B. der Rentenversicherung) auch prinzipiell darauf angewiesen. Hinzu kommt, dass die Familienstrukturen so sind, dass alle Erwartungen der gegenwärtigen Sorgearbeit auf Frau A. gerichtet sind Diese betont im Interview immer wieder, dass die Rolle als „Einzelkind“ damit einhergeht, dass sie sich weder mit anderen Geschwistern absprechen konnte noch eine Verteilung der Unterstützungsleistungen möglich war. Die Verantwortung lastete vor allem auf ihr, auch wenn sie Unterstützungen durch andere Familienangehörige erhielt – Die Verantwortung nahm vor allen Dingen Frau A. auf ihre Schultern.

A *Also das habe ich dann immer gemacht. was dann manchmal auch schon ein bisschen (..) eine Frage der Organisation ist, wenn man noch berufstätig ist und weiß dann zu Hause wartet da jemand auf dich, dann muss man das irgendwie schon so ein bisschen organisieren. #00:03:21-7#*

Als Unterstützungsleistungen werden aufgezählt: Kochen, Wäschewaschen, Wohnungsputz und nicht zuletzt die Sicherstellung von Mobilität. Bereits im „Vorfeld" dessen, was als eigentliche Pflege bezeichnet wird, verweist Frau A. auf den hohen Organisationsanteil. Die alltägliche Lebensführung ist sehr stark reguliert durch die Erwartungen der anderen und den zeitlichen Umfang der zu leistenden Hilfestellungen.

A *Und ich hätte das dann auch nicht gedacht, also sie war ja lange bis .. ja, bis zum 95. Lebensjahr war sie ja auch eigentlich so fit, dass sie sich ja auch alleine versorgen, zumindest waschen und dieses machen und körperliche Pflege und so weiter, ne? Essen kochen nicht mehr und das andere habe ich ja eh immer, die ganze/ die ganzen Jahre für sie mitgemacht, ne? Und ja. Ich habe dann auch nicht, ehrlich gesagt auch nicht damit gerechnet, dass das Ganze dann so schnell ging. Dass ich dann, naja nur noch praktisch . ein halbes . Jahr . für sie da war: Oder extrem, ganz extrem für sie da sein musste. #01:00:34-2#*

Durch einen Sturz konnte die Mutter von Frau A. viele Tätigkeiten nicht mehr allein ausüben. Frau A. versuchte, diese Situation noch einige Monate allein zu kompensieren, bis ihr dies immer weniger gelang. Die Einstufung in die Pflegestufe 2 erfolgte – trotz gegenteiliger Befürchtungen – problemlos.

A *Aber irgendwann war es dann so, dass ich dann gesagt habe - ich bin ja auch noch berufstätig - ich schaffe das alleine nicht mehr. Ich muss mir da jemanden mal holen. Und dann / darauf kam ich dann erstmal auf, an den mobilen Pflegedienst. Ja. Und dann war sie bisher auch noch nicht eingestuft. Sie war bisher auch noch in keiner Pflegestufe. #00:06:40-7#*

Es ist vor allem die Berufstätigkeit, mit der die zunehmende Pflegetätigkeit offenbar kollidiert. Frau A. nimmt den Pflegedienst direkt vor Ort hinzu, sie kennt in der Region keinen anderen. Die Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes erleichterte zwar die unmittelbare Pflegetätigkeit, es blieb jedoch für Frau A. eine sehr anstrengende Zeit. In der Regel versorgte sie ihre Mutter früh, vormittags erledigte der Pflegedienst während ihrer Berufstätigkeit die körperliche Pflege, und ab mittags übernahm sie wieder die Pflege. Da ihre Mutter nicht mehr allein auf Toilette gehen konnte, musste Frau A. ständig ansprechbar sein. Die Frage, ob sie neben dem Pflegedienst weitere Hilfe erfahren hätte, verneint sie grundsätzlich.

A *Mhm. Jo. Also gut, wenn jetzt mal irgendwas war, mein Mann oder unsere Kinder, die haben auch immer gesagt, "Wenn Du was hast, dann sag das, dann helfen wir dir." Aber es war dann auch oftmals so eben diese körperliche Sache. Eben halt an und ausziehen. Und mein Mann sagte, "Das kann ich nicht. Es tut mir leid, ich helfe dir bei allem, aber das kann ich nicht." War aber auch nicht nötig, also das haben wir dann / das habe ich dann schon alleine hingekriegt.*

Nach einem weiteren Sturz ergab eine anschließende umfangreiche Diagnostik, dass es „abzusehen [war], dass es jetzt so der Rest war, mehr oder weniger". Wie in den letzten Jahren auch,

organisierten sie für vierzehn Tage eine Kurzzeitpflege im Pflegheim des benachbarten Ortes. In dieser Zeit verstarb die Mutter von Frau A.

A *Und ich wusste, wie ich dann mich von ihr verabschiedet habe, ich werde sie wahrscheinlich nicht mehr wiedersehen. Und das muss ich, persönlich sagen, nehme ich mir jetzt auch im Moment auch noch so ein bisschen, ich will nicht sagen "übel", aber. da muss ich oft dran denken, dass ich vielleicht doch lieber nicht hätte fahren sollen. Dann hätte ich sie hier zu Hause gehabt. #00:15:11-3#*

Frau A. hebt wiederholt hervor, dass ihre Mutter nach dem Urlaub in jedem Fall wieder in die häusliche Pflege gekommen wäre. Vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen mit dem Pflegeheim teilt sie das Bild, dass viele Menschen haben, nämlich nicht in einem Pflegeheim leben zu wollen. Zwar seien die Bedingungen in den Pflegeheimen durchaus unterschiedlich und die Pflegeheime seien für viele ältere Menschen in den letzten Jahrzehnten eine Lebensrealität geworden, aber, ohne es genau benennen zu können, möchte sie eine solche Perspektive verneinen.

A *So. Aber als ich sie dann da im letzten Jahr da auf dieser Station oder sagen wir mal so, wo dann wirklich schon die etwas (..) schlimmeren Kranken oder Pflegebedürftigeren dann . waren und ich dann dieses ganze drum herum, da habe ich nur gedacht "Hier möchte ich eigentlich nicht hin. Ich persönlich möchte hier nicht hin. Und ich hätte ja auch alles dafür gegeben, dass meine Mutter ja dann nun wieder nach Hause gekommen wäre. Also das hätte ich da so nicht haben wollen. Und ich weiß, ich meine es gibt ja unterschiedliche Pflegeheime, es gibt hier ja auch in W. und dann in L. oder in D.. es gibt ja, was sie schon gesagt haben, früher gab es das ja alles gar nicht. Und dann irgendwann .. als die Situation dann eben die jungen Leute oder überhaupt die .. gehen beide zur Arbeit, die haben dann ja auch gar nicht so die Zeit sich um solche Situationen zu kümmern. Dann ist das ja / Für solche Sachen fand ich das auch immer gut. Und da gibt es ja auch mit Sicherheit auch mit den Pflegeheimen Unterschiede. Wo ich dann auch sagen muss, dass was ich da erlebt habe, möchte ich persönlich so nicht haben. Also da würde ich eher / weiß ich nicht (unv.). Oder ich kann auch jetzt gar nicht sagen, wie ich / Ich fänd es für mich persönlich schön, wenn ich hier im Hause bleiben könnte. #00:24:13-1#*

Der Wunsch steht einer antizipierten Realität entgegen, nach der es in den nächsten beiden Jahrzehnten immer weniger Kinder in ihrem Ort geben wird, die die Eltern pflegen werden. Ihre Hoffnung liegt unzweifelhaft darin, dass einer der beiden Söhne im Haus bleiben und auch ihre Pflege übernehmen wird.

A *Jetzt hast du deine Kinder groß, dein Mann ist sowieso selbstständig und für deine Eltern brauchst du jetzt auch nicht mehr sorgen - also das habe ich vorher oft gedacht. Weil / Meine Mutter war auch immer recht dominant so in ihrem ganzen Leben, weil sie eben auch auf dem Bauernhof, ja / Das musste immer funktionieren, die mussten arbeiten, die mussten schwer arbeiten und ja so ein bisschen / Das muss jetzt und so. Und da sind wir auch oft aneinandergeraten. Gut, nun sind wir Mutter Tochter und wir haben dann auch keine Hemmungen voreinander, wir haben uns dann auch mal richtig die Meinung gesagt. Was dann manchmal auch nicht sch/ was dann wieder so ein bereinigendes Gespräch dann war. Aber ich habe mir oftmals gedacht, es ist schon, es ist schon eine Belastung, beziehungsweise / […] Ja, ne Verantwortung eben halt. Dass man sagen muss oder dass ich oft gedacht habe, irgendwann reicht es auch mal. Aber wie es dann eben so war, als es dann irgendwann mal vorbei war, dann war es doch auch wieder komisch. Aber ich habe mein ganzes Leben dafür gesorgt irgendwie. #00:45:23-2#*

Das Funktionieren erfolgt in einer sehr umfassenden Rahmung durch Frau A. Sie verweist auf einen Zustand der Nichtbindung, für den aber keine konkreten Vorstellungen benannt werden. Die Sozialisation war auf das Ganze bezogen. Die Auseinandersetzungen mit der Mutter gingen um die damit verbundene Norm, in der sich Frau A. eigenständige Räume behaupten möchte. Allerdings hat sie die Sorge um das Ganze habitualisiert, was ihr aber erst in dem Moment bewusst wird, als sie nicht mehr als äußere Anforderungen in Erscheinung tritt.

Auf Nachfrage des Interviews schildert Frau A eine konflikthafte Auseinandersetzung mit ihrer Mutter.

A *Dass ich dann gesagt habe, "Du kannst nicht meine Zeit bestimmen." Dass sie dann "Du musst", "Du musst" hieß es dann immer, weil sie hat durch ihr ganzes Leben - wie gesagt - schwer arbeiten müssen und dann musste auch immer so alles klappen und dann und dann / Die kannten auch nicht, dass sie um sieben auf Arbeit gehen mussten, ne? Die sind ja immer nur zu Hause gewesen. Und dass unser einer oder auch mein Mann, dass wir hier morgens aus dem Haus gegangen sind, wir haben dann unsere Arbeit gemacht und sind dann vielleicht auch oftmals kaputt von der Arbeit wiedergekommen oder wir haben dann noch von der Arbeit unseren Kopf voll und dann, wenn ich dann mittags wiederkam, dann hat sie mir schon mal erstmal, als wenn sie nur darauf gewartet hat, "die kommt jetzt gleich wieder und dann muss ich ihr erstmal erzählen, was heute Nachmittag alles so anliegt." "Du musst. Du musst, du musst." So. Und dann haben wir uns oft gestritten, dass ich gesagt habe "Ich muss überhaupt nicht." So und ich sage dir jetzt, wann ich Zeit habe. So. #00:47:58-5#*

Es herrscht ein gutes Gefühl im Nachhinein, da ein enges Verhältnis durch die Pflege und Dankbarkeit der pflegebedürftigen Mutter bestand.

A *Wenn du dann auch mal für dich alleine mal entscheiden kannst und musst nicht immer dich nur für andere da irgendwie krumm buckeln. Wie dann, wie sie dann verstorben war .. da muss ich sagen, im Nachhinein gesehen, war es für mich oder für uns beide nochmal eine richtig gute Zeit. So, das enge Verhältnis, was ich dann in den paar Monaten nochmal zu ihr aufbauen konnte, weil sie auf mich angewiesen war. Und auch im Grunde genommen, also sie hatte immer, sie hat sich immer sehr schwer getan, "Danke" zu sagen. Weil es war von früher her, es war immer selbstverständlich. […] Ne, und das muss ich sagen, war im Nachhinein dann für mich nochmal so eine, so eine, so eine Genugtuung/ oder so eine, so ein angenehmes Gefühl, dass ich sagen konnte, du hast eigentlich, bis auf die Tatsache, dass ich nicht dabei war, wie sie gestorben ist, alles noch dafür getan #00:54:55-4#*

Die Interviewpartnerin schwankt zwischen dem Gefühl, ihre Pflicht gut erfüllt zu haben, und einer in die Pflegebeziehung eingewebten Veränderung der Mutter-Tochter-Beziehung. Es sei für sie – auch während der Unterstützung durch den Pflegedienst – eine sehr schwere Zeit gewesen, sie sieht sie aber emotional für sehr wichtig an.

A *Wir haben einige Male auf ihrer Bettkante gesessen und beide geweint. Weil sie dann / Wir hatten dann auch eine Situation, wo ich sie dann / Ich musste sie ja an- und ausziehen und dann musste ich sie anheben oder sie musste sich hinstellen, damit ich sie dann entsprechend auskleiden oder ankleiden konnte und dann konnte sie einfach sich nicht halten und sie fiel dann immer wieder nach hinten rüber und dann habe ich (seufzt) und dann habe ich gesagt, "Ich kann, ich kann jetzt auch nicht. Ich kann es nicht mehr." Und dann habe ich mich zu ihr gesetzt und dann haben wir beide erstmal eine Runde geweint (..) und dann nach einer kurzen Zeit habe ich gesagt "Na gut, komm her jetzt, versu-*

chen wir es noch mal wieder" und dann haben wir es dann, gut / Ich meine, ich habe von ihr dann letztendlich die Anerkennung bekommen. Und das für mich eigentlich wichtig #01:22:33-1#

A Es ging mir ja dann die ganzen Jahre da nicht ums Geld oder was weiß ich. Es ging mir dann einfach nur auch mal um die Anerkennung, dass man dann auch mal / Das war dann aber / Ich meine, ich brauch das auch nicht von außen her, dass mir das andere sagen, aber ich weiß, dass es gerade auch auf einem Dorf, also so ein ganz großer Stellenwert/ oder so eine ganz große Wichtigkeit gibt, dass die sagen, Guck, die A., die hat ja nun die Mutter zu Hause gehabt. Und die hat sie zu Hause gehabt, bis zum 96. Lebensjahr. Und das ist schon was. Ich meine, das habe ich nicht gemacht, damit das andere Leute jetzt von mir sagen, ne? #01:17:05-9#

I Ja ist klar. #01:17:06-3#

A Aber das ist hier auch so. Dass dann so viele sagen, Ja, Mensch, die hat es ja gut, die kann ja noch zu Hause sein. #01:17:12-6#

I Mhm. #01:17:13-4#

A Ne, das möchten andere, die da ins Pflegeheim kommen, weil das eben aus den verschiedensten Gründen zu Hause nicht geht. Die möchten das vielleicht auch gerne. #01:17:24-5#

Frau A. entwirft die Realität der Alternative, nämlich, nicht zu Hause gepflegt zu werden. Es geht dabei nicht vordergründig um die öffentliche Meinung, doch darum, auch vor den anderen bestanden zu haben.

I Also, wenn sie jetzt gesagt hätten, ich schaffe es einfach nicht. #01:17:48-5#

A Ja, ja! #01:17:49-2#

I Die Mutter muss ins Heim. #01:17:50-4#

A Ja, Boah! Was die schickt die ins Heim?!" Das wäre ganz schlimm gewesen. Also ich habe auch die ersten / Das war natürlich auch ganz schlimm oder das war ganz negativ, da war hier so, jaaa, etwa gleich alt ein bisschen älter, die selber ihre Mutter zu Hause hatten und die auch zu Hause versorgt haben. Also nicht mit Pflege, aber eben halt versorgt haben. Und dann war das erste Jahr als wir dann in den Urlaub fahren wollten, mein Mann und ich, als meine Mutter dann soweit abgebaut hatte vom, vom, vom körperlichen her, auch dass sie sich selber auch nicht mehr mit Kochen und so versorgen konnte, dass wir dann gesagt haben, "Wir wollen aber in den Urlaub fahren, im Sommer, diese zwei Wochen und ich erkundige mich jetzt hier mal, wie das hier ist, da in dem Pflegeheim für diese 14 tage, dass sie dann da hinkommt." So. es war ja dann auch ein finanzieller Aufwand, den wir dann ja auch aus unserer Tasche bezahlen mussten. Und dann habe ich das dann erz/ Meine Mutter war auch erst so ein bisschen skeptisch und "Ach, jetzt muss ich da hin" und so, naja. Aber es war alles toll, weil da war sie ja nur 14 Tage und sie wusste, sie kommt ja auch wieder nach Haus. Das war also wunderbar. Und da ist sie dann auch gerne hingegangen. Aber, als ich das dann diesen beiden Bekannten erzählt habe, "Ja unsere Mutter kommt jetzt für 14 Tage in (unv.) ins betreute Wohnen. Was?! Da schickst Du die hin? Dann würde ich doch auf den Urlaub verzichten. So. Das würde ich im Leben / das haben alle beide gesagt, dann würde ich doch, so lange, wie sie noch da sind, da kann man dann doch auf Urlaub verzichten. Da war ich geplättet, ne #01:19:33-4#

I Mhm. #01:19:34-0#

A Und hinterher / Irgendwann ergab es sich dann mal, da waren sie dann plötzlich "Ja, ja, nee, war doch auch ganz gut so." Aber erstmal mir einen verpulen, ne? #01:19:46-0#

Hinter dem Streit um sich wandelnde Anforderungen im Berufsleben steht eine Auseinandersetzung um die (relative) Autonomie in der Lebensführung.

A Ja, ja. Weil man ja auch wirklich den ganzen Tag / Also das war auch so eine / Das ist ja nicht nur eine körperliche Geschichte, sondern auch so eine nervliche oder so eine organisatorische, dass man immer jeden Tag wieder gucken muss, wie / was, ist jetzt heute wohl los oder, wie mache ich das jetzt am besten? #00:52:47-3#

Frau A. spricht an verschiedenen Stellen die körperlichen und psychischen Belastungen an. Auf den ersten Blick scheint der Konflikt zwischen moderner Lohnarbeit und familiärer Sorgearbeit das Problem zu sein. Die Erwerbstätigkeit ist für Frau A. aber nicht nur Belastung, sondern auch Ausgleich in der Pflegesituation und bedeutet die Aufrechterhaltung eines eigenständigen Lebensbereiches. Von Seiten des Arbeitgebers, eines kleinen Familienbetriebes, wird ihr sehr viel Verständnis für die Pflegearbeiten entgegengebracht.

A Hat man mich auch wirklich unterstützt in der ganzen Zeit oder wenn ich dann auch mal von zu Hause her .. dann frustriert bei der Arbeit dann morgens schon auflief, weil irgendwie wieder was gewesen war oder ich irgendwas noch nicht richtig einordnen konnte, dann haben die mich auch erstmal in Ruhe gelassen und ja. Und mal erstmal so ein bisschen runterkommen wieder, ne man wird auf Arbeit wird man gefordert und zu Hause hast du dann vorher auch schon mal so richtig Vollpower gegeben. #01:29:47-0#

Zwar werden mögliche Unterstützungen formuliert, die Schwiegermutter habe diese prinzipiell angeboten („wenn ich dann mal kommen soll“), auch die Nachbarinnen hätten dies getan, aber sie sah darin keine wirkliche Entlastung. Dies lag vor allem in der Verantwortung, die auf ihr lag. Hinsichtlich einer größeren Verantwortungsübernahme entlastet sie ihren Mann und ihre Söhne. Dies tut sie auch gegenüber ihrer Mutter, wenn diese Ansprüche in diese Richtung stellte („von ihren Enkelkindern jetzt von den Jungs eben mal Dinge erwartet hat, wo ich dann gedacht habe Hallo? Die leben in einer ganz anderen Welt. Die haben jetzt eine ganz andere“).

I Ja, aber am Ende, dass man jetzt sagt, "Okay, es gibt ja hier noch jemand anderen im Dorf" das ist nicht so, ne? #00:45:58-3#

A Nee, nein, nein. Nein. #00:45:59-4#

I Also bei solchen Sachen / #00:46:00-5#

A Nein, nein, das bleibt dann schon im Haus. #00:46:02-6#

Die abschließende Formulierung ist apodiktisch. Angeführt wird, dass Unterstützung darin bestehe, in Notsituationen auf Nachbarn zurückgreifen zu können und dass diese auch mal nach ihrer Mutter gesehen haben. Emotionale Unterstützung wird durch Freunde und Bekannte geleistet, Resümierend wird die eigene Bestärkung in einem unbekannten Feld der Pflegetätigkeit zwischen Selbstverständlichkeit und Organisation hervorgehoben.

A Das waren Freunde oder Verwandte, ne, die dann auch zum Ende hin dann / die dann auch mal nochmal zu Besuch kamen und (.) mal ein paar / eine Stunde bei ihr dann gesessen haben im Wohnzimmer, wo sie dann vielleicht auch mal irgendwie mal gesagt hat, Schön, dass ich Susanne jetzt habe, ne, die kümmert sich ja nun oder die macht ja auch alles und die dann hinterher gesagt haben, Du musst dir keine Gedanken machen, sie ist alt geworden, sie hatte ein gutes Leben, oder ja, gut / gut,

gutes Leben, wie man das so definieren kann, aber Du hast dann am Ende doch wirklich noch alles dafür getan, dass sie hier zu Hause sein konnte und ja. Das war für mich eigentlich doch ganz gut dann, muss ich sagen. #00:56:45-8#

Die Einbindung in die dörflichen Unterstützungssysteme erfolge keineswegs automatisch. Neuzugezogenen müssen sich einbringen, um Unterstützung zu bekommen, die Leute in den Neubausiedlungen kennt man nicht mehr so, sie beteiligen sich nicht am Vereinsleben, nennt ein Beispiel von Rentnern aus dem Ruhrgebiet, die sich schon beteiligen würden.

I Und gibt es aus ihrer Sicht Sachen, die sich vielleicht in der Gemeinde (..) oder auf politischer Ebene, kommunalpolitischer Ebene oder im Sinne von der Verwaltung, die sich ändern sollten? Oder / Also gerad im Thema Altwerden, in ländlichen Räumen / #01:09:40-7#

A Also wenn ich jetzt hier so in Bezug auf O. (..) so nachdenke (..) wüsste ich nicht, also / #01:09:49-6#

I Also es läuft gut ne? #01:09:51-1#

A Ja, also, wie gesagt, die Dorfgemeinschaft, dass die Älteren auch überall miteinbezogen werden oder zumindest - man versucht das - das finde ich hier schon ganz in Ordnung. Ne, also es gibt da für mich jetzt nicht so persönlich, dass ich jetzt sagen könnte, "Also da werden jetzt die Älteren jetzt irgendwie allein gelassen oder im Stich gelassen oder so." Nö. Kann ich nicht sagen. Also würde ich jetzt so aus meiner Sicht so sagen. #01:10:23-2#

Die Überlegung, dass die Gemeinde unterstützend in der Pflege tätig sein könnte, kommt Frau A. gar nicht in den Sinn. Sie bezieht die Frage des Interviewers auf die Freizeittätigkeit für Ältere, nicht aber auf Pflegende. Sie betont die gemeinsamen Aktivitäten in den Vereinen, in die auch die Älteren eingebunden seien bzw. eigene Veranstaltungen für sie durchgeführt werden. Sie schaffen allerdings keine Unterstützung. Das entspricht der Familienzentriertheit der Pflege. Sie konstatiert trotzdem einen Wandel in der Pflegeorganisation, dass es mehr Altenheime in Zukunft geben müsse – und mehr Mehrfamilienhäuser im Ort leer stehen werden.

A Also ich denke mal, ja / Also vorstellen könnte ich mir, dass die Betreuung oder dass die Betreuung oder dass die Tendenz zum Altenheim hin immer größer wird. Ne, also, wenn ich jetzt si bedenke, wie das jetzt so in X gewachsen ist. Ich denke mal darauf läuft es hinaus, dass eben halt die älteren Menschen, die zu Hause nicht sein können, aus welchen Gründen auch immer, dann eben halt ins Seniorenheim müssen. Oder von sich aus schon gehen werden. Und .. ja, es sei denn es gibt eben halt noch diese Großfamilien oder diese Zusammenschlüsse in den Häusern, wo eben halt Alt und Jung und vielleicht noch Enkelkinder auch mit im Haus wohnen - das wird es sicherlich auch noch geben.

Der Interviewer bringt im Gespräch die Möglichkeit von Wohngemeinschaften im Alter auf, diese Idee nimmt Frau A. sogleich auf.

I Aber ich denke mal, also es bleibt sehr spannend, was sich da entwickeln wird. #01:23:24-6#

A Also so, so eine Alters-WG fände ich zum Beispiel auch toll. Na gut, man hat nun hier seinen Grundbesitz und sein große (unv.) ein großes Haus, wo ich dann vielleicht sagen würde, es würde mir schwerfallen, dann hier wegzugehen, weil .. / Also ich möchte eigentlich nicht hier weg. Ne, mein Mann der ist ja hier nun zugezogen, der / Also ich bin hier großgeworden, er ist hier her gekommen und der hätte nun nicht unbedingt so, dass er sagen würde "Ich will hier jetzt bis zum Rest meines Lebens wohnen bleiben." Er könnte sich auch vorstellen irgendwo ganz woanders hinzugehen, was ich jetzt wiederum

nicht könnte unbedingt. So etwas ist dann eben auch so eine Spinnerei, wenn man dann sagt "Eh ja, wenn wir jetzt beide nicht mehr arbeiten, dann könnten wir ja uns da und da mal ne, einfach nur eine kleine / Was uns manchmal dann auch sehr .. also was manchmal auch eine Belastung oder / Wir sind immer nur am Bauen. Ne, wenn man so ein großes Haus hat, so ein eigenes großes Haus hat - wir sind immer nur am Bauen. Wir haben jetzt gestern gerade in einem Raum vom meiner Mutter da ../ In meinem Leben, das, was ich nun schon in diesem Haus lebe, schon das zweite neue Fenster gemacht. Ne, also wir sind immer nur am Bauen. Wir geben unser ganzes Geld oder viel unseres Geldes eben halt stecken wir in dieses Haus. Wo wir uns dann manchmal auch fragen, wofür denn überhaupt? Ne, wenn wir jetzt nicht genau wüssten oder wenn wir jetzt nicht sagen könnten, der Florian, der bleibt jetzt zu Hause, dann würde ich sagen, "Wofür überhaupt?" Ne? #01:24:59-8#

In der vorangegangenen Passage wird deutlich, dass sich Frau A. nach den Anforderungen an Sorgearbeit der letzten Jahrzehnte um das eigene Altern sorgt („jetzt bist du der nächste, der dann dran ist“). Sie kann dabei auf keine halbwegs sicheren Erwartungen oder Reziprozitätsvorstellungen zurückgreifen. Es entsteht aber ein neuer Bedarf, nach der Norm der familiären Pflege über Alternativen nachzudenken.

4.5 Selbstverständlichkeit – Kommunikation in der Pflegesituation

Die Entstehung von Pflegesystemen und die Bildung von Unterstützungsstrukturen sind als ein Prozess zu verstehen, in dem prinzipiell viele alternative Lösungen möglich sind. Dass in der Praxis die Familienpflege als eine kaum verhandelbare Norm angesehen wird, lässt eine gewisse Engführung erkennen. Sie nur aus der Tradition heraus als Überbleibsel des Hergebrachten zu behandeln, greift allerdings zu kurz. Vielmehr stellt sich die Frage, warum diese aufrechterhalten wird, währenddessen andere abgelegt werden. Dies kann als eine feste Orientierung in einem unsicheren Entscheidungsfeld gesehen werden. Im folgenden Kapitel sollen in dieser Hinsicht zwei Überlegungen angestellt werden: Gerade am Beginn einer Pflegesituation kann eine solche Engführung entlastend sein, sie vermag aber die oben beschriebenen Brüche und Ambivalenzen möglicherweise nicht zu integrieren. Des Weiteren kann die Ursache in der innerfamiliären Kommunikation über Pflegearrangements gesucht werden, die eine wichtige Voraussetzung für Aushandlungen und Alternativen ist.

Pflegeleistung als Selbstverständlichkeit

Das Arrangieren von Pflegesystemen erfolgt in den untersuchten Fällen auf unterschiedlichem Wege. Teils handelt es sich um mehr oder weniger ausgesprochene längerfristige Planungen, weil beispielsweise das Elternhaus durch eines der Kinder übernommen oder in der Nähe der Eltern gebaut wurde/wird. Andernteils entstehen akute Situationen, in denen eine Pflege notwendig wird und innerhalb der Familie eine Person sich bereit erklärt, die Pflegesituation zu übernehmen. Dafür, dass die Pflegenden nicht in jedem Fall bereits biografisch das Pflegearrangement als verpflichtend ansahen, spricht, dass immerhin 26,8 % der weiblichen und 29,3 % der männlichen Hauptpflegepersonen in der Bewohnerbefragung angaben, schon einmal daran gedacht hatten,

wegzuziehen. Auch bei einem Zuzug in die Region waren familiäre Motive (wie Eltern, Erbe, Pflege) nur bei 22,1 % der Hauptpflegepersonen ausschlaggebend.

Bis auf eine Interviewpartnerin gaben alle anderen an, es sei trotz der Herausforderungen im Alltag eine Selbstverständlichkeit, Angehörige zu pflegen. Es fiel den InterviewpartnerInnen insgesamt schwer zu beantworten, warum sie die Pflege leisten. Sie reagierten oft irritiert, was den Eindruck vermittelt, es existiere ein unausgesprochenes Einvernehmen darüber, dass ältere Angehörige innerhalb der Familien im ländlichen Raum gepflegt werden. Nur eine Interviewpartnerin gab an, dass ihr die Entscheidung, zu pflegen, „aufgedrückt" wurde und sie nicht damit einverstanden gewesen wäre.

Die Hausübernahme – wie sie bereits als wichtige Basis familiärer Pflegeorientierung skizziert wurde – geht zwar oft mit vertraglichen Regelungen (Altersvorsorge, Altenteil, Wohnrecht) einher, was nicht heißt, dass damit die konkrete Umsetzung der Pflege geklärt wäre.

I. Der im Haus wohnen bleibt, ist auch derjenige, der dann die größere Verantwortung hat?

PB Genau. Das man auch, der Redner ist für alles. Ob es für das Medizinische ist oder für das Finanzielle und alles. (…).Aber man müsste das eigentlich schon, dann mal klären. (…) Ja man sagt sich ja, eigentlich sind sie jetzt fit und alles, aber trotzdem. Kann ja immer was passieren, in dem Alter dann. Aber jetzt schiebt man das nur so weit, nach hinten. (PB6)

Obwohl das Wohnen im Haus des (potenziell) zu Pflegenden bzw. die Übernahme des Hauses in der Konsequenz die Hauptverantwortung bei der Pflege des Angehörigen bedeutet (Reziprozitätsnorm), heißt dies nicht, dass das Pflegearrangement an sich ausgehandelt wird. Eine konkrete Planung bzw. konkrete Absprachen oder gar ein Aushandeln zwischen den Angehörigen, wer im Pflegefall für welche Aufgaben verantwortlich sein wird, findet im Vorfeld nur äußerst selten statt. Dies geschieht häufig erst dann, wenn die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Oft, so wurde uns berichtet, stand „gefühlt" schon fest, wer in der Pflicht sein wird, oft bestünde eine unausgesprochene Verpflichtung zur Pflege. Eher selten werden intergenerationelle Verträge über die Pflege und Versorgung der älteren Generation angesprochen. Geplant bzw. über Pflege geredet wird meist erst im konkreten Fall – dann bleibt nicht mehr viel Zeit zum Aushandeln der Verantwortlichkeiten. Dies trifft nicht selten auch für längerfristige Planungen zu, denn die jeweilige Alltagsorganisation orientiert sich am konkret eingetretenen Pflegefall. Pflegearrangements besitzen in der Regel eine hohe Kontingenz, d. h., ihr Auftreten ist sowohl zeitlich, organisatorisch und in den konkreten Erfordernissen nicht vorhersehbar. Sie sind nicht kalkulierbar. Und sie sind ungewiss in den Entwicklungen der anderen Lebensbereiche und -verläufe der beteiligten Personen. Es hat den Anschein, dass diese Ungeplantheit, vielleicht auch Unplanbarkeit, damit zusammenhängt, dass familiäre Pflege als zum ländlichen Alltag dazugehörig angesehen wird. Sie wird nicht als etwas Besonderes deklariert, eher etwas Unproblematisches, was nicht im Vorfeld geplant werden müsse: Es hat in der Vergangenheit funktioniert, so wird sie auch jetzt noch funktionieren. Von den Pflegenden wurde sie als eine Art Bewährungsprobe aufgefasst, in der man praktisch mit den Aufgaben wachse. Dass diese Situation – wie beschrieben – im Umbruch ist und es keineswegs die Sicherheit einer familiären Pflege gibt, führt erst zögerlich dazu, dass dieses

Thema in den Familien verhandelt wird. Offenbar sind erhebliche Schwellen vorhanden, ein letztlich doch emotional, normativ und sozioökonomisch heikles Thema zu behandeln.

I Und war das in ihrer Familie vorher so vereinbart, dass sie mal die Pflege übernehmen? Wie ist das dann entstanden?.

PB Überhaupt nicht. Da hat man gar nicht darüber gesprochen. (…) Das war eigentlich eine Selbstverständlichkeit (PB13)

Oft wurde uns gesagt, Pflege in der Familie sei etwas, „wo man so hineinrutscht“. Das liege teilweise darin, dass die Pflegenden vorher mit anderen Dingen des Alltags beschäftigt seien (Kinder, Beruf, Hausbau). Oder anders gesagt: Man spricht nur über das, was bewältigt werden muss, und redet die Probleme nicht herbei. Dies heißt jedoch nicht, dass kein Kommunikationsbedarf bestünde. Wir hatten vor allem die Pflegenden im Blick, doch auch die Pflegeerhaltenden besitzen in dieser Hinsicht einen Gesprächsbedarf. Wie schwer dieser aber umzusetzen ist, wurde in den Interviews deutlich, wenn die bislang Pflegenden selbst über ihre zukünftige Pflegesituation gesprochen haben. Die (weiter) bestehende Normalität der Familienpflege erschwert eine Kommunikation.

PBII Naja, man hält das eigentlich so für selbstverständlich noch mit. Es ist immer so, dass man die Älteren mit versorgt hat in der Familie, aber dass das so anerkannt wird (...)

PBI Anerkannt. (...) der Bürgermeister, wenn man mal zusammen sitzt.'wie geht es der Mutter oder wie geht es dem?', wenn wir uns mal so unterhalten, 'ja, ist in Ordnung'. Die anderen haben wir ja nicht gebraucht diesbezüglich. Bis auf die Einstufung und damals, wo das notwendig wurde..

PBII Das war auch extrem.

PBI wo das notwendig wurde, dass man diese Unterstützung bekommt, aber ansonsten.

PBII Das das groß anerkannt wird. Man hält es ja selber für normal. (PB1)

Die geringe Kommunikation über Pflegearrangements führt nicht selten dazu, dass im Vorfeld nicht über Gestaltungsmöglichkeiten nachgedacht wird und auch keine Informationen über Hilfsangebote eingeholt werden. Tritt die Pflegesituation ein, muss oft schnell gehandelt und entschieden werden. Auch im weiteren Pflegealltag bleibt keine oder nur wenig Zeit, sich über mögliche Unterstützungsangebote zu informieren. Die Selbstverständlichkeit der Übernahme von Pflegeleistungen führt dazu, dass tendenziell weniger über Belastungen in den Pflegearrangements gesprochen und den Pflegenden weniger Anerkennung gegeben wird. Diese Wirkungen werden in den folgenden Kapiteln weiter von Bedeutung sein.

Gründe für die geringe innerfamiliäre Kommunikation über Pflege könnten sein, dass Pflege und Altern insgesamt eher problematische und emotional vielschichtige Themen in den Familien sind. Die Pflege chronisch kranker Angehöriger sei vielfach eine „nicht reflektierte Selbstverständlichkeit“ (Nestmann, 1988: 126). In den Interviews sind Befürchtungen wahrnehmbar, dass eine verbindliche Diskussion über Lebensentwürfe zwischen den Generationen eher konflikthafte Situationen hervorrufen würde. Es ist außerdem anzunehmen, dass bei (älteren) Familienangehörigen die Unsicherheit besteht, ob das Ansprechen oder das Aushandeln dieser Themen in der Familie

sinnvoll ist und nicht eher zu weiteren Verunsicherungen oder gar zur Zurückweisung eigener Planungen führen könnte. Anders gesagt, besteht bei den Beteiligten die Frage, wann Reden als hilfreich und/oder entlastend angesehen wird. Die Selbstverständlichkeit stellt auch eine gewisse Stärke dar, denn damit wird ein sehr emotional besetztes und teilweise konfliktbehaftetes Thema nicht aufgebrochen, weil davon ausgegangen wird, dass eine Verhandlung oder Auseinandersetzung – zumal ohne externe Moderationsleistungen – innerfamiliär gar nicht zu bewältigen wäre.

Familiäre Abstimmungen in Pflegearrangements (Alexander Voigt)

Ausgehend von diesen grundlegenden Überlegungen soll im Folgenden ein Blick auf die Kommunikation in der Pflege geworfen werden. Es soll dabei darauf geachtet werden, wie Pflegearrangements, Pflegemotive, Wertvorstellungen und Unterstützungspraxen sich gegenseitig beeinflussen. Aus unserer Sicht, sind zwei unterschiedliche Kommunikations*anlässe* zu unterscheiden:

1. Die Kommunikation zur Verantwortungsübernahme durch bestimmte Pflegepersonen wird besonders im Vorfeld und am Anfang der Pflege geführt. Zu unterscheiden ist je nach Kommunikationsform, ob beispielweise ein Aushandeln stattfindet, eine selbstverständliche Selbstverpflichtung durch einen/eine Angehörige/n oder ein implizites Zuweisen von Verantwortlichkeiten in familiären Dynamiken.
2. Bei der Kommunikation im Pflegealltag selbst geht es um organisatorische Themen, teilweise auch um emotionale und physische Belastungen, die in Zusammenhang mit der konkreten Pflegetätigkeit stehen. Hierbei ist zu unterscheiden, welche Themen (z. B. Allzuständigkeit, Sicherheit, Belastungen) angesprochen werden (können) und welche Rückwirkungen die Kommunikation auf das Pflegearrangement hat.

Wir hatten bereits darauf verwiesen, dass die angenommene Selbstverständlichkeit bei beiden Kommunikationsanlässen die Struktur der Kommunikation beeinflusst. Auf die Frage des Interviewers, ob dann innerhalb der Familie über Entscheidungen im Pflegearrangement gesprochen wurde, antwortete eine (ehemals) Pflegende wie folgt:

PB Na eigentlich vor keiner Entscheidung, für mich war das da immer klar, dass ich sie zu mir nehme und sie dann pflege. Wir wussten ja da noch nicht, dass es wahrscheinlich länger wäre. Am Anfang haben wir gedacht, dass es nicht ganz so ist und dass es vielleicht schneller wieder, aber dann hat sich herausgestellt, dass es also nicht möglich war, dass sie dann hätte alleine wieder wohnen können (...) Ja, also ähm, na meine Brüder, die haben gesagt das können sie nicht, also das kriegen sie nicht alles unter einen Hut will ich jetzt mal so sagen. Der eine wohnt weiter weg bei B., der andere in N. Aber der hat auch gesagt, das kriegen sie nicht hin. Gehn ja auch alle beide arbeiten, will ich jetzt mal so sagen und aber, vielleicht ist das auch ne Mutter-Tochter-Beziehung. Ich weiß es nicht genau wie das ist, aber für mich war das dann immer klar..(…) Also für mich gabs eigentlich nie was anderes. Das ich hätte sagen können 'Du musst ins Heim' oder so, also das war für mich überhaupt nicht, sie wollte auch nicht. (…) Aber ähm, also sie hat, wie soll ich sagen, sie hat es auch nicht, ja, für sie wars eben klar und für mich wars och. Ich hätte nicht sagen können 'Du musst ins Heim'..(PB08)

Im vorangegangenen Zitat argumentiert die (ehemals) Pflegende, dass keine Kommunikation erfolgte, weil die Situation offenkundig klar war. Es galt als selbstverständlich, dass die Interviewte

die Pflege übernimmt. Es werden aber auch die fehlenden Alternativen sichtbar: Die Brüder fallen aus dem Arrangement heraus, wobei es äußerst ambivalent ist, inwieweit die Interviewte die Gründe nachvollzieht. Die Alternative „Heim“ wird dem Pflegearrangement gegenübergestellt, wobei nicht erwogen wird, ob auch andere Möglichkeiten bestehen. Auch wird in der Passage deutlich, dass eine Position, die vor oder am Beginn eines Pflegearrangements als selbstverständlich gilt, sich im Prozess der Pflege verändern kann.

PB Ja einfach dadurch, dass meine Schwiegereltern, die wohnen neben uns. Das sind praktisch nur 50 Meter bis dahin und mein Mann hat zwar noch eine Schwester, die lebt aber in Lübeck. Und ich bin teilzeitberufstätig (…) und da rutscht man dann einfach (...) hinein (...) Das kam einfach so. Das war eigentlich, das war klar. Wer sonst? (...) Aber es war, also mit meinem Mann war es dann schon so mit abgesprochen, dass ich mal dann vor der Wahl stand: Werd ich jetzt wieder Vollzeit berufstätig oder bleib ich bei Teilzeit? Und dann haben wir gesagt: Nein was noch alles kommt, dann bleib ich auf Teilzeit und kümmer mich dann drum. (PB10)

Die oben zitierten Aussagen stehen beispielhaft dafür, dass in den meisten von uns untersuchten Pflegearrangements es keinen offenen Aushandlungsprozess im Vorfeld der Pflege gibt. Dieser würde bedeuten, dass alle Möglichkeiten der Betreuung und des Wohnens im Alter zur Debatte stünden und ergebnisoffen unter allen Beteiligten ausdiskutiert würden, was die beste Betreuungsform wäre und wer welche Aufgaben übernehmen könnte. Was als selbstverständlich gesehen wird, gilt hingegen als sicher, als bekannt und anerkannt, als für alle Beteiligten verständlich. Ein Neuaushandeln des Selbstverständlichen wird eher als nicht notwendig und womöglich verunsichernd angesehen.

Die Kommunikation in der Pflegesituation bezieht sich vor allem auf den Alltag und die instrumentellen Organisationsleistungen der Pflege. Von den meisten Befragten wird eingeschätzt, dass dies relativ gut klappt. Zu den Selbstverständlichkeiten, die ein bestimmtes Pflegearrangement entstehen lassen, gehören deshalb auch so genannte praktische Erwägungen, wie die räumliche Nähe, die berufliche Situation der Angehörigen, das Geschlecht des Pflegenden. Wer beispielweise in der Nähe wohnt und wessen berufliche Situation es zulässt (Teilzeit, Rente), der mutet sich die Pflege einerseits selbst zu und dem wird andererseits von den Verwandten die Pflege zugemutet. Häufig treten Ausschlussgründe auf, die den Kreis der Pflegenden eingrenzen. Frauen werden von den anderen Familienmitgliedern, insbesondere auch von den Pflegeempfangenden oftmals bessere fachliche und soziale Kompetenzen in Betreuungs- und Pflegeaufgaben zugeschrieben.

PB Also … ihr Sohn... das war ein ganz dolles Tabuthema, also der durfte keine pflegerischen Verrichtungen an ihr machen, das wollte sie nicht und das war auch in Ordnung.was er machen konnte war ihr dann mal Brot zu geben oder so, das er hat auch machen dürfen auch und alles andere, ich sag mal gerade, was so die Körperlichpflege, was Ausscheidungen angeht, das war mein Bereich, weil da wollte sie auch nicht dass ihre Tochter das machen sollte ne ... aber sie hat das zugelassen dass ich das gemacht hab, das war für sie in Ordnung. (PB 10)

In diesem Fall äußerte die pflegebedürftige Großmutter klar den Wunsch, von ihrer Schwiegerenkeltochter gepflegt zu werden. Die Körperpflege durch ein (männliches) Familienmitglied wäre

offenbar ein schwerer Tabubruch gewesen bzw. hätte das Schamgefühl der Pflegeempfangenen verletzt. Hier scheint eine ganz praktische Erwägung ausschlaggebend zu sein für die Pflegeübernahme, nämlich, dass es eine weibliche Angehörige mit professionellen Kenntnissen in der Familie gibt.

Insbesondere dort, wo in Mehrgenerationenhaushalten über drei Generationen zusammengelebt wird, scheint auf den ersten Blick das Selbstverständliche der innerfamiliären Solidarität ein Grund zu sein, Aushandlung nicht als Notwendigkeit zu sehen. Die Reziprozitätsorientierung ist in der folgenden Passage stark entwickelt und klingt fast identisch zu Frau A. (PB 17).

PB Ja das war irgendwie selbstverständlich, weiß ich auch gar nicht. (...) Meine Eltern sind ja nun recht alt geworden, ich habe ja auch die Vorteile gehabt. Also wir haben hier ja schon gewohnt als meine Jungs geboren wurden. Also in jungen Jahren, das ist irgendwie generationsübergreifend sage ich mal. Haben meine Eltern oft auf die Kinder aufgepasst, so dass ich dann auch irgendwann als der Zweite dann in den Kindergarten kam wieder angefangen bin Teilzeit zu arbeiten oder so. Da gab es das ja alles auch noch nicht, gerade hier bei uns in der Gegend dass es tagsüber die Möglichkeit gab, das Kind wer weiß wie lange in der Tagesstätte oder auf eine Ganztagsschule oder alles was es gab. […] ja und darum hat sich die Frage irgendwie gar nicht (.) gar nicht groß gestellt. Das ist eben einfach eine große Familie (...).ansonsten ist das schon eine schöne Sache. das ist irgendwie ein Geben und Nehmen gewesen. Wir hatten den Vorteil eben in jüngeren Jahren, dass hätte man/ gut man kann alles organisieren oder so. Aber auf dem Dorf ist eben doch noch so eine Sache (.) von generationsübergreifend. (PB 16)

Sorgearbeit scheint im traditionellen ländlichen Lebensalltag Bestandteil weiblicher Lebensführung zu sein. So wie es vor zwanzig Jahren keine Kinderbetreuung außerhalb der Familie gab, wird nun die Pflege familiär generationenübergreifend formuliert. Es handele sich dabei um etwas typisch Dörfliches, dass man auch nicht kommunizieren müsse, weil es praktisch von klein auf gelebt und gelernt wird. Dabei wird gewissermaßen unterschlagen, dass sich die ländlichen Lebensverhältnisse – und auch die Betreuungssituationen – sehr verändert haben. Die Interviewpartnerin hätte es auch anders organisieren können und die Frage „hat sich gar nicht groß gestellt“. Wie viele Interviewpartnerinnen fühlt sie sich moralisch stark verpflichtet, die Sorgearbeit – trotz und neben der beruflichen Tätigkeit – zu übernehmen. Sie beschreibt im weiteren Interviewverlauf die Pflege als große Herausforderung sowohl in praktischer als auch in emotionaler Hinsicht und geriet in Konflikte mit Angehörigen, immer abrufbereit und vor Ort sein zu müssen, gleichzeitig aber auch berufstätig sein zu wollen. Die dörfliche intergenerationelle Selbstverständlichkeit weist deutliche Brüche auf..

Man könnte nun meinen, die Menschen wären es nicht (mehr) gewöhnt, das Thema Alter(n) und Pflege der älteren Angehörigen im Vorfeld zu besprechen bzw. zu planen. Es scheint, dass die Mehrzahl der von uns befragten pflegenden Angehörigen. Schwierigkeiten hat, den Wandel der Lebensbedingungen bzw. die neuen gesellschaftlichen Verhältnisse (hin zu weniger Familienmitgliedern vor Ort, zu mehr Lohnarbeit/Pendeln, dem Wunsch, die eigene Biografie selbst gestalten zu können bei oft weniger Planbarkeit der eigenen (Berufs-)Biografie) offen in der Familie anzusprechen bzw. darüber zu reflektieren, inwieweit ihre eigene Pflegesituation bzw. die Lebenssituation von den neuen Anforderungen beeinflusst ist. Die sich wandelnden Anforderungen würden

erfordern, sich in der Familie über die eigenen Pflegepotenziale auszutauschen bzw. zu planen, was im Pflegefall einmal passieren soll, wie die Pflege einmal gemanagt werden soll.

Sie können aber andererseits dazu führen, dass die Themen Altern und Pflege eher vermieden werden bzw. die Pflege als etwas Unplanbares gilt. Vermieden könnte das Thema deshalb werden, weil im Gespräch zwischen den Familienmitgliedern zum Thema Konflikte erst aufbrechen, weil Erwartungen z. B. an die Kinder nicht erfüllt werden, die eigenen Wünsche z. B. von den Kindern, einmal im eigenen Haus gepflegt zu werden, zurückgewiesen werden könnten. Unplanbar wird das Thema z. B. deshalb, weil für viele junge Menschen die eigene Erwerbsbiografie wenig planbar ist bzw. berufliche Anforderungen es verlangen könnten, den ländlichen Wohnort zu verlassen. Zudem wird das Thema Pflegebedürftigkeit im Alter mit Krankheit, Verlust, Leid, St erben und Tod assoziiert und deshalb vermieden..

PBI Also wenn ich sehe, wie das gelaufen ist oder wie sich das entwickelt hat, dann möchte ich gar nicht so alt werden (...) Das ist also nicht sehr schön, wenn man dann so auf Hilfe angewiesen ist.(…) Und wenn ich das so gesehen habe bei meiner Mutter, wie das (.)schlimm war am Ende (.), dann möchte ich das eigentlich nicht ... aber man kann es sich ja nicht aussuchen ...

PBII Du hast keine Lebensqualität mehr, wenn man sich total hilflos da betutteln muss lassen, das ist irgendwie nicht so prickelnd, dann doch lieber nicht so alt werden.(…)

PBI Man kann jetzt auch nicht sagen, wie es wird, weil das hängt davon ab, ob die eigenen Kinder mal Zeit haben werden oder bereit sind dann, das zu übernehmen, ob sie beruflich können. Eine Tochter wohnt jetzt gegenüber eine andere wohnt in G. , die zweite Tochter wird das nicht machen können und zu sich nehmen, Problem besteht ob man in der Lage ist sich woanders einzufügen, sodass wir also...mit gemischten Gefühlen da in diese Zukunft sehen.

PBII Ja man sieht viele Leute alt werden, aber eben nicht mehr viel vom Alter haben...

PBI Also ich wünsche es mir, dass ich auch zuhause bleiben kann (PB1)

Im obigen Zitat wird eine sehr negative Haltung zur Pflegebedürftigkeit eingenommen, welche zum Teil auf den eignen Pflegeerfahrungen beruht und nicht nur unter pflegenden Angehörigen weit verbreitet scheint. Man hofft, selbst nicht in diese Lage zu kommen. Es scheint, dass diese negative Einstellung auch dazu führt, das Thema Pflegebedürftigkeit zu vermeiden so lange es nur geht. Anders gesagt, wer redet innerhalb der Familie schon gerne über das Kranksein im Alter, den Abbau der Kräfte, den Verlust der Selbstständigkeit, die Schmerzen, den Abschied, den Tod eines Familienmitgliedes. Diese Themen sind verständlicherweise angstbesetzt, man meidet sie, beredet sie erst, wenn das Problem unmittelbar ansteht, wenn es unvermeidlich wird und praktische Lösungen gefunden werden müssen oder wenn sie in der Vergangenheit liegen. Das übersteigerte Ideal einen langen gesunden und möglichst unabhängigen Lebens kann der Kommunikation über eine möglichst gute Pflege und ein würdiges Sterben entgegenstehen, zumindest, wenn dieser Wert einseitig überbetont wird und andere Aspekte des Lebens, wie Hilfebedürftigkeit und Endlichkeit, keine Rolle spielen.

Die Schwierigkeit, Pflege zu planen, besteht aber nicht nur darin, dass Menschen das Thema Sterben und Tod meiden, sondern ist beispielsweise auch eng verbunden mit dem oben be-

schriebenen Wandel der Lebensverhältnisse. Insbesondere junge Menschen haben Schwierigkeiten, ihr Leben langfristig zu planen bzw. sicher zustellen dass sie in der Region bleiben werden. Die älteren Angehörigen vermeiden offenbar die Auseinandersetzungen mit den Angehörigen. Eine gewisse Konzeptlosigkeit macht sich bemerkbar, es wird davon ausgegangen, dass es schon irgendwie klappt, Entscheidungen werden vertagt. Ältere sind teilweise selbst mit der Pflege von Angehörigen beschäftigt, die ihnen kaum Zeit für eine eigene Lebensplanung belässt (Bott et al.,. 2013: 46 f.). Das Dilemma zwischen dem Festhalten an traditionellen Pflegearrangements einerseits und veränderten Lebensbedingungen andererseits gefährdet die informellen Unterstützungsnetzwerke und führt zu erheblichen Belastungen bei den Pflegenden. Dies trifft vor allem dann zu, wenn die (An-) Forderungen überhaupt nicht verhandelbar sind (Kaye und Butler, 2004: 79). So etwas wie Familienkonferenzen findet in der Regel nicht statt. Die Kommunizierbarkeit von Problemen in den Pflegearrangements steigt in der Interviewsituation, wenn die häusliche Pflege in Vergangenheit liegt. Die InterviewpartnerInnen gewinnen dann zum Teil einen anderen, eher reflektierten Umgang mit dem Thema.

Unterstützungsstrukturen in der Pflege

Die Belastungen des Pflegenden im Pflegearrangement hängen sehr von einem (nicht) funktionierenden Unterstützungssystem ab. Die Struktur von Unterstützungsnetzwerken setzt sich aus der Anzahl und den Rollen der beteiligten Personen sowie aus den jeweiligen Unterstützungsfunktionen für den/die Pflegende/n zusammen. Bubolz-Lutz (2006) greift auf die Einteilung von „supportive functions“ bei Thomas Ashby Wills, Sheldon Cohen und Leonard Syme aus dem Jahre 1985 zurück, die auch für unsere Fragen sehr instruktiv ist. Es wird in den interpersonalen Beziehungen zwischen den Ebenen emotionale, Status/Anerkennung, informative, instrumentelle/materielle, Geselligkeit/soziale Einbindung unterschieden.

In diesem Kapitel stehen die jeweiligen Personengruppen und Unterstützungsbereiche im Vordergrund, im nachfolgenden Kapitel werden exemplarisch Unterstützungsnetzwerke einschließlich der jeweiligen Funktionen analysiert. Die Anteile der jeweiligen Personengruppen an den Unterstützungssystemen der Pflegenden sind in Abbildung 12 dargestellt. Die weitaus größten Anteile nehmen die professionellen Dienstleister und die weiteren Familienangehörigen ein. Hervorzuheben ist aber auch, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Pflegenden sich nicht weiter unterstützt sieht.

Abbildung 12: Von wem erhalten Pflegende Unterstützungen? (Bewohnerbefragung 2013)

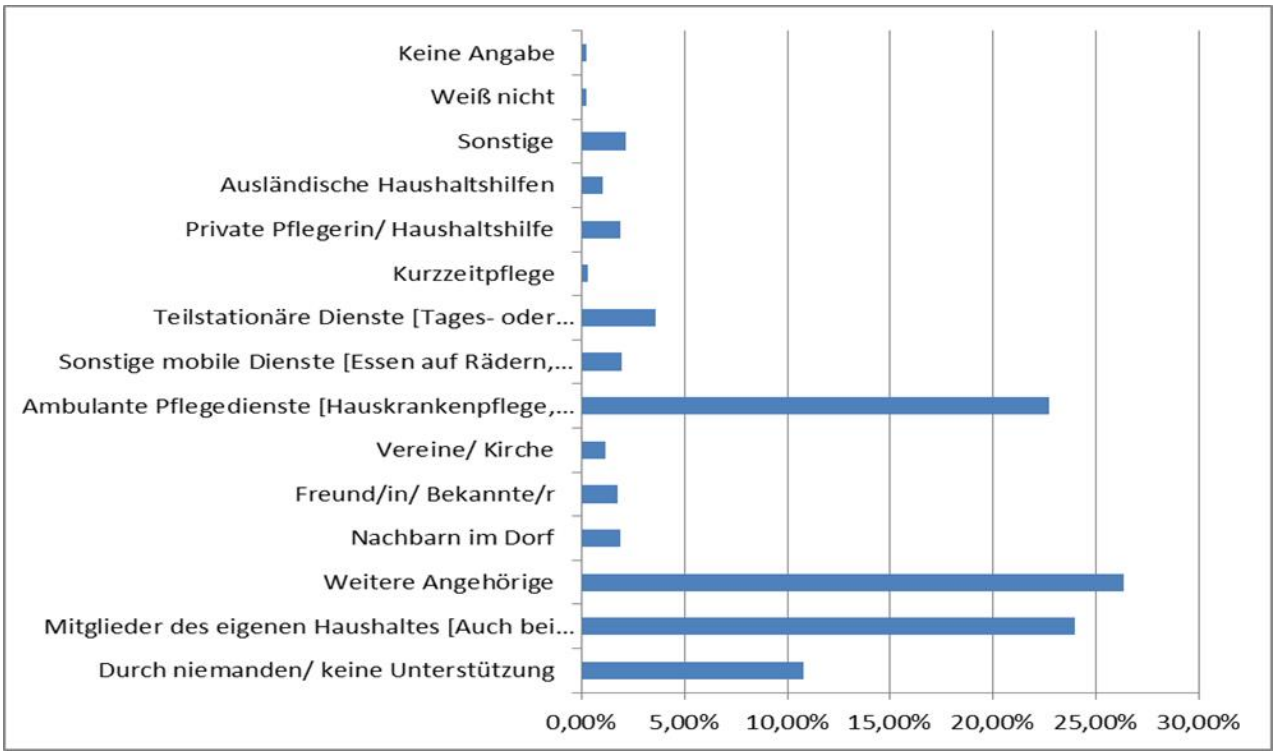
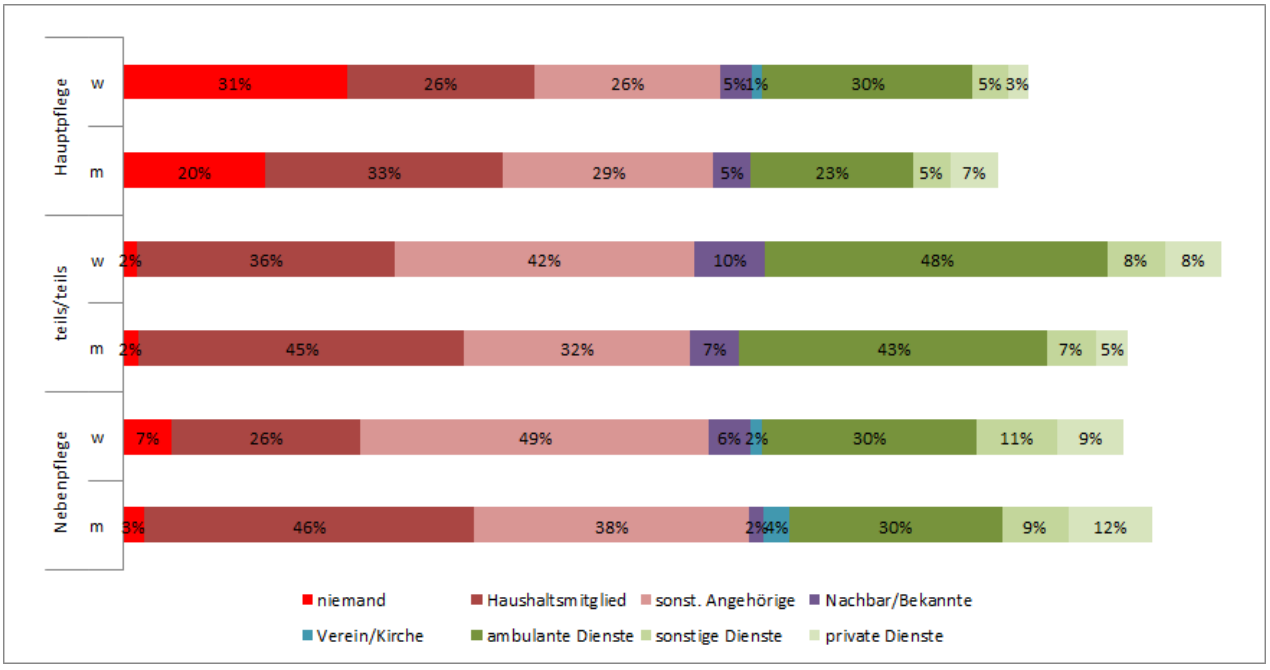


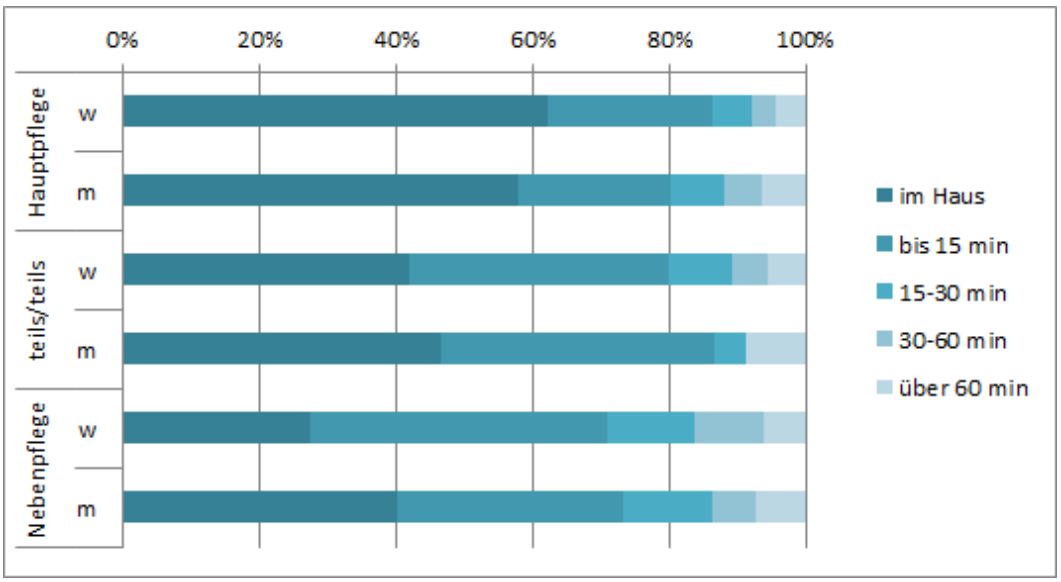
Abbildung 13: Anteil der Pflegenden, die die jeweilige Unterstützungsleistung erhalten nach Pflegegruppen und Geschlecht (Bewohnerbefragung 2013)



Deutlicher noch als in Abbildung 12 wird in Abbildung 13 sichtbar, dass ein erheblicher Teil der Pflegenden sich nicht maßgeblich unterstützt fühlt. Fast ein Drittel der weiblichen Hauptpflege-

personen sieht sich in dem Pflegearrangement nicht unterstützt. Es kann also keineswegs davon ausgegangen werden, dass die vorhandenen Unterstützungsleistungen ausreichend sind.

Abbildung 14: Entfernungen der Pflegeperson zum Pflegeempfänger (Bewohnerbefragung 2013)



Die Daten des Haushaltspanels SOEP zeigen, dass ein großer Teil der Pflegeleistenden im erwerbsfähigen Alter nicht in einem Pflegehaushalt lebt. Nur bei rund 31 %Prozent war das im Jahr 2001 der Fall, im Jahr 2012 lag der Anteil mit rund 23 %t sogar noch merklich niedriger (Geyer und Schulz, 2014: 298). Die Pflegearrangements in unserer Untersuchung sind sehr häufig dadurch gekennzeichnet, dass die pflegenden Familienangehörigen in der Nähe leben. Abbildung 14 zeigt, dass fast zwei Drittel der Hauptpflegepersonen im gleichen Haus mit den Pflegeempfängern lebt. Die Pflegearrangements sind demzufolge durch eine relativ hohe Präsenz und Integration in die Familie gekennzeichnet, wie es bereits in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde. Der Anteil alleinlebender Pflegebedürftiger ist im ländlichen Raum vergleichsweise niedrig: Nach Schneekloth sind es nur 20 % gegenüber 37 % in den Ballungsräumen (Schneekloth, 2005: 69).

Basisnetzwerke

Als quantitativ bedeutsamste Konstellation von Unterstützungssystemen wird sowohl in der Bewohnerbefragung als auch bei den ExpertInneninterviews als Unterstützung einer Hauptpflegeperson durch andere Familienangehörige angegeben. Darin spiegelt sich die große Bedeutung der familienzentrierten Pflege, wie sie in den vorangegangenen Kapiteln besprochen wurde, wider. Es zeigt, dass sowohl die Pflegeneigung als auch die Verfügbarkeit über familiäre Ressourcen relativ stabil geblieben ist und nichts für eine Erosion der familiären Pflege spricht (vgl. Blinkert und Klie, 2004).

Informelle Netzwerke

Nachbarschaftshilfe wird im dörflichen Selbstverständnis groß geschrieben, aber hinsichtlich der Daten ist es fraglich, ob sie die Basis für nichtfamiliäre Pflege und Unterstützungssysteme bilden kann. Sie spielt in den Pflegesystemen trotzdem keine unwichtige Rolle (vgl. auch Koppelin, 2008: 117). In den ExpertInneninterviews wird sie selten erwähnt, weil hier offensichtlich den Befragten vor allem die Kernbereiche der instrumentellen Pflegetätigkeit im Blick waren. Auch hinsichtlich emotionaler Unterstützungen werden Nachbarn selten erwähnt. Auf Nachfrage wird Nachbarschaft als dörfliches Netzwerk stets betont, teils auch widersprüchlich bis negativ bewertet, weil die Selbstverständlichkeit der familiären Hilfe unter einem hohen Erwartungsdruck formuliert wird. Es spricht wenig dafür, dass die Nachbarschaftshilfe früher stärker ausgeprägt war, denn anhand von „Daten aus den 1980er-Jahren [können nur] größere und enger verknüpfte familiäre Netzwerke der Alten auf dem Lande konstatiert werden. Vergleichsweise geringere Bedeutung besaßen dagegen die nachbarschaftliche Hilfe und außerfamiliäre Freundschaftsbeziehungen“ (Schilling und Wahl, 2002: 305).

Nachbarschaftliche Hilfe wird vor allem mit einer gewissen sozialen Aufmerksamkeit verbunden (z. B. nach dem Nachbarn sehen: „Wenn ich die Jalousien drei Tage nicht hoch mache, das würde bemerkt werden“). Sie werden aber auch als soziale Kontrolleure im positiven Sinn beschrieben, die Sicherheit geben, wenn sich z. B. die zu pflegende Person desorientiert im Dorf bewegt oder den mobilen Mittagstisch nicht annimmt. Nachbarn geben eher indirekt Unterstützung für die Pflegenden z. B. durch Möglichkeiten zur sozialen Geselligkeit, für kulturelle Höhepunkte, zur Möglichkeit der Vernetzung, z. B. jemanden zu treffen, der dann Unterstützung gibt. Sie leisten punktuell bestimmte Unterstützungen (z. B. bei der Gartenarbeit, Mitfahrgelegenheiten). Sie stellen eine gewisse soziale Sicherheit und Ressource dar, die aber im Pflegebereich kaum in Anspruch genommen wird. Eine Ausnahme bilden zwei Interviews mit Pflegenden, in denen als „Nachbarschaftshilfe“ hauswirtschaftliche Hilfen benannt werden, die durch einen gleichnamigen Verein angeboten werden. Hier ist der Übergang von Nachbarschaftshilfe zu Dienstleistungen fließend..

Die Familienorientierung der Pflege macht möglicherweise nachbarschaftliche Hilfen unnötig bzw. vermeidet diese. So erhalten bundesweit Alleinlebende (12,8 %) deutlich mehr unentgeltliche Hilfen von Personen außerhalb des engen Familienkreises, in Zwei-Personen-Haushalten sind es deutlich weniger (4,2 %) (ZQP, 2013: 4). Damit gelingt es alleinlebenden Pflegebedürftigten offenbar am häufigsten, Hilfe außerhalb des engsten Familienkreises zu mobilisieren.

Die Rolle von Vereinen oder Kirchgemeinden ist zwar in der Bewohnerbefragung ebenfalls nicht hoch, hier sind aber lokal gesehen intensivere Entwicklungen auszumachen, die auch in den Aussagen der Pflegenden und ExpertInnen einen relativ hohen Stellenwert ausmachen. Diese Tendenzen sind aber nur in einigen der untersuchten Orte anzutreffen, vor allem in Kusterdingen und Freienseen. Darauf wird an späterer Stelle noch ausführlicher eingegangen.

FreundInnen, Bekannte, KollegInnen leisten in der Bewohnerbefragung zwar quantitativ gesehen keinen übermäßig wichtigen Beitrag in den Unterstützungsnetzwerken, in den Tiefeninterviews mit Pflegenden wird ihnen aber eine wichtige Bedeutung hinsichtlich emotionaler Unterstützung,

Informations- und Erfahrungsaustausch (z. B. Kolleginnen der PB 10), der Entlastung durch soziale Geselligkeit zuteil. Bei der instrumentellen Pflege scheinen sie keine große Rolle zu spielen, aber durch Abstand von der Familie und/oder eigene Erfahrung mit Pflege können sie wohl leichter ins Vertrauen gezogen werden (vgl. PB 10, PB 16). KollegInnen können durch Verständnis und zeitliche Flexibilisierungsangebote erheblich dazu beitragen, Pflege und Beruf besser zu verbinden, wie dies in mehreren Interviews positiv hervorgehoben wurde. Die Untersuchungen von Koppelin (2008: 59) verweisen darauf, dass sich Bekannte und Freunde im Verlauf der Pflege zunehmend distanzieren „und den Kontakt scheuen“. Die Pflegenden fühlen sich allein gelassen; es betrifft vor allem die emotionale Unterstützung (positives Feedback, Wertschätzung), die ihnen im Pflegeverlauf verlorengeht. Außerdem ist die Spannweite in der Anzahl und der Güte der alltäglichen und freundschaftlichen Netzwerke sehr unterschiedlich ausgeprägt (ebd.: 121).

Die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen in den Unterstützungsnetzwerken ist uns kaum bekannt geworden. Wenn solche im Sichtfeld der Pflegenden war, herrschte eher eine ablehnende bzw. distanzierte Meinung seitens der Befragten, weil man sich nicht unmittelbar unterstützt sah oder die Wegezeiten zu lang waren.

Formelle Hilfen

Pflegedienste sind in den Pflegearrangements zur Normalität geworden. Sie übernehmen unterstützende Funktionen, überwiegend, damit Angehörige von Aufgaben der körperlich-medizinischen Versorgung entlastet werden und Schwerpunkte bei Betreuung und Haushalt setzen können. Trotz wachsender Bedeutung wurden ambulante Pflegedienste allerdings in der Bewohnerbefragung noch nicht einmal in einem Drittel der familiären Pflegearrangements als unterstützende Leistung genannt. Der Pflegedienst konzentriert sich auf praktische Hilfen, es besteht wenig emotionale Unterstützung. Die ExpertInnen der Pflegedienste sehen eine hohe emotionale und psychische Bedürftigkeit der Angehörigen, darauf Bezug zu nehmen aber offensichtlich den eigenen Arbeitsabläufen und -aufträgen entgegensteht. Auch Beratung spielt häufig nur eine geringe Rolle (vor allem medizinisch-funktional in Vorbereitung der Beantragung der Pflegestufen). Die Pflegedienste konkurrieren zudem um das nicht üppige Pflegegeld.

PB Das Nichtverständnis dafür ist ganz groß. Weil, ganz einfach, nur weil ich früh und abends komme und eigentlich fast die 450 Euro bei der Pflegestufe eins ausschöpfe, ja? Bleibt nichts mehr an Pflegegeld übrig. Und die eineinhalb Stunden und dann bin ich vielleicht früh eine halbe Stunde und abends eine halbe Stunde und dann bleiben 23 Stunden des Tages übrig, die werden nicht refinanziert, gegenüber den Angehörigen.(PE01)

PB Und so eigenes Vermögen einzusetzen für die Pflege (.) das ist immer bissel schwierig. Also in gewissen Stück gehen Sie mit aber das äh das äh dass dann der Patient sagt oder die Angehörigen sagen, >Ja die Hälfte von der Rente kann ich dafür auch noch mit einsetzen oder äh Erspartes (.) da wirds schwierig. Also das is nich (.) nich unbedingt so (.) (PB02)

Die temporäre Inanspruchnahme von Pflegediensten, von stationären und teilstationären Diensten erfolgte vor allem in Zusammenhang mit Urlaubszeiten der Hauptpflegeperson. Kurzzeitpflege wird in einigen Interviews genannt, aber als wenig emotional entlastend beschrieben.

PB Wir hatten auch ähm mh hier versucht in K. so ne Tagesbetreuung zu machen für demenzerkrankte Patienten, wo se Früh im Prinzip hingebracht werden können und abends wieder nach- oder.m am späten Nachmittag wieder nach Hause (.) äh die Angehörigen se holen- es is in K. auch nicht angenommen wurden- in B. läuft es super. (.) Ich weiß es nich, wir wissens nich was wir verkehrt gemacht haben >lachend<, was wir anders gemacht- es is nicht angenommen wurden. Ich weiß es, dass es äh so ne Gruppe gibt hier äh unten im W.- hier äh in dieser Rehaeinrichtung, die machen sowas, das läuft dort wohl auch ganz gut. Aber wie gesagt, bei uns isses nicht angenommen wurden. (PB02)

In mehreren Interviews mit Pflegenden wurden Haushaltshilfen, nicht aber ausländische Pflegekräfte, als Unterstützung im Pflegesetting genannt. In der Bewohnerbefragung gaben 3 bzw. 2 % der Pflegenden an, in diesem Bereich Unterstützung erfahren zu haben. In den westdeutschen Untersuchungsorten waren diese Hilfen verbreiteter als in den ostdeutschen. In Kusterdingen, Westrup und Stemwede wurde auch von ExpertInnen auf diese Hilfeform verwiesen, und es wurden entsprechende Flyer gefunden.

Alleinlebende erhalten am häufigsten Hilfe von bezahlten Pflegenden, wie ambulanten Pflegediensten oder haushaltsnahen Dienstleistern (32,7 %), während nur unter 5 % der Pflegebedürftigen in Zwei- oder Mehr-Personen-Haushalten diese Form der Hilfe in Anspruch nehmen (ZQP, 2013: 4).

Eine Inanspruchnahme von Pflegeberatung trat in den Interview mit den Pflegenden nicht auf. Meist werden in dieser Hinsicht Pflegedienste (praktische Pflege, Infos).und Hausärzte (informieren, vermitteln) genannt und deren Wichtigkeit betont. Diese geben informative, materielle, instrumentelle Hilfen. Kranken- und Pflegekassen werden ebenfalls genannt, aber weniger als informative Unterstützer, denn als Instanz, die über Anspruch auf Pflegestufe/Pflegegeld entscheidet. Die unabhängige Pflegeberatung: in Westrup/Stemwede ist zwar über die Zeitung bekannt, wird aber nach Aussage der Pflegenden und der ExpertInnen nicht genutzt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich häufig ein Pflegemix an verschiedenen Hilfesystemen findet: Nachbarschaft, Ehrenamt, hauswirtschaftliche Hilfen, Care/Ehrenamtlichkeit und Lohnarbeit können sich ergänzen, stehen aber auch in einem Spannungsverhältnis.

Falldarstellung von Unterstützungsnetzen (Sarah Rodriguez-Abello)

Im Folgenden sollen fünf verschiedene Pflegematrizen deskriptiv dargestellt werden. Bei der Auswahl handelt es sich um je eine Matrix jedes untersuchten Dorfes. Die Auswahl wurde durch den Gehalt der Interviews sowie der Zielsetzung, die im Feld erlebte Vielfalt der individuellen Situationen abzubilden, bestimmt.

Pflegematrix 1

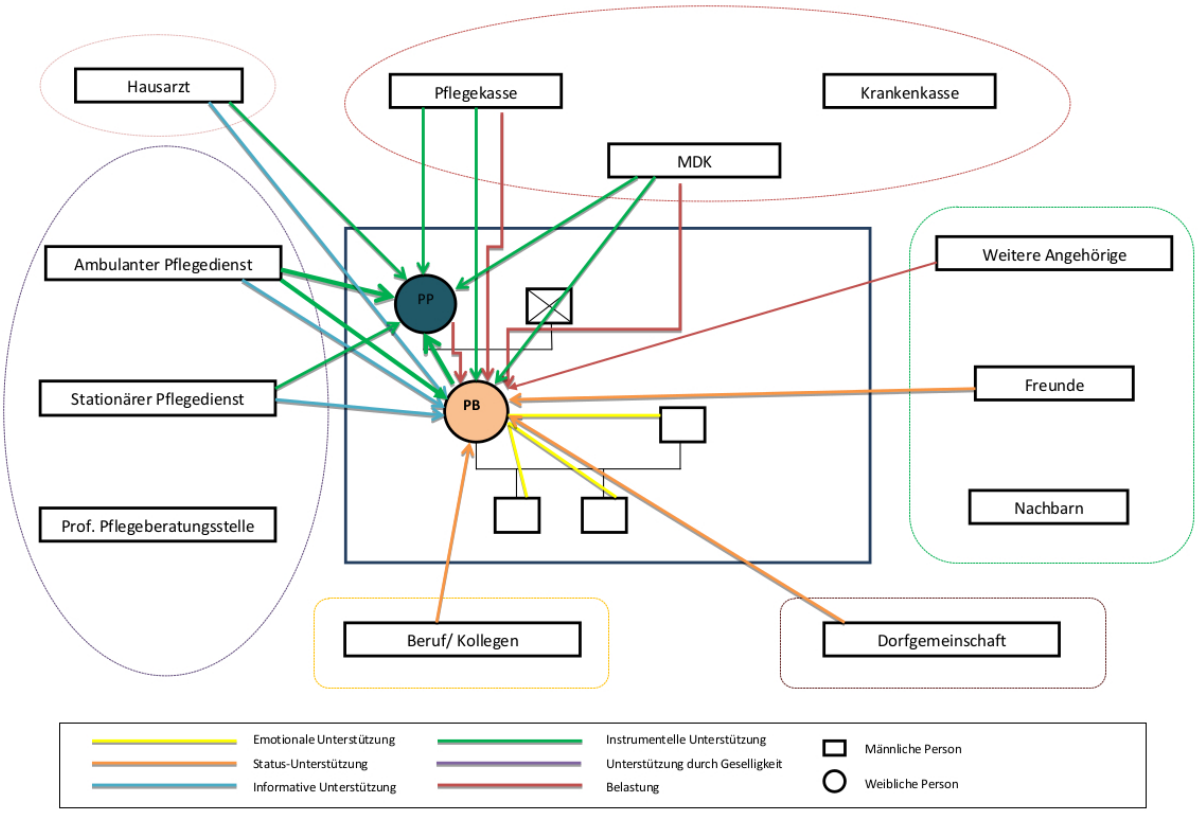
Die Pflegeperson (PP) ist die Mutter der Pflegebetroffenen (PB). Der Ehemann der PP und Vater von PB ist bereits verstorben. Die PB ist verheiratet und hat zwei Söhne. Sie geht einer Berufstätigkeit in Teilzeit nach.

Die PP erhält instrumentelle Unterstützung von sechs Akteuren. Der MDK hat festgelegt, dass die PP eine Pflegestufe erhält, welche von der Pflegekasse finanziert wird. Der Hausarzt, ein ambu-

lanter Pflegedienst und ein stationärer Pflegedienst für Kurzzeitpflege leisten neben der PB die pflegerischen Tätigkeiten.

Die PB nimmt wahr, dass sie selbst von Pflegekasse, MDK und dem ambulanten Pflegedienst unterstützt wird. Ambivalent hierzu gibt sie jedoch an, eine Belastung durch den MDK und die Pflegekasse zu erfahren. Gleichzeitig fühlt sie sich von der PP und weiteren Angehörigen der Familie belastet. Diese Belastungen ergeben sich aus mangelnder Anerkennung der geleisteten Pflege. So gibt die PB an, weitere Angehörige hätten sich negativ darüber geäußert, dass die PB die PP in Kurzzeitpflege geben wollte, um einen Urlaub wahrzunehmen. Auch die PP nähme ihre Pflege zu selbstverständlich und fordere das Geleistete ein ohne sich zu bedanken.

Abbildung 15: Pflegematrix 1 PB_17



Emotionale Unterstützung erfährt die PB in ihrer Familie. Der Ehemann und die Söhne werden als vertrauensvolle Bindungspartner stützend wahrgenommen. Die PB sieht ihre Pflegeleistung von Freunden, Dorfnetzwerk und dem Arbeitgeber/Kollegen anerkannt und erfährt durch diese Akteure Status-Unterstützung. Die PB gibt an, dass es in der Dorfgemeinschaft Anerkennung findet, dass sie ihre Mutter nicht ins Pflegeheim gibt. Die Status-Unterstützung des Arbeitgebers wird mit flexiblen Arbeitsbedingungen und Verständnis für die Abwesenheit der Arbeitnehmerin in Notsituationen erklärt. Der Hausarzt sowie stationärer und ambulanter Pflegedienst leisten in-

formative Unterstützung. Informative Unterstützung erfolgt bei der PB durch die nicht-institutionellen Akteure, welche instrumentelle Unterstützung leisten.

Die Matrix zeigt, dass sich ein Kreis instrumenteller Unterstützung um die PP zieht. Weiterhin wird deutlich, dass der gleiche Akteur (MDK, Pflegekasse) von der PB ambivalent wahrgenommen wird. Sie begründet diese Wahrnehmung mit dem hohen bürokratischen Aufwand und der psychischen Belastung bei der Prüfung der Anträge durch den MDK.

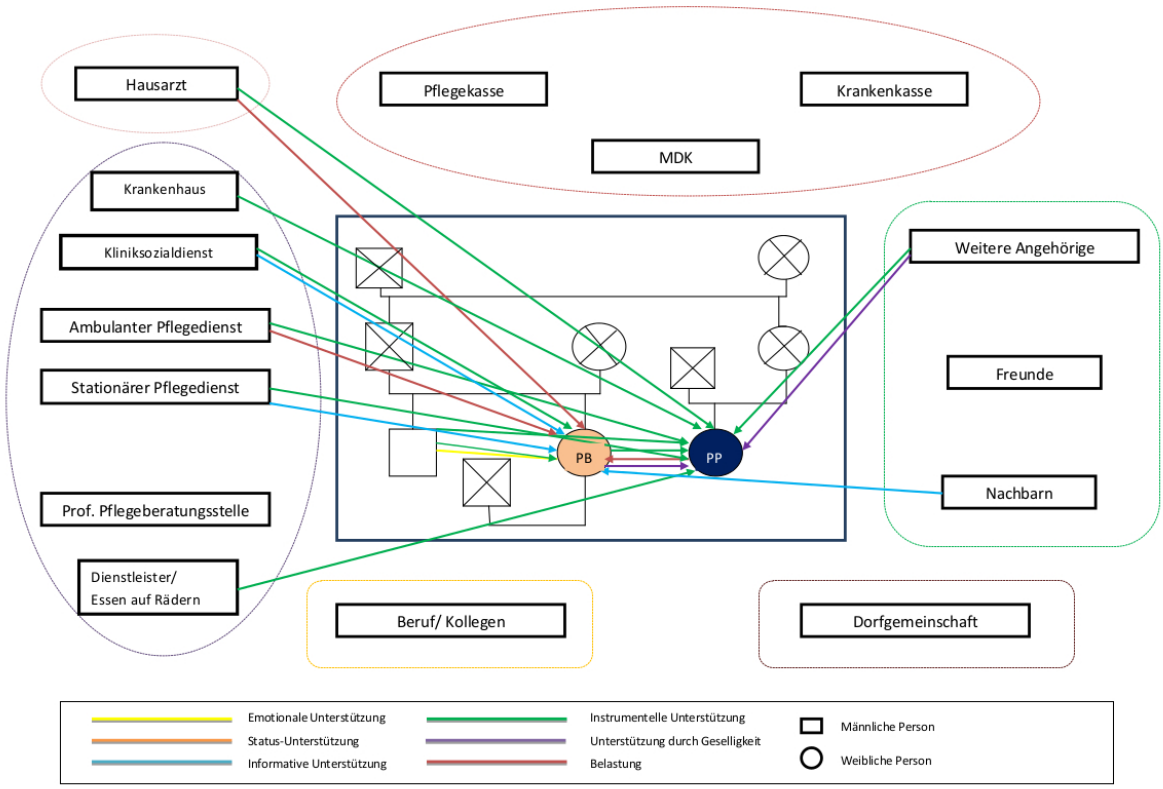
Das Netz der emotionalen Unterstützung begrenzt sich auf direkte Familienangehörige, die selbst jedoch keine instrumentelle Unterstützung bei der Pflege leisten. Status-Unterstützung erfährt die PB außerhalb ihres Familienkreises durch Freunde, Lebensumfeld und berufliches Umfeld, nicht jedoch durch die Familie oder Institutionen.

Pflegematrix 2

Die PP ist die Cousine der PB. Es werden weitere bereits verstorbene Familienangehörige angegeben, um den Familienzusammenhang zu verdeutlichen. Die PB hat einen Bruder, welcher sie bei der Pflege der PP als „Fahrer“ und „Einkäufer“ instrumentell unterstützte, bis die PP in einem Pflegeheim untergebracht werden konnte. Die PB litt zum Zeitpunkt der unfreiwilligen Pflegeübernahme selbst an einer Krebserkrankung und ihr Ehemann war kurze Zeit vorher verstorben. Die Pflegesituation entstand durch einen Unfall der PP. PP und PB leben nicht im gleichen Ort und sind daher räumlich getrennt.

Die PP erhält instrumentelle Unterstützung von der PB und weiteren Angehörigen, wobei die PB den Hauptanteil leistet. Hinzu kommen Hausarzt, Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, stationärer Pflegedienst und ein Dienstleister der die Nahrungsversorgung gewährleistet.

Abbildung 16: Pflegematrix 2 PB_14



Ein Kennzeichen dieses Pflegearrangements ist der ungewöhnlich weite Verwandtschaftsgrad von PB und PP. Seine Cousine zu pflegen ist eine eher untypische Pflegesituation. Zudem machen es die räumliche Distanz und der sehr dynamische Pflegeverlauf notwendig, dass eine Vielzahl von Akteuren tätig werden musste. Aus diesem Grund wurde die Matrix um die Akteure Krankenhaus, Kliniksozialdienst und Dienstleister erweitert, da diese den Pflegeverlauf erheblich mitbestimmten.

Die PB erhält instrumentelle Unterstützung von ihrem Bruder und dem Kliniksozialdienst, welcher hier Unterstützung bei der Bewältigung bürokratischer Hürden leistete. Die PB nahm wahr, ausschließlich durch den Kliniksozialdienst und durch die Unterbringung der PP in einem stationären Pflegedienst informative Unterstützung erhalten zu haben. Die informative Unterstützung der Nachbarn bildet hier einen Sonderfall, da diese auch als instrumentelle Unterstützung gewertet werden könnte. Es handelt sich dabei um das Informieren der PB, wenn die PP nachts noch den Schlüssel an der Haustür hatte oder das Essen des Dienstleisters nicht ins Haus geholt wurde. Emotionale Unterstützung erhält die PB ausschließlich von ihrem Bruder, der zugleich der letzte direkte Angehörige der PB ist.

Die PB fühlt sich durch die PP, den Hausarzt und den ambulanten Pflegedienst belastet. In Bezug auf die PP begründet sie dies mit einer Überlastung der eigenen persönlichen Ressourcen aufgrund ihrer biografischen Umstände und ihres Alters. Der Belastung durch den Hausarzt liegt eine

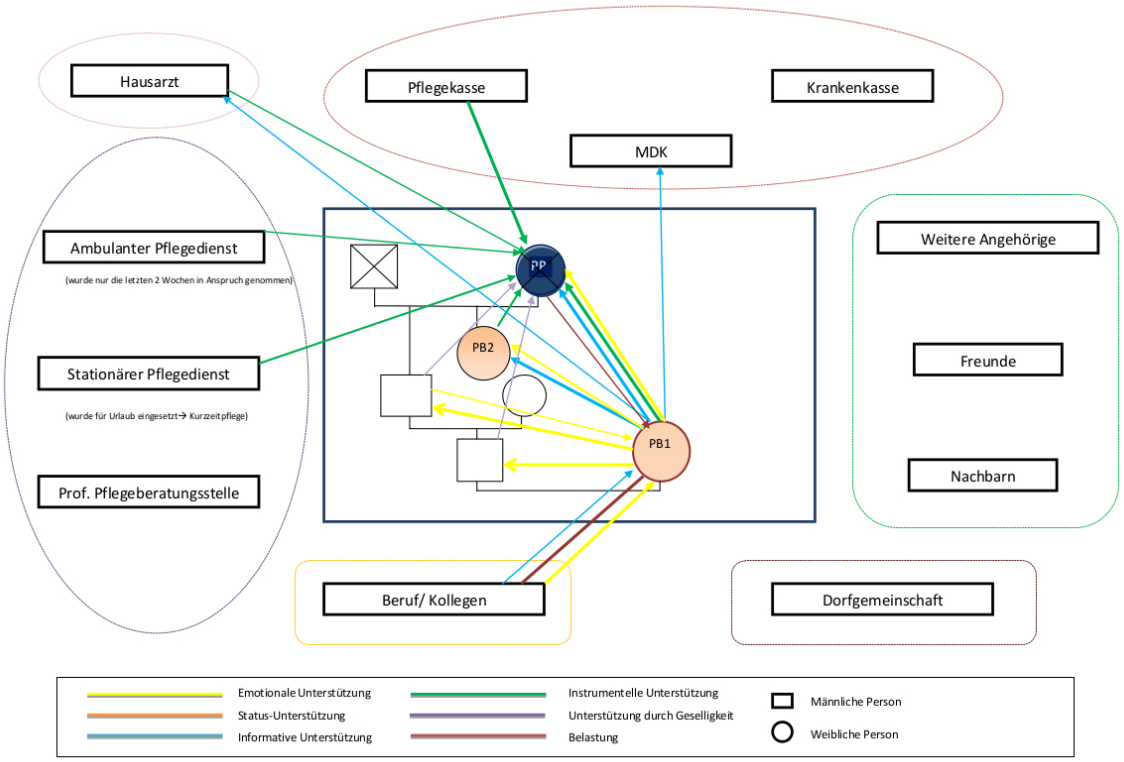
als mangelhaft wahrgenommene Kommunikation und ein Gefühl des „Im Stichlassens“ zugrunde. Der ambulante Pflegedienst war der PB persönlich bekannt, und sie gibt an, dass es dadurch Grenzüberschreitungen gegeben hätte, die sie als unprofessionell wahrnahm. Seit dem Umzug der PP in ein Pflegeheim habe die Belastung enorm abgenommen und die PB beschreibt, sie könne nun freiwillig gemeinsam mit weiteren Angehörigen Unterstützung durch Geselligkeit ausüben.

Blickt man auf die Matrix, so fällt auf, dass die Pfeile wie ein Strom zur PB hinlaufen und von dort weitergehen zur PP. Dieses Bild ist charakteristisch für eine Position, in der sich Vermittler und ausführende Kraft vereinen. Die PB scheint, anders als in Pflegematrix 1, hier den Kommunikationsknotenpunkt zu bilden.

Pflegematrix 3

Die Interviewpartnerin des Datenmaterials von Pflegematrix 3 ist PB1. PB1 pflegte gemeinsam mit der Tochter von PP die Großmutter ihres Ehemannes. PB1 lebt mit ihrem Ehemann und den Schwiegereltern in einem Haushalt und hat keine eigenen Kinder. Auch PP lebte dort. Die Tochter von PP lebte in eigenem Haushalt in demselben Ort.

Abbildung 17: Pflegematrix 3 PB_10



PB1 ist professionelle Altenpflegerin und arbeitete zum Zeitpunkt der Pflege. Die private Pflege wurde auf Wunsch der PP übernommen, da diese es ablehnte, vom Sohn und seiner Frau gepflegt zu werden. Zudem wurde PB1 aufgrund ihrer Ausbildung die Kompetenz zugeschrieben, die private Pflege am besten leisten zu können. Aufgrund der besonderen Konstellation in dieser Matrix wurden Ergänzungen vorgenommen.

PP erhielt instrumentelle Unterstützung in erster Linie von PB1 und PB2. In Urlaubszeiten unterstütze auch ein stationärer Pflegedienst instrumentell. Auch Hausarzt und Pflegekasse stellten instrumentelle Unterstützung. Zwei Wochen vor dem Ableben der PP kam ein ambulanter Pflegedienst hinzu.

PB1 erhielt keine instrumentelle Unterstützung, jedoch nahm sie informative Unterstützung von Hausarzt und Kollegen an. Sie selbst gab die informative Unterstützung an die PB2 und die PP und auf institutioneller Ebene an den MDK. Die Männer der Familie leisteten Unterstützung durch Geselligkeit gegenüber der PP. PB1 leistete emotionale Unterstützung für PP, PB2, ihren Schwiegervater und ihren Mann. Sie selbst fühlte sich emotional vom Schwiegervater und den Kollegen unterstützt. PB1 fühlte sich durch die Pflegesituation ganzheitlich belastet und ist aus diesem Grund rot gekennzeichnet. Insbesondere belastete sie die Pflege der PP und die berufliche Situation, da sie über einen längeren Zeitraum (gefühlt) zwei Schichten an einem Tag arbeitete.

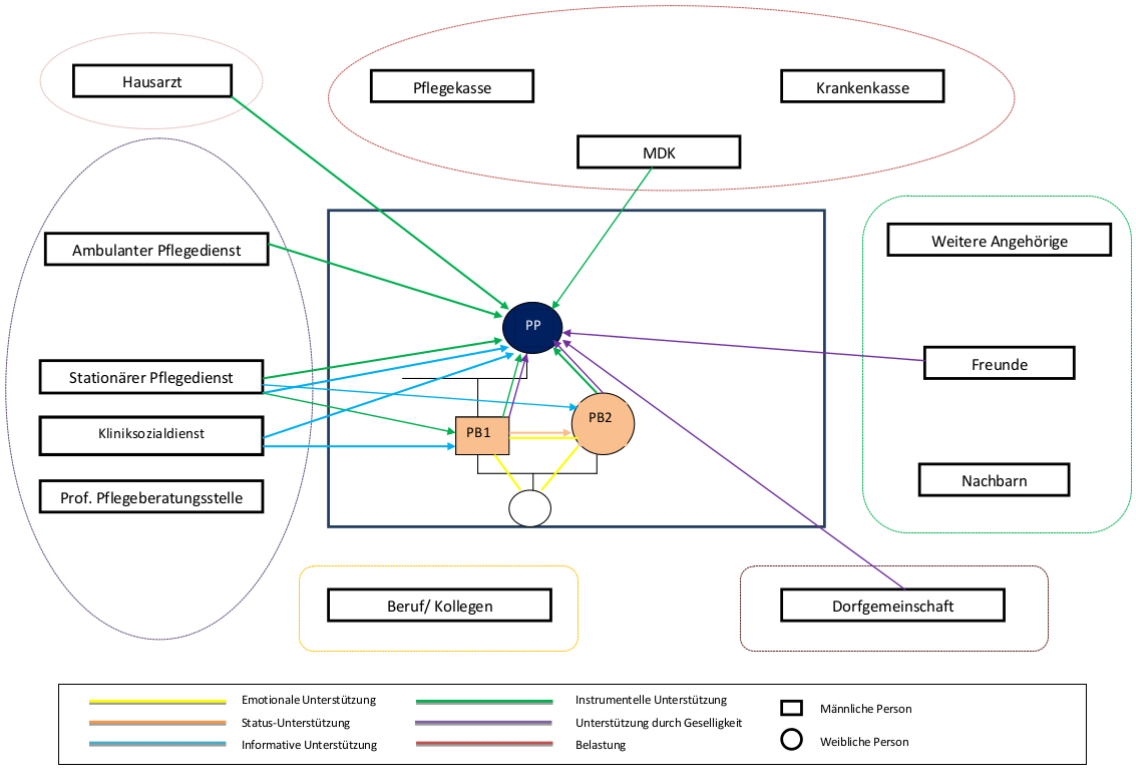
In der Matrix wird deutlich, dass viele der Pfeile von PB1 ausgehen. Dabei handelt es sich um Unterstützungen verschiedener Arten wie emotionale, instrumentelle und informative Unterstützung. PB1 ist damit als pflegende Angehörige nicht Konsument, sondern Produzent von Unterstützungsangeboten. Die Aspekte des sozialen Zusammenlebens scheinen aufgrund der Pflegesituation keine Rolle mehr zu spielen. PB1 erhielt keine Unterstützung von weiteren, nicht erwähnten Angehörigen, Freunden, Nachbarn oder das Dorfnetzwerk. Diese bleiben unerwähnt und sind aus der eigenen Wahrnehmung von PB1 fast gänzlich herausgetreten, da der Fokus darauf zu liegen schien, das restliche Gefüge aus Familie und Beruf zusammenzuhalten.

Pflegematrix 4

Das Ehepaar, bestehend aus PB1 und PB2 (beide waren Interviewpartner), pflegt die Mutter (PP) von PB1. Das Ehepaar hat eine Tochter. Weitere Angehörige werden nicht benannt. PB1 gibt an, dass die Hauptpflegearbeit bei PB2 liegt.

Die PP erhält instrumentelle Unterstützung durch MDK, Hausarzt, ambulanten und stationären Pflegedienst sowie PB1 und PB2. PB1 fühlt sich instrumentell unterstützt durch die stationäre Pflege, da diese ihm zeigte, wie er die PP heben müsse. Auch den Bereich der informativen Pflege deckte in diesem Pflegesetting durch einen langen Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalt der Bereich ab, der als stationäre Pflege zusammengefasst wurde. Sowohl PP als auch PB1 und PB2 fühlen sich vom Krankenhaus, PB1 insbesondere vom Kliniksozialdienst, unterstützt.

Abbildung 18: Pflegematrix 4 PB_09



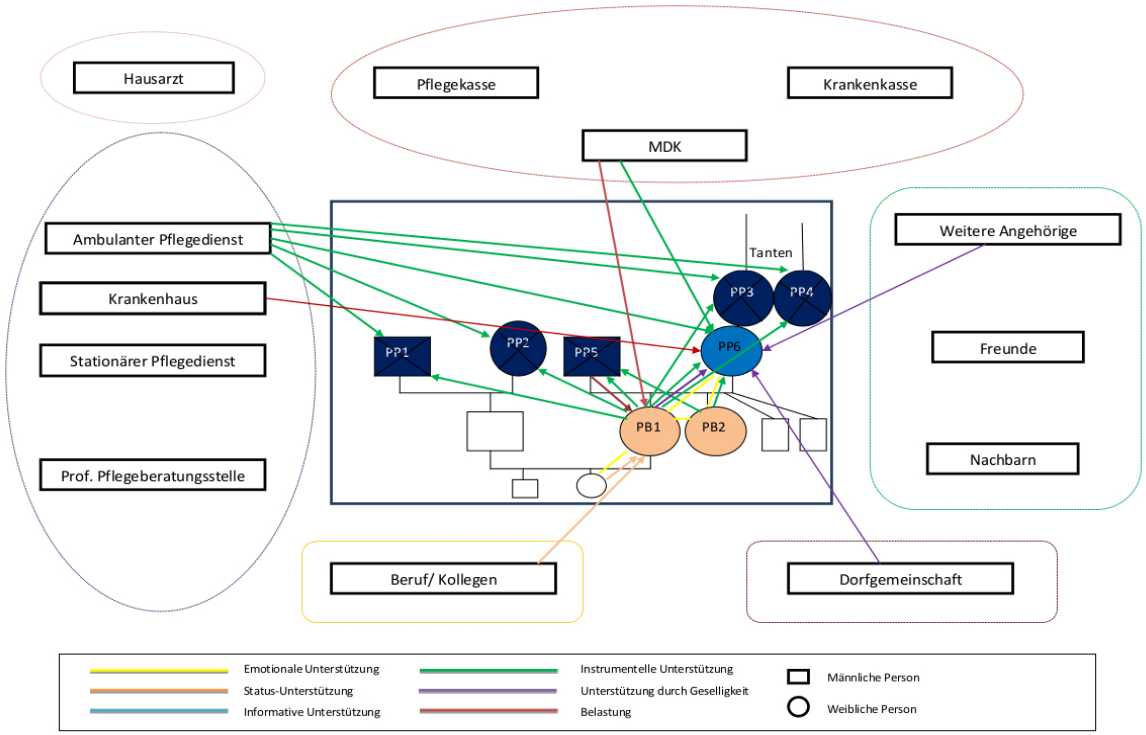
Das Dorf, Freunde der PP sowie das Ehepaar (PB1+2) unterstützen die PP durch Geselligkeit. Statusunterstützung erfährt PB2 durch die Anerkennung ihres Mannes für ihre Pflegeleistung. Emotionale Unterstützung gibt beiden PBs die Familie, insbesondere die Tochter. Ein starker Zusammenhalt wird thematisiert.

In dieser Matrix liegt die Besonderheit auf dem kleinen Kreis von Angehörigen, der benannt wird. Weiterhin wird ein christliches Wertemodell betont, welches es aus Sicht der PBs nicht zulässt, die PP in ein Pflegeheim zu geben. Eine überdurchschnittlich große Rolle scheint hier das Krankenhaus und der Kliniksozialdienst gespielt zu haben, wahrscheinlich ausgelöst durch einen langen Krankenhausaufenthalt der PP, bei dem ein Bezug und eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufgebaut wurde.

Pflegematrix 5

Die Interviewpartnerin des vorliegenden Datenmaterials ist PB1. PB1 hat bereits in der Vergangenheit fünf Personen bis zu deren Ableben gepflegt – ihre beiden Schwiegereltern (PP1 und PP2), zwei Tanten (PP3 und PP4) sowie den eigenen Vater (PP5). Aktuell pflegt sie die eigene Mutter (PP6). PB1 hat eine Schwester (PB2), von der sie Unterstützung in der Pflege erhält. Des Weiteren hat sie zwei Brüder, diese sind jedoch nicht in die Pflege involviert. PB1 ist verheiratet, hat eine Tochter und einen Sohn. PB1 deutete an, selbst im stationären Pflegebereich berufstätig zu sein.

Abbildung 19: Pflegematrix 5 PB_04



PP1 und PP2 wurden von PB1 allein gepflegt, dabei erhielt sie instrumentelle Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst. Genauso verhielt es sich mit PP3 und PP4. Bei PP5, dem Vater von PB1, erhielt sie keine instrumentelle Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, sondern leistete diese selbst (auf Wunsch und Zutrauen des Vaters hin). Diese Pflege stellte eine Belastung für PB1 dar, da es keinen Aushandlungsprozess gab, sondern die Entscheidung durch PP5 festgelegt wurde. PB2 unterstütze die Pflege instrumentell. In der aktuellen Pflegesituation mit der PP6 wird PB1, sowohl durch PB2 als auch durch einen ambulanten Pflegedienst, instrumentell unterstützt. Des Weiteren unterstützen PB1, das Dorfnetzwerk und weitere Angehörige PP6 durch Geselligkeit. Für PP6 wurden Krankenhausaufenthalte zur Belastung, da die Einrichtungen in weiter Distanz zum Wohnort waren und PP6 ihren kulturellen Gewohnheiten (in diesem Fall: sorbisch sprechen) nicht nachgehen konnte.

PB1 fühlt sich durch den MDK belastet. Status-Unterstützung erhält PB1 von ihrem beruflichen Umfeld und der Tochter. Diese bringen PB1 Anerkennung für ihre Leistungen entgegen. Emotionale Unterstützung findet PB1 bei allen Frauen der Familie. Markant ist jedoch, dass die Männer der Familie keine Rolle in den Ausführungen von PB1 finden.

Vergleichende Analyse der Pflegematrizen (Sarah Rodriguez-Abello)

Vergleicht man die fünf Pflegematrizen miteinander, fällt auf, dass ein enormer Anteil der Dynamik im linken Bereich der Matrizen stattfindet. Hier sind die direkten Akteure der Pflegesettings verortet. Insbesondere der Bereich der professionellen ambulanten und stationären Pflegediens-

te spielt eine große Rolle für die PBs und ist ihnen sehr präsent. Hier erhalten die PBs hauptsächlich die instrumentelle und informative Unterstützung, welche für den Pflegealltag unverzichtbar ist und damit einen hohen Stellenrang in der Wahrnehmung der Pflegebetroffenen einnimmt. Erstaunlich ist, dass kein einziger PB von einer professionellen Pflegeberatungsstelle informative Unterstützung erhielt. Diese fand zudem auch in keinem der Interviews Erwähnung. Vielmehr waren es die ambulanten und stationären Pflegedienste, die diese Unterstützung leisteten. Eine Ursache hierfür ist, dass das persönliche Kennen von Mitarbeitern der Pflegedienste bei der Wahl eines ambulanten Pflegedienstes im ländlichen Raum eine große Rolle spielt. Das intime Familienleben wird nur bekannten Menschen anvertraut. Man will seinen Angehörigen in guten Händen wissen. Die Angehörigen vertrauen mit ihrem Anliegen eher einer bekannten als einer fremden Person einer Beratungsstelle. Die Qualifikation und Qualität der Beratung scheint nachrangig vor dem Wahren der familiären Intimsphäre. Damit ist zu überlegen, ob der flächendeckende Ausbau professioneller Pflegeberatungsstellen im ländlichen Raum überhaupt sinnvoll ist. Beratung und Informationen sind essentiell für die Angehörigen und deren Umgang mit der Pflegesituation. Ambulante Pflegedienste leisten diese Form der Unterstützung bereits erfolgreich, jedoch stehen sie unter erheblichem Zeitdruck, dem Mangel an personellen Ressourcen und werden zudem oft für ihre vielfältige Arbeit nicht angemessen entlohnt. Ein neuer Weg könnte es sein, die Ressourcen der ambulanten Pflege gezielt auszubauen um künftig gute, professionelle, individuelle Beratung von den ambulanten Diensten erbringen zu lassen. Zudem kann der ohnehin enge Kontakt zwischen ambulanten Pflegediensten und ansässigen Hausärzten eine weitere Ressource für die pflegenden Angehörigen darstellen, wenn er ihnen anders nutzbar gemacht wird.

Die Matrizen zeigen, dass Pflegesettings hoch individuell gestaltet sind. Zwar gibt es Gemeinsamkeiten bei Belastungs- und Unterstützungselementen, jedoch ist die Zusammensetzung, das Netz, welches sich aus den eingezeichneten Pfeilen ergibt, in jedem der fünf Settings unterschiedlich. Dies hat verschiedene Ursachen. Neben unterschiedlichen Bewältigungsmustern in Belastungssituationen innerhalb von Familien, wie beispielsweise die Pflege von Angehörigen eine solche darstellt, scheint aus den Matrizen deutlich zu werden, dass pflegende Angehörige unterschiedliche Rollen in jeweils unterschiedlich starker Ausprägung durch den Pflegekontext wahrnehmen/ wahrnehmen müssen, wie beispielsweise die im Folgenden beschriebene Rolle des Vermittlers zwischen den Akteuren.

Das Datenmaterial zeigt, dass pflegende Angehörige oft in die Situation geraten, neben der Pflege des Angehörigen, zusätzlich Kommunikationsknotenpunkt zwischen den Akteuren zu sein. Sehr prägnant geht dies aus Matrix 2 hervor. Durch das Fehlen weiterer direkter Angehöriger und die größere räumliche Distanz zur PP sind hier deutlich mehr Akteure in den Pflegeprozess involviert. Die Absprachen und Informationsweitergabe erfolgen über die PB, welche dadurch einen erheblichen Mehraufwand an Organisation und Zeitaufwand hat. Die PB beschreibt, dass sie nur noch über Zettel kommunizierte, in denen sie Anweisungen bekam, Rezepte beim Hausarzt zu besorgen oder andere Erledigungen tätigen sollte. Die PB litt unter dieser Art der Kommunikation. Sie beschreibt Unsicherheiten und Belastungen aufgrund fehlender Informationen über bürokrati-

sche Abläufe. Hier könnte Abhilfe geschaffen werden, indem die ambulanten Pflegedienste befähigt werden, in die direkte Kommunikation mit dem Hausarzt über die Pflege der PP zu gehen und falls nötig, weitere Schritte in Absprache mit den PB oder den PP einzuleiten. Dies erspart dem PB die Vermittlerrolle als „Unprofessionelle/r“ zwischen professionellen Akteuren.

Eine weitere Zuspitzung finden wir in Matrix 3. Hier ist die PB1 ausgebildete Altenpflegerin. Es scheint in der Matrix, als übernehme sie im privaten Kontext die Rolle eines Pflegemanagers. Sie agiert im privaten Rahmen als berufliche Pflegekraft und informiert sowohl MDK als auch Hausarzt über den Pflegestand. Zudem leistet sie im privaten Rahmen informative Unterstützung bei PB2 und der PP. Gleichzeitig trägt sie Sorge für die emotionalen Belange aller Familienangehörigen und leistet die Pflegearbeit an PP. Hier liegt eine klare Grenzverschiebung vor. Die PB1 sieht sich gezwungen, im Privatleben professionell zu agieren und erhält ihre emotionale Unterstützung aus dem beruflichen Umfeld. Da sie somit täglich „Doppelschichten“ leistet, wird diese Situation von ihr als enorme Belastung empfunden.

Die Arbeitsbeziehung wird völlig ambivalent erlebt und pendelt zwischen persönlicher Überlastung, Ressourcennutzung und emotionalem Beistand von Kollegen. Zugespitzt könnte man formulieren: Die Charakteristika des Privatlebens finden sich plötzlich im Berufsleben wieder und umgekehrt. Freunde, Nachbarn, weitere Angehörige und das Dorfnetzwerk, die sinnbildlich für das soziale Netzwerk eines Menschen stehen, spielen keine Rolle mehr und die Person kann für sich keinen Ausgleich mehr finden und wird aus dem sozialen Umfeld isoliert.

Pflegebetroffene, die beruflich in der professionellen Pflege tätig sind, sind erheblich von Überlastung gefährdet. Dies hat verschiedene Ursachen: Die Selbstverständlichkeit in der Familie, dass eine Person mit professionellem beruflichen Hintergrund die Pflege leistet, ist sehr hoch. Die PB trauen sich aufgrund ihres Erfahrungswissen erheblich mehr zu. Dabei wird verdrängt, dass es sich im Pflegesetting um einen Angehörigen handelt, zu dem eine emotionale Bindung besteht, welche das professionelle Nähe-Distanz-Verhalten beeinflusst. Sie haben die Kontakte zu allen wichtigen Akteuren innerhalb des Pflegesettings. Dies erscheint dem Familiensystem dienlich, hat jedoch die Konsequenz das zur Pflege bürokratische Leistungen und die Verantwortung zur finanziellen Absicherung der PP und somit auch der Familie hinzukommt. Der Erwartungsdruck des Familiensystems und der hinzukommende eigene Druck bei der PP, bestmögliche Versorgung zu gewährleisten aufgrund der emotionalen Bindung, erschwere die Situation. Und nicht ungeachtet sollte bleiben, dass PBs mit professionellem Hintergrund faktisch eine längere, unbezahlte Arbeitszeit haben. Es gibt keine tätigkeitsbedingte Trennung mehr zwischen Berufs- und Privatleben. Wenn sie ihre berufliche Tätigkeit aufrechterhalten wollen, sind sie in der Regel trotz ihres Hintergrundes auf einen professionellen Pflegedienst angewiesen. Der fehlende Ausgleich zum Beruf stärkt die Risiken für Überlastung. Statt Hilfe und Unterstützung zu konsumieren, neigen sie dazu, Hilfe zu produzieren.

Die instrumentelle/materielle Unterstützung ist normativ am stärksten verankert und wird am ehesten praktiziert (vgl. auch Bubholz-Lutz, 2006: 61 f.). Hierin ist auch das intergenerationale

Verständnis von Geben und Nehmen zu verorten, auf das wir in vielen Pflegeinterviews stießen, d. h., dass es sich um einen Generationenvertrag handelt, in dem frühere Leistungen mit späteren abgegolten werden. Sozial gesellige Unterstützungen für den Pflegenden werden kaum als wichtig erachtet und praktiziert, häufig reduziert sich deren Lebenswelt auf wenige Bereiche.

In allen Pflegematrizen waren es Frauen, die die Pflege komplett oder den Hauptanteil leisteten. Dies wundert nicht, da auch statistisch betrachtet der bedeutend größere Teil der privaten Pflege durch weibliche Angehörige geleistet wird. Eine PB leistete innerhalb von 15 Jahren fast durchgehend private Pflege an insgesamt sechs Angehörigen (siehe Pflegematrix 5). Diese Frau hat die Pflegetätigkeit bereits in ihre Identität integriert. Sie berichtet davon, dass ihr ohne die tägliche Pflege eines Angehörigen mittlerweile etwas fehlen würde. Die Pflege ist zum unentgeltlichen Lebensinhalt geworden. Grenzen und Ruhezeiten einhalten zu können, berichtet die PB1 in Matrix 5, habe sie erst nach einem Zusammenbruch und mit der Zeit gelernt. Dies zeigt, vor welcher Überforderung die PBs je nach Kontext stehen können.

Die PB1 in Matrix 5 hat zwei Kinder und einen Ehemann. Der Mann arbeitet auf Montage und ist lediglich an den Wochenenden zu Hause. Emotionale und Status-Unterstützung für die Pflege erhält die PB1 nur von ihrer Tochter und ihrer Schwester. Auch die Brüder von PB1 und PB2 bleiben wie selbstverständlich, trotz großer Belastung, außen vor.

Die Pflegematrizen zeigen eindeutig, dass Männer, egal wie eng sie mit der PP verwandt sind, aus der Pflege herausgehalten werden. Teilweise werden sie von den Interviewpartnerinnen nicht einmal erwähnt. Wenn sie jedoch erwähnt werden, schreibt man den Männern meist die Rolle der Status-Unterstützer oder emotionalen Unterstützer zu. Sie sind formal anwesend, verhalten sich jedoch passiv und stützen die pflegenden Frauen aus dem Hintergrund. In drei von fünf Pflegematrizen wurden Männer als enge Familienangehörige erwähnt, spielten jedoch keine Rolle bei instrumenteller und informativer Unterstützung. In Matrix 2 wird instrumentelle Unterstützung durch den Bruder der PB geleistet, jedoch lediglich in Form von Fahrdiensten für die PB.

Ausschließlich in Matrix 4 finden wir einen Mann, der pflegebetroffen ist. Dieser schreibt jedoch bereits zu Beginn des Interviews den größten Pflegeanteil seiner Frau zu. Er helfe lediglich, da es sich bei der PP um seine Mutter handele. Dennoch empfand dieser Mann es als hilfreich, dass er im Krankenhaus über die Pflegetätigkeiten informiert wurde, und man ihn schulte, die PP zu heben und adäquat zu betten. Dies überrascht, da die Ehefrau äußert, Erfahrung mit Pflege zu haben und sie somit potenziell ihr Wissen hätte weitergeben können. Dieses Beispiel zeigt, dass Männer auch als Ressource in der familialen Pflege betrachtet werden können. Jedoch gilt es, dabei zu beachten: Beide Geschlechter müssen für die Nutzung der Ressource „Mann in der Pflege“ ermutigt werden. Frauen müssen ermutigt werden, Aufgaben abzugeben und sie den Männern zuzutrauen, ohne dabei kontrollierend einzugreifen. Und Männer sollten durch die Möglichkeit von beispielsweise Angehörigen-Kurse in der Pflege die Möglichkeit haben, Unsicherheiten abzubauen und Handlungssicherheit zu erlangen.

Die untersuchten Pflegesettings zeigen, dass von den PB kaum Unterstützung aus dem institutionellen Bereich wahrgenommen wird. Stellvertretend für Kranken- und Pflegekasse wird meist nur der MDK benannt, welcher zwar als Akteur instrumenteller Unterstützung gesehen wird, jedoch auch als Belastungselement. Argumentiert wird, dass die Entscheidungen des MDK auf Basis einer Momentaufnahme getroffen werden, welche insbesondere bei der Abnahme der kognitiven Leistung der PP nur über einen längeren Zeitraum einschätzbar wäre. Zudem fühlen sie sich den Entscheidungen des MDK ohnmächtig ausgeliefert. Die bürokratischen Hürden sind zu hoch für eine Person, die unter der Belastung einer Pflegesituation steht. Hier finden PBs häufig Rückhalt beim ambulanten Pflegedienst, aber auch Kliniksozialdienste werden als positiv und unterstützend erlebt.

Dass die Krankenkassen/Pflegekassen aus der Wahrnehmung der PB verschwinden, ist ein Zeichen mangelnder Präsenz in deren Lebens- und Pflegealltag. Hier sollte überdacht werden, welche neuen Wege entwickelt werden können, damit Pflegebetroffene die Institutionen als Unterstützung wahrnehmen. Positiv ist zu vermerken, dass die bedenkliche Entwicklung der nächsten Jahrzehnte in der Pflege von den großen Kassen wahrgenommen wird. So haben beispielsweise die R+V-Versicherung sowie die Techniker-Krankenkasse quantitative Studien zur Situation pflegender Angehöriger in Auftrag gegeben. Die quantitativ erhobenen Ergebnisse bestätigen die Erfahrungen und Erlebnisse, die in dieser Feldforschung gemacht wurden. Die großen Arbeitsfelder werden demnach: die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf; die ungleichmäßige Verteilung der privaten Pflege zulasten der Frauen; das Finden neuer Pflegesettings; das Stärken der Pflegelandschaft; die Präventionsarbeit im Thema Pflege; die Entlohnung der privaten Pflege durch finanzielle Mittel, aber auch durch gesellschaftliche Anerkennung und rechtliche Schutzmechanismen für pflegende Angehörige.

Auch die Pflegematrizen zeigen, dass die Status-Unterstützung, das heißt die Anerkennung der Leistungen, die eine/r Pflegende/r täglich erbringt, sehr schwach ausgeprägt ist. Meist kommt sie aus dem beruflichen und dem sozialen Umfeld, jedoch weniger seitens der Familie. Noch schlechter sieht es bei der Unterstützung durch Geselligkeit aus. Diese kommt ausschließlich den PP zu. Dies ist bedenklich, denn pflegende Angehörige haben ein höheres Risiko der Isolation. Hier scheint es Aufklärungsbedarf zu geben, denn die soziale Unterstützung ist ein wichtiger Faktor für eine gelingende private Pflege.

Leitbilder wie „Pflege ist Sache der Familie und insbesondere der Frauen“ werden von den PB selbst, deren familiären Umfeld, der Gesellschaft und teils auch von institutionellen/professionellen Akteuren mitgetragen und aufrechterhalten. Dies ist allein, historisch gesehen, ein fataler Trugschluss, der seine Begründung im 19. Jahrhundert findet (Bischoff, 1992). Die Arbeitswelt hat in dieser Epoche einen enormen Wandel erfahren, in dem es keine gleichberechtigte Position für Männer und Frauen gab. Die Frau wurde in die Rolle der unentgeltlichen, auf den Mann als Versorger angewiesenen „Familienarbeiterin“ degradiert ohne rechtliche Ansprüche und Zugänge zur Bildung. Die einzige Form von Anerkennung konnte sie zu dieser Zeit über die Versorgung des Haushaltes, der Kinder und der Alten gewinnen. Diese konnte der Mann auf-

grund seiner Lohnarbeit nicht leisten. Die emanzipierte Frau, die berufstätig nach Unabhängigkeit strebt, ist eine Entwicklung der jüngsten Geschichte. Das vorher existierende Weiblichkeitsbild ist dennoch in Werten, Normen und Traditionen fest verankert. Zusätzlich hat auch noch keine rechtliche Gleichstellung von Mann und Frau in unserer Gesellschaft stattgefunden. Nach wie vor wird die Haus- und Pflegearbeit nicht angemessen entlohnt und gewürdigt, obwohl diese für die Reproduktion unserer Gesellschaft, Wirtschaft und Entwicklung unverzichtbar ist. Es gilt, diese überholten Leitbilder durch rechtliche Gleichstellung, Absicherung und angemessene Anerkennung aufzubrechen. Familien die nach dem Prinzip des Mannes „als Versorger der Familie“ leben, können es sich nicht leisten, dass dieser unentgeltlich zu Hause bleibt, um Pflege zu leisten. Diese Option bietet keinerlei Anreiz und ist unökonomisch. Hier muss umgedacht werden.

Des Weiteren stellte sich im Feld heraus, dass Unterstützungsmechanismen für pflegende Angehörige meist erst im Notfall, das heißt im Krisenfall greifen und zudem höchst statisch sind. Diese Tatsache wird jedoch der sehr dynamischen und prozesshaften Situation von Pflege nicht gerecht. Es sollte überlegt werden, wie Unterstützung geleistet werden kann, die sich an die individuelle Situation des PB und der PP anpasst und die vor allem bereits informiert und präventiv arbeitet, bevor der Ernstfall eingetreten ist. Hier gilt es auch, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und das Thema, welches faktisch jede Person betreffen kann, mehr in den Fokus zu rücken.

4.6 Geschlechter- und Rollenbilder innerhalb der Pflege von Angehörigen

Ein Blick auf die Spezifik der Rolle der Frau soll Aufschluss darüber geben, welchen Herausforderungen insbesondere Frauen in der Pflege ausgesetzt sind.

Selbstverständlichkeit und Selbstverständnis der Übernahme von Pflege durch die Frauen (Sarah Rodriguez-Abello)

Als Motiv für die Übernahme von familiärer Pflege wurde von unseren InterviewpartnerInnen immer wieder genannt, es sei selbstverständlich. Das Wort selbstverständlich suggeriert, man habe eine gemeinsame Verständnisebene, auf der der/die GesprächspartnerIn genau verstehen müsse, warum das Gegenüber so handelt. In Anbetracht des bereits erwähnten Wandels in der Geschlechterrolle der Frau erscheint jedoch das Selbstverständliche überhaupt nicht mehr selbstverständlich und soll deshalb an dieser Stelle genauer betrachtet werden. „Vielfach verbergen sich dahinter Familientraditionen, wie Verpflichtung gegenüber den eigenen Eltern, aber auch ökonomische Aspekte, Wiedergutmachungsbedürfnisse, Dankbarkeit, religiöse Gründe, tiefe innere Verbundenheit, eine karitative Einstellung usw. Diese Art der Selbstverständlichkeit könnte somit sowohl als Folge gesellschaftlicher Normierung und Erwartung als auch als partnerschaftliche Reziprozität und familiäre Solidarität interpretiert werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Hilfsbereitschaft weniger durch spezifische Einzelmotive begründet ist, sondern vielmehr durch eine komplexe Interaktion von gesellschaftlichen und familiären Rahmenbedin-

gungen und Erwartungen einerseits sowie von individuellen Voraussetzungen andererseits.“ (Perrig-Chiello und Höpflinge, 2012: 134). Dies erklärt, insbesondere unter dem gesellschaftlichen Aspekt, den wir alle teilen, die Wortwahl der Betroffenen. Viele der oben genannten Motive zur Übernahme der Pflege fanden wir in unserem Datenmaterial wieder:

PB Also es war schon eine Belastung, aber es war auch eine Befriedigung oder, ja. Doch, dass man (.)/ Ist ja auch immer so, dass man sich keine Vorwürfe machen muss, dass man aus Bequemlichkeit oder, weil man eben die Zeit für sich selber gebraucht hätte, gesagt hätte, ach das ist mir zu viel. (PB01)

PB Das wir zwei Schwestern eben von der pflegerischen Seite mehr gemacht haben, das war selbstverständlich, aber wenn wir die anderen, das waren/ sind Brüder, wenn wir die gebraucht haben, haben die immer mitgemacht. Da gab es gar keine Diskussion. (PB01)

PB Die haben das Wohnrecht wie hier zu sagen (..) /eh/ bis zum Lebensende gehabt und da waren für mich (.) ich bin ja auch Christ - da war das für mich erstmal, also in erster Linie also ich pflege sie bis zum Ende und gebe sie auch nirgendswo weg. (PB04)

PB Darüber haben wir eigentlich auch schon geredet mit meiner Tochter. Sagt sie dich pflege ich dann auch Zuhause wie du deine Mutter pflegst oder so (..) also das ist eigentlich jetzt gar kein Thema für uns. (PB04)

PB Genau. Mit vier Jahren kamen die in den Kindergarten und in der Zeit haben meine Eltern die beiden Jungs hier für mich beaufsichtigt. Das muss man ja auch sagen. Da waren die ja auch wieder für mich da. Und deswegen war es für mich aber auch selbstverständlich, dass ich dann wiederum für die da bin.“ (PB17)

PB Aber das ist nun mal (.) Jetzt ist das Gegenteil - früher waren eben die Kinder viel bei der Oma. Oma hat eben (.) bei allen Möglichkeiten aufgepasst, gespielt, versorgt nach der Schule das Essen. Deswegen ist es jetzt, es ist zwar eine Belastung, aber es ist (…) naja (.) eine Selbstverständlichkeit aber auch irgendwo geworden. (..) Empfinden wir. (PB02)

Besonders die letzten beiden Zitate weisen auf die Ausgleichsfunktion hin, die Pflege in den Familien einnimmt. Hierbei ist interessant, dass der Ausgleich über drei Generationen stattfindet. Es ist nicht das eigene Großziehen der Eltern an die Pflegenden, als sie Kinder waren, welches wertgeschätzt wird, sondern in vielen Fällen die Betreuung und Beaufsichtigung der Kinder der Pflegenden, damit diese sich beispielsweise innerhalb der Berufstätigkeit verwirklichen können. Es ist spannend, dass hier im Lebensprozess zunächst ein Stück individuelle Freiheit geschenkt wird, welche an einem späteren Zeitpunkt der Biografie für die Pflege der Eltern wieder aufgegeben wird.

Die Frau als anerkannte Pflegekraft im Dilemma mit sich selbst (Sarah Rodriguez-Abello)

Themen wie Fürsorge, Betreuung, Pflege werden bis heute traditionell den Frauen innerhalb der Familie zugeordnet. Bereits in der Kindheit werden Frauen so sozialisiert, dass sie Verantwortungsgefühl für das Miteinander in der Familie, die Betreuung kleinerer Geschwister und hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen. Was im Spiel geübt und gefestigt wird, setzt sich im Erwachsenenalter innerhalb des eigenen Familienlebens fort. So sind es nach wie vor überwiegend die Frauen, die die Kinderbetreuung übernehmen, den Haushalt managen und für den sozialen Kontakt zu weiteren Angehörigen sorgen. Sie sind die Familienmanager, die vieles organisieren, planen und den Überblick behalten. Erst langsam werden Männer stärker sensibilisiert und er-

muntert dieses traditionelle Revier der Frauen zu entdecken und sich einzubringen. Bei der Kinderbetreuung ist diese Öffnung bereits erfolgt. Frauen möchten heute unabhängiger und selbstständiger sein. Sie fügen sich nicht mehr selbstverständlich dem traditionellen Bild der Hausfrau und Mutter. Themen wie Berufstätigkeit und Selbstverwirklichung werden immer präsenter. Die Forderung nach Gleichberechtigung brachte einige Neuerungen mit sich, wie beispielsweise die Elternzeit für Väter, die Frauen ermöglichen soll. wieder oder weiter ihren Beruf auszuführen und Männern die Chance gibt, stärker in das Familienleben involviert zu sein.

Was bei Themen wie Kinderbetreuung inzwischen zur Normalität zu werden scheint, ist in der Pflege und Betreuung von Angehörigen weiterhin die Ausnahme. Diese Betreuungsaufgabe nehmen überwiegend Frauen wahr, obgleich sie nicht einhergeht mit dem modernen Frauenbild und aus diesem Grund einige Herausforderungen mit sich bringt.

Frauen als pflegende Angehörige haben eine größere Akzeptanz bei den zu Pflegenden. Zum einen wird es Frauen eher zugetraut, die Pflege und Verantwortung für einen Angehörigen zu übernehmen, zum anderen werden sie eher vom Pflegebedürftigen ausgewählt, die Pflege zu leisten. Insbesondere hochaltrige Frauen, die aufgrund ihrer höheren Alterserwartung und oft längeren Pflegezeit gegenüber ihren männlichen Altersgenossen eine große Gruppe der zu Pflegenden in Deutschland bilden, bevorzugen bei der Pflege Frauen.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zum einen gehört es für diese Gruppe der zu Pflegenden zu ihrem weiblichen Rollenverständnis, dass die Pflege und Betreuung von Frauen geleistet wird, zum anderen spielen intime Gründe wie Schamgefühle und Erhalt der Intimsphäre und Integrität eine große Rolle. Hochaltrige Frauen möchten nicht von ihren Söhnen oder Enkelsöhnen gewaschen oder gar gewindelt werden, dies käme für sie einem Verlust ihrer Würde gleich.

PB Also mein Schwiegervater wohnt ja noch hier mit im Hause (..) und ehm also das war ein ganz dolles Tabuthema, also der durfte keine pflegerischen Verrichtungen an ihr machen, das wollte sie nicht und das war auch in Ordnung (..) ehm (..) was er machen konnte war ihr dann mal Brot zu geben oder so, das er hat auch machen dürfen auch und alles andere, ich sag mal gerade, was so die Körperlichpflege, was Ausscheidungen angeht, das war mein Bereich, weil da wollte sie auch nicht dass ihre Tochter das machen sollte ne (...) aber sie hat das zugelassen dass ich das gemacht hab, das war für sie in Ordnung. (PB10).

Die Interviewpartnerinnen trauen Frauen eher zu, darauf zu achten, dass sie ordentlich gekleidet und frisiert sind und somit in ihrem Stolz und ihrer Würde bleiben können. Diesen Wünschen der Angehörigen wird in der Regel von der Familie nicht widersprochen. Zudem betrachten Frauen trotz des modernen Frauenbildes die Pflege von Angehörigen als ihre Aufgabe und Teil ihrer Rolle innerhalb der Familie. Die Rolle der Frau als Helfende und Pflegende wurde in vorangegangenen Frauengenerationen nicht infrage gestellt. Erst durch Frauenbewegungen und dem Ruf nach Emanzipation wandelte sich zunehmend das Bild der Frau und damit auch ihre Wirkungs- und Handlungsspielräume. Über Generationen festverankerte Werte- und Normenkonstrukte bleiben jedoch erhalten, wie das folgende Zitat zeigt:

PB // Das hätte man sich früher, nie getraut.// #00:36:30-8# Also unsere Erziehung ist nicht so. Wir wurden so erzogen, jeden alles recht machen.(PB_03)

Für viele Interviewpartnerinnen war es ausgeschlossen, die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, ihre Männer die Pflege übernehmen zu lassen. Sie haben im Laufe ihres Lebens verinnerlicht, Verantwortung für die Familie zu tragen, wozu auch gehört, sich um den Angehörigen zu kümmern und sie nicht aus dem Familienband herauszulösen, beispielsweise durch Heimunterbringung. Männern wurden von unseren Interviewpartnerinnen eher Aufgaben zugewiesen wie Einkäufe zu erledigen oder den Angehörigen zum Arzt zu fahren und vor allem, für den finanziellen Rückhalt der Familie zu sorgen. Somit geht es auch um praktische Alltagsbewältigung, verteilt nach Kompetenzen. Viele Männer können gar nicht den Maßstäben der Frauen genügen, was Hygiene, Kochen etc. betrifft. Eine solche Aufgabenverteilung erfolgt in den meisten Fällen einvernehmlich.

Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (Sarah Rodriguez-Abello)

Die Pflege von Angehörigen ist weitaus schwieriger in den Familienalltag und noch schwieriger in den Berufsalltag zu integrieren als beispielsweise die Betreuung und Pflege von Kindern. Es fehlen die, beispielsweise bei der Kinderbetreuung üblichen, institutionellen Unterstützungsangebote. Die vorhandenen Pflegeangebote lassen es nicht zu, den zu Pflegenden (je nach Grad der Pflegebedürftigkeit) für mehrere Stunden am Tag allein zu lassen, um beispielsweise arbeiten zu gehen. Da in vielen Familien, besonders im ländlichen Raum, noch das traditionelle Bild des Mannes als Versorger der Familie aufrecht gehalten wird, gerät die Frau in ein Handlungsdilemma. Auf der einen Seite möchte sie ihre Selbstständigkeit und Selbstverwirklichung, beispielsweise durch eine berufliche Tätigkeit, aufrechterhalten, auf der anderen Seite fühlt sie sich verpflichtet, die verantwortungsvolle, familiäre Aufgabe der Pflege zu übernehmen, um den Angehörigen nicht „ins Heim abschieben“ zu müssen. „Es spricht vieles dafür, dass weiterhin geschlechterspezifische Rollenerwartungen in Familie und Gesellschaft vorherrschen. Gefühls-, Sorge- und Beziehungsarbeit sowie die sozialisationstypische Aufgabe der Betreuung und Pflege von Familienmitgliedern wird immer noch stark den Frauen zugeschrieben und von ihnen erwartet“ (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2012: 133)

„Die heutige Frauengeneration, im Vergleich zu einer früheren Generation, befindet sich mitten in einem geschlechtlichen Rollenwandel. Traditionelle Rollenverteilungen (männlicher Haupternährer und weibliche Pflegeperson) werden weniger angestrebt. Immer mehr Frauen steigen in die Berufswelt ein und hegen den Wunsch nach Selbstbestimmung und finanzieller Unabhängigkeit. Obwohl ihre Ansprüche zur Eigengestaltung des Lebens gestiegen sind, bilden Frauen nach wie vor die Mehrheit bei der meist unbezahlten Angehörigenpflege. Es scheint in der Tat so zu sein, dass der herrschende moralische und gesellschaftliche Druck Frauen zurück in die alten Rollenbilder drängt, unabhängig davon, wie emanzipiert sie sind“ (Perrig-Chiello 2010 in Perrig-Chiello und Höpflinger, 2012: 134).

Pb Klar, wenn ich nach dem Arbeitstag dann gleich noch meinen (Autoshopper) weiterfahre erstmal einkaufen und wischen und persönliche Zuwendung und eigentlich bin ich ja nach der Arbeit auch ein

bisschen (..) () wieder mal hinhauen - also es ist dann schon eine, eine Überwindung manchmal dann doch zu sagen die warten auf mich auch wenn ich selber heute eigentlich keine Lust mehr heute hab und eigentlich für mich die Zeit bräuchte (..) /eh/ ((Auto fährt vorbei)) ist es mehr der (Druck) und dann ist es aber auch () Meine Schwester wird, wird auch viel mehr, ist ja viel mehr eingebunden - sie kann, sie wird ja viel mehr als Belastung vielleicht empfinden, aber das ist das, das - das wo ich sage das gegenseitige wiedergeben und nehmen. Sie hat die ganzen Jahre auch, sagt sie ja ((Auto fährt vorbei)) davon profitiert, dass die Eltern im Haus gewohnt haben und mobil waren. Sie konnte sie eben, sie war sie unabhängig, obwohl sie eben auch ihre drei Kinder Zuhause hatte. Jetzt sind die drei Kinder erwachsen oder gehen ins Erwachsenenleben rein, aber da ist immer jemand da, dadurch dass die eben noch Zuhause sind alle. (PB02)

Wie bereits angesprochen, erfolgt bei der Übernahme der Pflege oft kein Aushandlungsprozess. Vielmehr fühlen sich Frauen in der Pflicht, die Pflege zu übernehmen, und sie tun dies auch gern. Das Handlungsdilemma hat oft zur Folge, dass die Lösung darin besteht, die berufliche Tätigkeit stark einzugrenzen oder ganz aufzugeben, um die familiäre Aufgabe zu übernehmen. Besonders verheiratete Frauen sind eher bereit, ihre Erwerbstätigkeit einzuschränken oder aufzugeben, um die Pflege in der Familie zu leisten (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2012: 133). „Interessant ist vor allem, das Frauen scheinbar unbeirrt familiäre Pflegearbeit übernehmen, obwohl sie selber im Alter kaum mit einem „Retourn of Investment“ rechnen können“ (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2012: 133).

Viele Frauen haben vor allem nach der Pflegezeit erhebliche Probleme, wieder eine Arbeit aufzunehmen. Als Folge drohen ihnen geringe Rentenzahlungen im Alter, ein Problem, dem auch derzeit hochaltrige zu pflegende Frauen ausgesetzt sind, da sie besonders im ländlichen Raum eher Hausfrau, Mutter und Hilfskräfte in der Landwirtschaft waren, was ihnen jedoch keine Rentenpunkte brachte.

Das Pflegearrangement, welches unter einem solchen Handlungsdilemma gegründet wird, wird von den Frauen oft als belastend empfunden. Die Interviewpartnerinnen betonten, dass sie die Pflege gern und von Herzen leisteten, jedoch niemand ihre alltäglichen Herausforderungen anerkennen würde und die Belastungssituationen vielseitig seien, da es eine enorme Leistung ist, Pflege, eigene Familie und ggf. noch eine geringfügige Beschäftigung unter einen Hut zu bringen.

PB Ja - ich war schon mal ausgepowert, ja das war ich schon vor ein paar Jahren ((holt tief Luft)) weil ich mir dann auch gedacht habe, naja gut alles musst du schaffen - ich hatte damals noch Vater, noch (.) drei Schichten arbeiten, mein Vater ein halbes Jahr im Krankenhaus. Jeden zweiten Tag ins Krankenhaus (.) und er hat eigentlich ich verlangt, dass ich komme. Er war da so einer, also (..) ich möchte von dir gepflegt werden“ (PB04).

Oft führt eine solche Situation dazu, dass die Frauen anfangen, an dem zu sparen, was vermeintlich einen Ausgleich bringen könnte. Sie fühlen sich nicht mehr in der Lage, Hobbys nachzugehen oder soziale Kontakte zu pflegen. Die Pflege beginnt, sie schrittweise zu vereinnahmen, eine Erkenntnis die in den Interviews überwiegend von Frauen reflektiert wurde, bei denen das Pflegearrangement bereits einige Zeit zurücklag. So sprachen wir beispielsweise mit einer jungen Frau, die die Oma des Mannes pflegte und selbst Altenpflegerin war. Sie berichtete uns von meh-

reren Jahren, in denen sie im Prinzip zwei Schichten arbeitete, eine entgeltliche Berufliche und eine unentgeltliche Private. Sie gab an, dass ihr erst nach dem Tod der Pflegeperson bewusst geworden sei, dass sie weit über ihre Grenzen gegangen war, um die private Pflege leisten zu können. Jedoch hatte die Familie große Hoffnungen und Erwartungen in sie gesetzt, denen sie auch gerecht werden wollte. Die Folge war eine langanhaltende Überlastung, in deren Konsequenz die Interviewpartnerin beschrieb, sie hätte erst einmal wieder lernen müssen, zu leben und zu genießen.

Unsere Interviewpartnerinnen unterscheiden sich im Umgang mit ihren jeweiligen Pflegearrangements. Die Frauen, die das Gefühl hatten, für ihre Leistung Anerkennung und Bestätigung sowohl von der Familie als auch von außen zu bekommen, konnten sich gut in ihre Situation einfinden und der Pflegezeit auch positive, schöne Aspekte abgewinnen, aus denen sie Kraft schöpften. Genannt wurden: das Gefühl, etwas Gutes zu tun, eine enge Bindung zur Pflegeperson, Dankbarkeit der Pflegeperson und der Familie, Anerkennung des Wohnumfeldes und das Gefühl, dass der Verzicht auf den Beruf nicht so schwer wiege, da er zugunsten etwas Wichtigerem, Sinnvollem getätigt wurde. Sie thematisierten auch einen gewissen Stolz über die Erbringung dieser familiären Leistung.

Einen weiteren Unterschied konnten wir feststellen zwischen Frauen, die eigene Kinder zu betreuen hatten und pflegten, und Frauen, deren Kinder bereits erwachsen bzw. Frauen, die kinderlos waren. Frauen mit jüngeren Kindern grenzten sich deutlich stärker vom Pflegearrangement ab und achteten bewusster auf ihre persönliche Belastungsgrenze. Dies wurde auch von anderen pflegenden Frauen in der Familie akzeptiert und unterstützt. Es scheint diesbezüglich eine Art Loyalität unter den Frauen einer Familie zu geben, die über mehrere Generationen reicht. Die Frauen, die versuchten, sich abzugrenzen, taten dies jedoch nicht direkt und konfrontativ, sondern vielmehr indirekt. So nutze eine Interviewpartnerin beispielsweise einen versteckten Weg, um das Haus zu verlassen, wenn sie Zeit für sich haben wollte, ohne sich rechtfertigen zu müssen. Daran sieht man, wie einnehmend die Pflegesituation werden kann.

Der hohe Anteil und die Spezifik weiblicher Pflegetätigkeit besitzt im Sinne der Geschlechterrollen ein männliches Gegenüber. Im Interview PB 04 organisiert beispielsweise der Bruder der Interviewten einen bedeutenden Teil der instrumentellen Unterstützung. Die Interviewperson konzediert, dass er ganz anders an die Pflege herangeht, indem er nämlich sehr viel mehr Pflegeleistungen außerhalb der Familie erbringen lässt und dafür sehr genau die finanziellen Handlungsräume ausloten würde. Damit wird auf eine klassische Rollenverteilung rekurriert, nämlich der Pflegebeteiligung im materiellen Sinne durch Finanzierung, Bereitstellung von Sachmitteln, Antragsstellung bzw. Kommunikation mit Behörden. In die meisten Pflegekonstellationen sind auch Männer involviert, oft sind es Söhne, Ehepartner, Lebensgefährten. Oft bleibt ihre Rolle etwas diffus. Männer erhalten für ihre pflegerischen Tätigkeiten eher Anerkennung und auch Unterstützung durch andere Personen.

4.7 Pflege als Modernisierungsfalle?

In den bisherigen Ausführungen wurde vor allem der Konflikt zwischen beruflichen Anforderungen bzw. Entwicklungen und denen der familiären Pflege thematisiert. An dieser Stelle soll der Frage nachgegangen werden, ob sich diese aus einer erneuten Modernisierungsphase ergeben (der so genannten zweiten Moderne), die sich dann in der Alltagswelt, den familiären Beziehungen und den biografischen Verläufen als Spannungen oder Belastungen widerspiegeln.

Theoretischer Ausgangspunkt sind die Überlegungen von Burkhard Lutz, dass der Kapitalismus als „Landnahme“ zu verstehen sei, nämlich im Sinne des Aufbrauchens des traditionellen Sektors in der Modernisierung. Diese Entwicklung basiert vor allem auf dem Umstand, dass „die Durchsetzung wohlfahrtsstaatlicher Politik mit ihren verschiedenen Elementen eine zentrale historische Leistung der europäischen Nationen nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs darstellt. Auch konnte plausibel gezeigt werden, wie die hierdurch bewirkte Neutralisierung von Lohngesetz und Reservearmee-Mechanismus dem industriell-marktwirtschaftlichen Sektor die Möglichkeit eröffnete, im Zuge einer »inneren Landnahme« den traditionellen Sektor aus der bis dahin dominierenden Stellung in der alltäglichen Versorgung der Bevölkerung zu verdrängen und die in ihm gebundenen Arbeitskräfte für Lohnarbeit in seine Betrieben zu mobilisieren“ (Lutz, 1989: 229). Die „‚Landnahme“ wird einerseits als Einbeziehung immer breiterer Bevölkerungsgruppen in die Lohnarbeit angesehen. Diese Tendenz fand in Teilen der ländlichen Gesellschaft erst relativ spät statt, nämlich dort, wo der bäuerliche Familienbetrieb Wirtschafts- und Versorgungsleistungen gleichzeitig erbrachte. Inzwischen ist die ländliche Gesellschaft in hohem Maße von Lohnarbeit – auch der Frauen – geprägt. Die Erwerbsbeteiligung und die Erwerbsquote der Frauen liegt vielerorts nur wenig unter der der Männer (Beetz, 2015).

Der Prozess der „Landnahme“ erfasst aber noch einen weiteren Aspekt: Die sogenannten traditionalen Unterstützungssysteme (insbesondere die der Familie) werden zunächst als Sicherungssysteme ausgelastet und tragen den Prozess der Industrialisierung und Modernisierung in entscheidenden Maße mit. Die vorhandenen Rückbindungen ermöglichen die Mobilisierung (in) der Gesellschaft, gleichzeitig geraten diese natürlichen und informellen Unterstützungsnetzwerke unter enormen Druck. Im Zuge der so genannten Tertiärisierung gehen viele ehemals traditional in den Familien erbrachte Leistungen in den marktwirtschaftlichen Sektor über, was zu einem weiteren Anstieg der Lohnarbeit führt. Ein ähnlich gelagertes Konzept mit einer etwas anderen Stoßrichtung geht von einer zunehmenden Inwertsetzung von Leistungen aus dem so genannten Reproduktionsbereich aus (Krenn, 2014).

Die Widersprüchlichkeit der gesellschaftlichen Entwicklungsstränge in der Veränderung von Pflegearrangements wird im folgenden Zitat einer Expertin angesprochen. Die unterschiedlichen Dimensionen von Individualisierung, (beruflicher) Selbstverwirklichung, Entpflichtung bei gleichzeitiger Erwartungserwartung, Subjektivierung der Arbeitswelt geraten in eine Gemengelage, die nicht nur unübersichtlich, sondern für die Interviewpartnerin offenbar auch nicht erkennbar ist, wie die einzelnen Faktoren zusammenpassen.

PE Das Verständnis für Pflege sich verändert hat. (...) Ich kann es gar nicht so richtig sagen (.) dieses mehr, mehr an sich zu denken, wie eigentlich (.) das soziale Verhalten gegenüber seinen Angehörigen / Ich (unv.) egoistisch (.) äußern. Aber es ist schlussendlich (.) ja, ich muss ja genauso arbeiten gehen. Ich habe ja meine Ausgaben, denen ich ja auch irgendwo gegenüberstehe. Und da lasse ich mir auch kein schlechtes Gewissen einreden, manchmal vielleicht doch, aber nicht unbedingt. Aber (.) ich weiß nicht, wem man das (.) zuschieben kann. Also da kann ich ihnen die Frage überhaupt nicht, in keinster Art und Weise, beantworten und warum das so passiert ist, vielleicht nehmen Sie das daraus, dass ganz einfach die Strukturen sich hier von Seiten der Arbeitgeber verändert haben (PE01).

Im Forschungsansatz der alltäglichen Lebensführung stoßen im familiären Alltag (immer noch), insbesondere der Frauen, konkurrierende Lebensbezüge, sprich die Anforderungen von Familie und Arbeitswelt, aufeinander. Erwerbstätigkeit, aber auch Freizeittätigkeit stellen Lebensbereiche dar, die gesellschaftlich mit einer hohen Wertschätzung versehen sind. Insbesondere der Stellenwert von Freizeit hat sich zwar in den ländlichen Räumen gewandelt, innerhalb von Pflegearrangements wird sich dieser Lebensbereich aber häufig versagt. Biografisch konterkariert dies häufig die Autonomie in den eigenen Lebensentwürfen und in den (beruflichen) Entwicklungsmöglichkeiten – das Pflegearrangement setzt eine Verbindlichkeit bei getrennten Lebensentwürfen voraus (Preuß, 2014). Neben der Alltags- und biografischen Organisationen werden in diesem Konzept auch die von uns beobachteten unterschiedlichen zeitlichen Rhythmen von Pflegenden und Pflegeempfängern als Belastungsfaktoren benannt, wenn diese immer wieder in Einklang gebracht werden müssen. Die Tätigkeit des ständigen Organisierens – dies wurde im Fallbeispiel von Frau A. sehr deutlich – wird oft als weitaus problematischer empfunden als die instrumentelle Pflegetätigkeit selbst.

Tabelle 3: Gegenüberstellung häuslicher und flexibler Pflegearrangements

Häusliches Pflegesystem	Flexibles Pflegesystem
Entstanden aus einem hof-/ hausbezogenen Versorgungssystem	Entstanden aus wohlfahrtsstaatlichen Versorgungsleistungen
Moralisch-ökonomische Pflicht	Differierende Motivlagen
Notwendigkeit	Tendenz zur Freiwilligkeit
Selbstverständlichkeit der Leistungen	Gratifikationen für Leistungen
Gemeinsame Tätigkeiten von Pflegenden und Pflegeempfängern	(Teilzeit-) Berufstätigkeit der Pflegenden
Eingebunden in den ganzen Alltag	Teilbereich des Alltags
Ein Ort	Multilokalität
Versorgungstätigkeiten	Organisationstätigkeiten

Der Wandel von einem häuslichen zu einem flexiblen Pflegesystem macht es den Pflegeempfängern nicht einfach, das Pflegearrangement der Pflegenden zu verstehen: Zwar ist der Arbeitsethos ein zentraler Wert ländlicher Gesellschaften, aber die Arbeitsstrukturen und die Formen der Berufstätigkeit haben sich gravierend verändert. Vielerorts erfolgte die Arbeit noch vor wenigen Jahrzehnten in einem lokalen Nahraum, die Arbeitswege sind in den früher überwiegend landwirtschaftlich geprägten Orten nun länger geworden. Die Arbeit stellt häufig nicht nur eine

höhere zeitliche Anforderung und Flexibilität, sondern die Subjektivierungsleistungen in der Arbeitswelt lassen viel Arbeitnehmer die Arbeit im Kopf mit nach Hause nehmen.

Tabelle 4: Erwerbsformen nach Pflegebeteiligung (Periode von drei Jahren) (Bewohnerbefragung 2013)

	Vollzeit	Teilzeit	geringfügig	Hausfrau/mann	Rente
Pflegende ges.	30,4	19,2	5,6	4,8	30,8
Nichtpflegende	41,9	13,4	4,3	3,0	25,7
Hauptpflegeperson, weiblich	55,4	4,2	1,2	-	36,1
Hauptpflege, männlich	25,5	19,6	5,9	-	

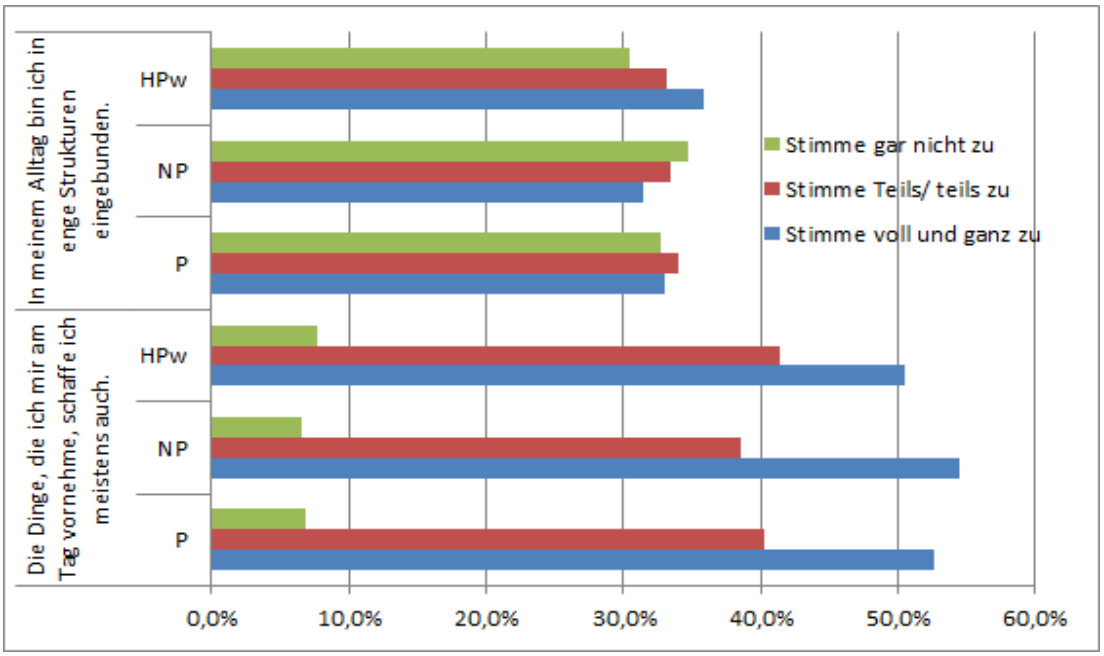
Interessant ist, dass Pflege nicht nur quantitativ ein wesentlicher Bestandteil des Alltags ist, sondern sie hinsichtlich der Lebensführung der Pflegenden strukturell in den Alltag eingebunden ist. Die pflegenden Frauen haben die Arbeitszeit in Zusammenhang mit Pflegeleistungen kaum reduziert. Bei den Pflegenden herrscht insgesamt eine hohe Erwerbsorientierung vor: Weibliche Hauptpflegepersonen sind zu 55,4 % vollzeitbeschäftigt (vgl. Tabelle 4). Zu berücksichtigen ist dabei, dass wir keine Aussagen zur aktuellen Pflegebeteiligung geben können, da wir eine Periode von ca. drei Jahren erfragt haben. Trotzdem indizieren die Ergebnisse eine relativ hohe Erwerbsorientierung, die hohe Ansprüche an die Lebensführung in Pflegephasen stellt. Bei den Erwerbstätigen mit verringerter Arbeitszeit gaben nur 56 % der Pflegenden an, dass sie das aus Gründen der Pflege tun, wobei hier nicht ausdrücklich die Pflege Älterer erfragt wurde (Nichtpflegende 51 %). Die quantitativen Ergebnisse fanden sich in den Interviews mit Pflegenden wieder.

Tabelle 5: Arbeitsbedingungen nach Pflegebeteiligung (Periode von drei Jahren) (Bewohnerbefragung 2013)

	Arbeitsstelle am Wohnort	Arbeits-weg unter 15 min	Teilweise selbst-bestimmte Arbeitszeit	Arbeit von zu Hause möglich	Kein Problem bei Notfällen einen Tag frei zu nehmen
Hauptpflegeperson, weiblich	23,9	43,2	57,1	19,6	39,3
Hauptpflege, männlich	29,7	36,0	64,9	35,1	51,4

Tabelle 5 kann insoweit Hinweise auf die Arbeitsbedingungen geben, wenn wir davon ausgehen, dass die Arbeitsstellen über einen längeren Zeitraum die gleichen blieben. Ca. 90 % der Hauptpflegepersonen gaben an, dass ihre Arbeitsstelle relativ sicher sei, sodass wir von einer gewissen Konstanz ausgehen können. Dass nicht die Pflegesituation allein die alltägliche Lebensführung bestimmt, darauf deutet Abbildung 20 hin.

Abbildung 20: Alltägliche Lebensführung nach Pflegebeteiligung (Bewohnerbefragung 2013); HPw Hauptpflegeperson weiblich, NP nichtpflegende Befragte, P Pflegende



Weibliche Hauptpflegepersonen geben zwar am häufigsten an, in enge Alltagsstrukturen eingebunden zu sein und nicht alle Angelegenheiten im Alltag zu schaffen, aber diese Unterschiede sind nur graduell. Dies geht mit den aus den Tiefeninterviews hervorgegangenen Befunden einher, dass nicht die alltägliche Lebensführung selbst die Belastung darstellt, sondern vielmehr geringe emotionale Unterstützung, normative Selbstverständlichkeit und/oder Verantwortungsdruck. Es wäre jedenfalls die falsche Fährte, die Probleme in der Zunahme weiblicher Erwerbstätigkeit zu sehen. Erwerbstätige Pflegende sind tendenziell sogar zufriedener mit ihrer Lebenssituation als nichterwerbstätige Pflegende (Geyer und Schulz, 2014).

Die Belastungssituationen müssen umfassender gesehen werden und das Moment der Pflege spielt darin nur eine Rolle. In der Passage einer Expertin und Pflegenden wird dies deutlich:

PB Und ob ich dann noch nach der Arbeit Lust habe, zum Quatschen - ha, ha, ha. Das mag vielleicht mal am Wochenende so sein oder so. So und welche Verpflichtungen kommen dann? Ich muss das Haus meines Papas putzen, ich muss das Haus meiner Oma putzen. Und? Dann nach dem Putzen gehe ich dann auch wieder Heim und quatsche nicht. So läuft es. (PE01)

Die Ambivalenzen, Unsicherheiten und Umbrüche des gesellschaftlichen Wandels sind beim Thema der familiären Pflege in ländlichen Räumen deutlich spürbar, er hat Auswirkungen auf Pflegearrangements und die Zukunftssicht der Pflegenden. Es werden sehr unterschiedliche Strategien im Umgang mit diesen Ambivalenzen in den Interviews sichtbar, oft werden die Ambivalenzen aber nicht sichtbar gemacht, sondern eine normativ gesättigte Eindeutigkeit hergestellt.

4.8 Verortungen der Pflege

Lokale Unterschiede in den Pflegesystemen

Bemerkenswert war in unseren Untersuchungen, dass sich die Pflegearrangements in unseren Untersuchungsorten teils erheblich unterschieden. Die jeweiligen Verortungen der Pflegearrangements spielen deshalb für deren Strukturen eine wichtige Rolle. In Tabelle 6 sind sowohl Daten aus der Bewohnerbefragung als auch Aussagen aus den ExpertInneninterviews zusammengestellt worden, die Hinweise darauf geben, dass die Pflegearrangements offenbar durch bestimmte lokale Bedingungen geprägt werden. In Anlehnung an Blinkert und Klie (2006) sprechen wir von lokalen Pflegekulturen.

Tabelle 6: Unterschiede in den Pflegearrangements nach Untersuchungsorten

		Finneland	Ralbitz	Freienseen	Kusterdingen	Westrup
Pflegende (Bewohnerbefragung 2013)						
aktuell Pflegende	%	24,0	22,1	28,9	20,7	17,0
dav. eine Person pflegend	%	83,6	80,3	71,8	74,2	87,1
dav. mehr als eine Person	%	16,3	19,6	28,2	25,8	12,9
dav. Hauptpflegeperson	%	36,7	28,6	48,7	33,9	54,8
Unterstützung der Pflegenden durch … (Mehrfachnennungen) (Bewohnerbefragung 2013)						
Familie	%	63,2	82,1	66,6	64,5	80,6
Netzwerke	%	22,4	5,3	9,0	9,7	0
Professionell	%	67,3	51,7	29,5	43,5	64,5
Beantwortung der Frage „Ein Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim ist hier Teil einer normalen Lebensperspektive“ (Bewohnerbefragung 2013)						
Trifft voll und ganz zu/ Trifft eher zu	%	27,9	8,7	19,0	39,8	42,8
Trifft eher nicht zu/ Trifft überhaupt nicht zu	%	48,5	63,2	50,5	29,4	18,1
Lokale Charakteristik (Expert_inneninterviews)						
Aussagen zur Pflegesituation		Nachbarschaftliche Hilfe spielt eine Rolle, weniger in der Pflege denn in der alltäglichen Unterstützung	Pflege ist Angelegenheit der Familien, die Aufgaben sind oft über mehrere Familienmitglieder verteilt	Große Bedeutung der familiären Pflege, wenige Alternativen	Vernetzung der verschiedenen Hilfeleistungen	Hauptpflege findet in den Kernfamilien statt, oft mit ambulanter Unterstützung
Verteilung der Pflegeformen im Landkreis (Pflegestatistik 2011						
Ausschl. private Pflege	%	45,4	44,6	57,2	44,5	41,1
Ambulante Pflege	%	24,6	25,0	19,8	23,9	25,9
Stationäre Pflege	%	29,4	29,6	22,5	30,4	31,5

Die Unterschiede in den lokalen Pflegekulturen betreffen Merkmale wie die in der Pflege beteiligten Personen, die Struktur der Unterstützungsnetzwerke der Pflegenden, die sozialkulturellen Orientierungen vor Ort, die Akzeptanz und das Vorhandensein einer Pflegeinfrastruktur.

In der Untersuchungsgemeinde Ralbitz-Rosenthal wird beispielweise die Pflege älterer Personen vor allem innerhalb der Familie verortet. Aufgrund der relativ großen Kernfamilien und oft dichter Kontaktnetze innerhalb der Verwandtschaft sind in den Pflegearrangements zumeist mehrere Familienangehörige relativ stark beteiligt. Oft sind es die Kinder der Pflegebedürftigen, die sich die Pflegeaufgaben teilen. Der Anteil von Hauptpflegepersonen an allen Pflegenden ist deshalb relativ niedrig. Der Anteil der aktuell Pflegenden ist aufgrund der demografischen Struktur der Gemeinde ebenfalls relativ niedrig, obwohl gerechnet auf jeden zu Pflegenden durchschnittlich mehr Personen beteiligt sind. Trotz oder wegen des Anscheins stabiler Pflegearrangements herrscht in der Gemeinde eine große Ungewissheit, ob dieses System in Zukunft funktionieren und die eigene Pflege gewährleistet sein wird. Informelle Unterstützungssysteme werden als fragil beschrieben, daraus wird ein höherer Unterstützungsbedarf in formeller professionalisierter Pflege abgeleitet. Besonders in Ralbitz-Rosenthal mit seinem hohen Anteil an familiären Unterstützungsnetzwerken wird dieser Wandel hervorgehoben und der Veränderungsdruck betont. In der traditionellsten Gemeinde ist bei den ExpertInnen das Gefährdungsszenario am stärksten ausgeprägt

Zum Vergleich noch ein Blick auf Westrup. Die Familienzentrierung der Pflege ist hier ebenfalls sehr hoch, aber aufgrund der familiären Strukturen verteilen sich die Pflegeleistungen auf weniger Personen. Die Sozialisation und die Erwartungserwartung, Kinder sollten ihre Eltern pflegen, besteht auch hier, aber die Pflegearrangements unterscheiden sich: Einerseits ist die Anzahl der Geschwister kleiner, anderseits sind sehr strikte Geschlechterrollen vorhanden. Andere Unterstützungsformen werden (bislang) kaum erwogen. Zwar wurde auch in Westrup der Wunsch formuliert, so lange wie möglich im eigenen Haus alt zu werden, allerdings wurden deutliche Zweifel laut, ob das gehen werde, weil in vielen älteren Haushalten die Kinder nicht im Ort oder in der Nähe wohnen würden. Die Zustimmung zur der Aussage, dass der Umzug in ein Pflegeheim normaler Bestandteil der Biografie sei, fällt entsprechend hoch aus. Die Vorstellungen über alternative Pflegearrangements sind eher vage.

Infrastruktur der Pflege

Im folgenden Kapitel sollen die regionalen Pflegekulturen mit der entsprechend vorhandenen Infrastruktur abgeglichen werden. Außerdem geht es darum, zu prüfen, ob die formellen Unterstützungssysteme im ländlichen Raum tatsächlich geringer ausgeprägt sind. Wir haben bislang deutlich gemacht, dass professionelle Pflegeanbieter auch in ländlichen Räumen eine große Rolle in den Pflegearrangements und in der Unterstützung der familiären Pflege spielen.

Die kleinräumige Erfassung von Pflegestrukturen im ländlichen Raum ist nur rudimentär entwickelt, es fehlen nicht nur die dafür notwendigen Daten, sondern auch eine theoretische Grundlage der Systematik von Pflegeinfrastrukturen (Höhmann, 2009; Hänel 2013). Im Folgenden soll

zunächst untersucht werden, welche professionellen Pflegeleistungen in den untersuchten Gemeinden angeboten werden. Dies geschieht vor allem in Hinblick auf die Frage: Liegt eine Unterdeckung der professionellen Pflegeleistungen vor und betrifft dies ggf. bestimmte Pflegeleistungen und Orte?

Im Allgemeinen wird die Infrastruktur professioneller Pflegeanbieter und medizinischer Versorgung in ländlichen Räumen als schlechter gegenüber urbanen Räumen eingeschätzt. Vor allem wird das Problem der fachärztlichen Versorgung formuliert: Einerseits ist die Erreichbarkeit nicht gegeben, andererseits versorgen Fachärzte im ländlichen Bereich deutlich mehr PatientInnen. Es handelt sich allerdings um ein regionales Phänomen, denn die Defizite im Versorgungsgrad bestehen gegenüber dem großstädtischen Raum, die Situation in den Mittelstädten ist ähnlich gelagert (Dennig, Greß und Stegmüller, 2013; Jurk, 2012: 24). „Although most differences in health status between rural and urban elders disappear when other population characteristics are controlled" (Cutler und Coward, 1988). Eine weitere Einschränkung richtet sich auf die weiter bestehenden Disparitäten in der Erreichbarkeit, in der Wahrnehmung und Nutzung formaler Dienste in der Pflege (Dwyker, 1994: 4).

Soziale Dienste in ländlichen Regionen haben ihren Hauptsitz oft in den Mittel- und Oberzentren, arbeiten oft weniger spezialisiert denn generalistisch, haben ein größeres Einzugsgebiet bzw. Versorgungsradius. Da sich ländliche Räume ebenso wenig wie städtische pauschal beurteilen lassen, kann es sich bei diesen Einschätzungen nur um eine grobe Tendenz handeln. Der Zugang resp. die Erreichbarkeit kann am Stadtrand einer Großstadt beispielsweise eingeschränkter sein als in nahe gelegenen Dörfern einer Mittelstadt in einer ländlich geprägten Region.

Ralbitz – Rosenthal

Obwohl in Ralbitz-Rosenthal die Familienzentrierung der Pflege sehr ausgeprägt ist, gibt es eine relativ gute Infrastruktur der Pflege. Dies wird von Pflegenden und ExpertInnen auch so eingeschätzt. Auffallend ist, dass bei einer sonst großen Vielfalt an Vereinen und Organisationen im Bereich der Pflege und Betreuung Älterer uns keiner bekannt geworden ist.

Von Pflegeden und ExpertInnen wurden Befürchtungen geäußert, dass sich die Pflegestruktur in den kommenden Jahren gravierend ändern würde und ein Mehrbedarf an ambulanter wie stationärer Pflege entstehen werde, weil das Primat der familiären Pflege nicht aufrechtzuerhalten wäre. Die ExpertInnen betonten bei Einschätzung der Situation teilweise den Fachkräftemangel und den zunehmenden Bedarf an stationärer Pflege. Eine Besonderheit besteht darin, dass wiederholt der Wunsch nach sorbisch sprechendem Pflegepersonal geäußert werde.

Tabelle 7: Infrastruktur der Pflege In Ralbitz-Rosenthal (eigene Recherchen)

Ambulante Pflegedienste	1 – 10 km Entfernung: 3 Mobile Pflegedienste Pflegedienste Malteser in Räckelwitz, 10 – 20 km Entfernung: zahlreiche Mobile Pflegedienste (Kamenz/ Bautzen)Diakonie Kamenz, Rotes Kreuz Königswartha, Caritas, eine Frau in Königswartha; DRK-Pflegeheim Königswartha, Caritas-Heim
Kurzzeit/Tagespflege	
Betreutes Wohnen	Crostwitz
Pflegeheim	1 – 10 km Entfernung: 2 Alten- und Pflegeheime 10 – 20 km Entfernung: zahlreiche Alten- und Pflegeheime (Kamenz/ Bautzen)
Pflegeberatung	
Hausärzte	1 – 10 km Entfernung: 2 Allgemeinmediziner (Herr Jahny direkt im Ort Ralbitz)
Vereine/Kirchen	

Finneland

Die Situation der Infrastruktur der Pflege wurde in Finneland wie in der gesamten Region wurde – im Vergleich mit den anderen Untersuchungsgemeinden -.eher problematisch geschildert. In der stationären Pflege gelten Wartezeiten von einigen Monaten, wobei dringende Aufnahmen (immer noch) realisiert werden können.

Hervorgehoben wird von den ExpertInnen der Fachkräftemangel, vor allem in der ambulanten Pflege, sodass befragte Unternehmen nicht weiter expandieren können, obwohl der Markt aus deren Einschätzung durchaus vorhanden wäre. Pflegeberatung wird in der Regel durch die Hausärzte und die ambulanten Pflegedienste erbracht, spezialisierte Fachberatungen sind nicht bekannt. Angehörigen- und Selbsthilfegruppen gibt es in Naumburg. Der Versuch, eine Angehörigengruppe Pflegender in der Nachbargemeinde aufzubauen, sei fehlgeschlagen. Die Situation der Hausärzte wird als angespannt, aber nicht dramatisch beschrieben.

Tabelle 8: Infrastruktur der Pflege In Finneland (eigene Recherchen)

Ambulante Pflegedienste	direkt im Ort Kahlwinkel: 1 Mobiler Pflegedienst, Pflegedienst Diakonie Saubach, privater in Borgau, Pflegeheime in Bad Bibra, Laucha, Nebra, In Heimen Kurzzeitpflege bei freien Plätzen
Kurzzeit/Tagespflege	
Betreutes Wohnen	
Pflegeheime	1 – 10 km Entfernung: 1 Pflege- und Altenheim.10 – 20 km Entfernung: 3 Pflege- und Altenheime
Pflegeberatung	
Hausärzte	1 – 10 km Entfernung: mindestens 5 Allgemeinmediziner.(eine Ärztin in Saubach „mit 60 Jahren noch lange nicht aufhören“)
Vereine/Kirchen	10 – 20 km Entfernung: 1 Selbsthilfegruppe.(10 km Entfernung: bei Altenroda,.Kirchgemeinde – hier soll es jemanden geben, der, angestellt bei der Kirche, pflegendenAngehörige unterstützt)

Laubach – Freienseen

Die Pflegeinfrastruktur von Freienseen/Laubach wird von den ExpertInnen sowohl in regionaler als auch lokaler Hinsicht als gut beschrieben. Erwähnt wird zudem eine gewisse Vielfalt an nicht marktorientierten Angeboten wie die Beratungsstelle der Diakonie in Grünberg, die Demenz- und Hospizarbeit in Laubach und Lich (ein weiterer Verein in Hungen), das Demenzcafé in Lich und die „Pflegenden Handwerker“. In Freienseen wird ein Mehrgenerationenhaus aufgebaut.

In Freienseen wird von den Pflegenden und auch von den ExpertInnen problematisiert, dass die regionale Infrastruktur der Pflege zwar regional gut sei, im Ort selbst aber der Wunsch nach mehr Unterstützungsangeboten vorhanden ist.

Tabelle 9: Infrastruktur der Pflege In Freienseen (eigene Recherchen)

Ambulante Pflegedienste	1 – 10 km Entfernung: 2 Mobile Pflegedienste
Kurzzeitpflege	1 – 10 km Entfernung: 3 Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen
Betreutes Wohnen	
Pflegeberatung	
Pflegeheim	1 – 10 km Entfernung: 4 Alten- und Pflegeheime
Hausärzte	1 – 10 km Entfernung: 5 Allgemeinmediziner
Vereine/Kirchen	1 – 10 km Entfernung: 1 Mehrgenerationenhaus, 1 – 10 km Entfernung: 1 Ambulanter Hospizdienst, 1 – 10 km Entfernung: 2 Vereine/ Bürgerinitiativen mit Bezug auf Thema Pflege

Kusterdingen

Kusterdingen ist in seinen Angeboten an Pflegediensten einerseits durch seine geografische Nähe und gute Anbindung an Tübingen und Reutlingen, andererseits durch ein komplettes Angebot vor Ort, charakterisiert. In Kusterdingen wurde eingeschätzt, dass man sich auf einem sehr hohen Niveau befindet.

Das Gemeindepflegehaus Härten besitzt einen Förderverein, über den eine gemeindenahe Versorgung älterer Menschen gewährleistet werden soll. Maßgeblich an dessen Gründung beteiligt waren der damalige Bürgermeister und der Gemeindepfarrer. Intention war und ist es, die Belastung Kusterdinger Pflegender zu entschärfen, „pflegebedürftige Gemeindemitglieder zurück in die Gemeinschaft“ zu bringen, aber auch das Thema Pflege in der Gemeinde wach zu halten.[3] Als Problem wird formuliert, dass infolge der zunehmenden Multimorbidität und der Demenzerkrankung der Bewohner des Heimes die Tätigkeit der Ehrenamtlichen anspruchsvoller wird und stärker mit der Pflegeorganisation der Institution abgestimmt werden muss.

[3] Reutlinger General-Anzeiger vom 25. März 2013 „Mittendrin in der Gesellschaft“.

Tabelle 10: Infrastruktur der Pflege in Kusterdingen (eigene Recherchen)

Ambulante Pflegedienste	direkt in Kusterdingen : 1 Mobiler Pflegedienst, 1 – 10 km Entfernung: zahlreiche Mobile Pflegedienste in Tübingen/ Reutlingen
Kurzzeitpflege	dirket in Kusterdingen : 2 Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen
Betreutes Wohnen	
Pflegeberatung	dirket in Kusterdingen : 1 Pflegeberatung
Pflegeheim	dirket in Kusterdingen : 1 Alten- und Pflegeheim, 1 – 10 km Entfernung: Zahlreiche Alten- und Pflegeheime
Hausärzte	direkt in Kusterdingen : 2 Allgemeinmediziner, 1 – 10 km Entfernung: zahlreiche Allgemeinmediziner
Vereine/Kirchen	direkt in Kusterdingen : 1 Hospizdienst direkt in Kusterdingen : 1 Mehrgenerationenhaus, direkt in Kusterdingen:.2 Bürgerinitiativen/ Vereine, 1 – 10 km Entfernung weitere Vereine

Westrup

Im Untersuchungsort Westrup und auch im nahen Umfeld gibt es mehrere mobile Pflegedienste und Pflegeheime. Die Pflegheime stellen teilweise zusätzliche Angebote wie Tagespflege und Kurzzeitpflege bereit. Eine Firma, welche ausländische Pflegekräfte vermittelt, gibt es in Stemwede. Das professionelle Pflegenetz ist in der Region gut aufgestellt, es bestehen im Vergleich zu anderen Untersuchungsorten gute Wahlmöglichkeiten sowie die Möglichkeit, sich professionell beraten und begleiten zu lassen.

Von den ExpertInnen wird ausdrücklich betont und auch in den Interviews mit den Pflegenden wird es sichtbar, dass die Unterstützungsangebote auch Grenzen besitzen: Ein wichtiges Thema ist, wie vorhandene öffentliche Unterstützungsangebote von den Pflegenden angenommen werden.

Tabelle 11: Infrastruktur der Pflege in Westrup (eigene Recherchen)

Ambulante Pflegedienste	1 – 10 km Entfernung: 1 Pflegevermittlung privater Pflegekräfte; 1 – 10 km Entfernung: 3 Mobile Pflegedienste
Kurzzeitpflege	Vorhanden
Betreutes Wohnen	
Pflegeberatung	Pflegeberatung (Espelkamp) 10 – 20 km Entfernung
Pflegeheim	1 – 10 km Entfernung: 4 Pflege- und Altenheime
Hausärzte	direkt im Ort Westrup: 1 Allgemeinmediziner 1 – 10 km Entfernung: 1 Allgemeinmediziner
Vereine/Kirchen	direkt im Ort Westrup: 1 Bürgerinitiative.(will das Thema Altern und Pflege zukünftig mit bearbeiten)

Problemstellungen

Von den meisten ExpertInnen und auch von den Pflegenden wurden die Angebote im Bereich der Pflege zum gegenwärtigen Zeitpunkt im Wesentlichen als ausreichend angesehen. Dies bezieht sich aber vor allem auf den Bereich der ambulanten Pflege und die hausärztliche Versorgung, die sehr stark im Fokus standen. In anderen Bereichen und hinsichtlich zukünftiger Erwartungen konnten wir die folgenden Problemstellungen herausarbeiten:

- Im Vordergrund der Einschätzungen zur Infrastruktur der Pflege stand vor allem der Versorgungsaspekt, darüber hinausgehende Leistungen wurden teilweise gar nicht in Betracht gezogen.
- Bei der Regionalisierung von Pflegeangeboten können bereits geringe Entfernungen ein Problem darstellen, weil die Mobilitätsanforderungen nicht erbracht werden können. Bei teilstationären und stationären Angeboten spielt der lebensweltliche Bezug eine große Rolle, auch wenn das Pflegeheim nur wenige Kilometer entfernt liegt, verändern sich die Netzwerke, und die Erreichbarkeit des Herkunftsdorfes ist problematisch.
- Die wachsende Bedeutung von stationären Pflegeeinrichtungen wird von vielen ExpertInnen hervorgehoben. Ob es sich hierbei um eine grundsätzliche Entwicklung handelt (vgl. Ham et al., 2013) ist aus den Daten nicht ableitbar. Sehr unterschiedlich fallen die Bewertungen nach geeignetem Fachpersonal aus.
- Fachlichkeit: Die ärztliche Betreuung obliegt meist dem erreichbaren Allgemeinmediziner, der auch Ansprechpartner ist, während Fachärzte bei Demenz erst gar nicht hinzugezogen werden. So fehlt nicht selten bei den InterviewpartnerInnen eine Kommunikation mit ExpertInnen und Professionellen, die die Qualität der Pflege erhöhen und die Belastungssituation herabsetzen könnte (Davis, 2011).

Die gegenwärtig in der Grundversorgung relativ umfassende, wenn auch fachlich teilweise eingeschränkte Infrastruktur der ambulanten Pflege sieht sich nicht ausreichend in der Lage, die anstehenden Anforderungen adäquat zu erfüllen. Dies wurde in mehreren ExpertInnengesprächen deutlich, oft wurden Konflikte in den Professionalitätsansprüchen geäußert, weil diese nicht eingehalten werden können. Wie stark der Druck ist, macht die lange Passage im Interview der Leiterin einer Pflegestation deutlich:

PE *Ist so. Ja. Vor allen Dingen bei uns hier im Ländlichen. Ich darf davon sprechen, dass wir im Kreisverband Bautzen haben drei Sozialstationen. Wir hier, Sozialstation K., dann gibt es eine, die verwaltet (lacht, bzw. gluckst beim Wort "oder") oder (.) arbeitet (unv.) in B. hauptsächlich zentral in der Stadt und dann noch eine in N., die (..) wiederum auf Grund der Struktur der Ortschaften gar nicht so das Problem hat, von, von den Fahrtzeiten, die schlussendlich ja nicht refinanziert werden. Das ist hier ein ganz großes Problem. Die Steigerung der Spritkosten (.) das ist ja, das ist ja kein Part, wo ich mit den Kassen in Verhandlung gehen kann. Das interessiert die ja schlussendlich nicht. Das, was schlussendlich wichtig ist, das ist meine Vertragslage. Ich bin bemüht, so viel wie möglich Leistungen anzubieten und auch so anzubieten, dass ich sage, mein Personal und die Fahrtkosten, die ich zwischen den einzelnen Orten habe, müssen refinanziert sein. Und das ist ein ganz großes Problem. Und das wird noch (.) schlimmer werden. Mittlerweile, vor allem hier drüben in dem (unv.)-brauerbereich, ist es so, dass die privaten Pflegedienste mich schon anrufen und sagen, hier, in H., da ist ein Klient, den würde ich abgeben wollen, ich will dort nicht mehr runterfahren. Das kriege ich nicht bezahlt, das kriege ich*

nicht refinanziert. Und die Position, die die privaten haben - schlussendlich wir aber auch, wenn das richtig durchkalkuliert wird und irgendwann wird das werden müssen, es geht gar nicht anders und wenn wir über Zusatzleistungen sprechen, dann müssen die in den privaten Bereich gehen. Das wird kommen, das sehe ich ganz deutlich. Weiterbildungsseminare, an denen ich teilnehme, wird auch ganz viel darüber gesprochen. Es ist ja nicht bloß das Thema, das wir Klienten versorgen, sondern wir haben ja auch immer noch das Problem Fachkräfte (.) zu erhalten, die bei uns im ambulanten Bereich arbeiten. Das ist schon immer noch auch schwierig. Aber für die Zukunft weiß ich noch nicht so richtig, wie das sich entwickeln wird, ob sich hier / Genauso das Problem mit den Ärzten, dass hier eine Verantwortung an die Pflegedienste weitergegeben wird, da vielleicht wieder ein Finanzzuschuss kommt, um irgendwo auch den Pflegedienst zu halten, das Personal hier zu halten oder es wird sich dahingehend in staatlicher Seite entwickeln, dass hier die Förderung der Familien mehr kommen wird. Das wünsche ich mir eigentlich ganz sehr, die Arbeitsmarktlage ist hier so, dass man da hier eigentlich gut fördern kann und da auch ein gewisses mit/ das erzähle ich jetzt gerade geschäftsschädigend hier, ja, aber es ist nun mal schlussendlich so, dass wir hier schon eine gewisse hohe Zahl an Arbeitslosigkeit haben. Und wenn die Unterstützung, der Bevölkerung, das muss ja nicht schlussendlich immer ein Familienmitglied sein, das kann ein Nachbar sein, das kann jemand sein, der eben auch schon wirklich viele Jahre zu Hause ist, aber betreut jemanden, geht in die Dementenpflege, geht, geht spazieren meinetwegen, um das nochmal runter zu brechen. Und wenn das alles nochmal richtig gefördert wird, gehe ich davon aus, dass hier der ein oder andere Pflegedienst nicht mehr (.) existieren wird. Aber das ist so meins, wo ich so das Gefühl habe, in die Richtung wird es mal gehen, wenn ich mich so mit anderen unterhalte. #00:21:10-8#

Die Ärzte spielen im Pflegeprozess eine herausragende Rolle, insbesondere die Hausärzte. Doch erscheint uns diese Fokussierung nicht unproblematisch. Sie entwickeln häufig keine Perspektive auf ein ganzheitliches Care-Management und sind – bis auf den Kontakt zu ausgewählten Pflegediensten – wenig vernetzt. Die Ärzte selbst zeigten sich oftmals mit der quantitativen Zunahme, aber auch teilweise mit der Komplexität von Pflegesituationen überfordert. Pflegende, die bereits über berufliche oder familiäre Erfahrungen in diesem Bereich verfügen, können sich besser Unterstützung bei den Ärzten einholen, die auf die spezifischen Anforderungen zugeschnitten ist. Eine fachärztliche Behandlung wird von den Pflegenden bei den komplexen Krankheitsbildern im Alter als sehr hilfreich eingeschätzt, setzt aber in der Regel eine Mobilität voraus, die nicht alle Pflegenden aufbringen (vgl. Jurk, 2012).

In den ExpertInneninterviews mit den Pflegediensten wurde immer wieder hervorgehoben, dass die professionelle Pflege in erster Linie eine instrumentelle Unterstützung ist. Die terminliche Taktung lässt wenig Raum für Ungewöhnliches, emotionale Unterstützung, sie hilft nicht gegen Gefühle des Alleinseins. Es gibt große Unterschiede hinsichtlich der Akzeptanz der professionellen sozialen Angebote, Ärzte und Pflegedienste sind akzeptiert, neue bzw. zusätzliche Angebote weniger. Pflegedienste wie Hausärzte besitzen häufig nur einen eingeschränkten (medizinisch geprägten) Blick auf das unmittelbare Pflegegeschehen. Das gesamte Pflegearrangement wird durch sie selten erfasst (Int. PE 10).

Die Verschränkung von familiärer und professioneller Pflege wird in den Interviews zwar in fachlichen und terminlichen Absprachen sichtbar, aber selten ist von Anleitung und Betreuung der Angehörigen die Rede. Diese erfahren zwar eine instrumentelle Entlastung, aber bei der Organisati-

on der Pflege inklusive der anstehenden Entscheidungen sehen sich die Pflegenden häufig nicht unterstützt – und sie fordern diese auch nicht ein.

Gemeindenahe Pflege

Die jeweiligen pflegekulturellen Besonderheiten, die unterschiedlichen Ausprägungen der Infrastruktur der Pflege und der damit einhergehende Koordinierungsbedarf legen es nahe, die Pflege „vor Ort“ besser zu bündeln. Seit langem gibt es die Forderungen nach einem lokalen Unterstützungsmix aus Familie, Nachbarschaft und Gemeinde (Rosenmayr, 1982) oder nach dezentralen Heimstrukturen (Machold und Tamme, 2005: 62). Neben professionsbezogenen Entwicklungen, die es in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen gilt, ist ein solcher Ansatz nur dann möglich, wenn es lokal zu einer engen Vernetzung familiärer, informeller, gemeinnütziger und marktorientierter Unterstützungsleistungen kommen kann. Wir gehen davon aus, dass bürgerschaftliche Aktivitäten in diesem Zusammenhang nicht nur eine kompensierende Funktion haben, sondern die Entwicklung gemeindenaher Pflegesysteme maßgeblich mit beeinflusst. So ist unbestritten, dass „die ehrenamtliche Mitarbeit im Rahmen der Altenhilfe faktisch große Bedeutung hat und dass von der ehrenamtlichen Mitarbeit auch wünschenswerte Entwicklungsimpulse ausgehen können“ (Bröschen, 1983: 60). Dieser in der Diskussion um das Ehrenamt zentrale Aspekt gerät allerdings häufig ins Abseits, wenn dem Ehrenamt vor allem bestimmte Funktionen zugewiesen werden. In der gemeindenahen Pflege zeigt sich allerdings, dass hier nicht ergänzende Leistungsübernahmen gefragt sind, sondern Entwicklungsleistungen in den Pflegesystemen.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine gemeindenahe Pflege ist, dass überhaupt Alternativen in der Pflege wahrgenommen werden. Die folgende Interviewpassage zeigt, dass es offenbar das Bild gibt, dass solche Alternativen in ländlichen Räumen schwierig zu realisieren seien.

PE Schlussendlich haben wir hier auch ein betreutes Wohnen, das wird bei uns nicht kommen, dass wir sagen, hier wir können hier / Also mir kann man das mal sagen, wenn ich pflegebedürftig bin. ich würde in eine WG gehen, ich würde in ein altersgerechtet Wohnen gehen, ich habe damit gar kein Problem. Aber nicht die, die wir jetzt noch betreuen. Da wird es vielleicht auch Ausnahmen geben und Sie werden da mit den städtischen noch ein leichteres Spiel haben, wenn ich das jetzt mal so sagen will. Weil das ist eine ganz andere Mentalität, die in der Stadt groß, groß geworden sind. Das merkt man ja selbst zwischen unseren Kindern. Ob ich mein Kind in Bautzen in die Schule gebe oder auf dem Land lasse. Das ist eine ganz andere Mentalität. Und das Landklientel wird weiterhin die Pflegeheime nutzen. Also das ist meine Sicht und ich denke auch / Sie werden die wenigsten, die wenigsten WG's sehen. Ja? Und schlussendlich ist es das Prinzip eines Pflegeheims. Was anderes ist es nicht. Ja? (...) Und Sie können gerne in Dresden so etwas machen. Ich denke dort wird das überhaupt nicht / Dort sind die Damen und Herren anders, die sind ganz anders in der Gesellschaft. Aber nicht die, die wir hier auf dem Land jetzt versorgen. Wenn ich dann meine Oma sehe, das ist eine zurückgezogene die / selbst das Interesse für die Tagespflege ist nicht da. Sie hat eben da ihr Grundstück, da will sie eben noch ihr Unkraut häkeln und solange das so ist, ist das so. Maria, solange Du da bist und ich mich hier noch betun kann, dann ist das so. Dann gehe ich irgendwann ins Pflegeheim. Mehr Optionen denken die gar nicht. Also wenn ich meiner Oma was vom betreuten Wohnen erzähle, ja uns selbst das betreute Wohnen, was ist denn das, das betreute Wohnen? Das ist auch ein ganz komisches Denken. Was heißt komisches Denken, ist es wieder nicht, aber so ein unterschiedliches Denken, ne? Wir haben hier zum Beispiel ein betreutes Wohnen, das sind ganz normale Wohnungen. Nichts anderes. Also da kann ich auch zu Hause bleiben und dann kann ich in meinem hier Nahfamilienblock hier drüben sein

in K. Nur alleine der Titel verlangt ja schon an Miete viel mehr Geld. und sicherlich hat man dann hier die Möglichkeit über einen Notruf / den habe ich aber auch zu Hause. Die Möglichkeit habe ich auch zu Hause, dass ich einen Notruf haben kann. Ja? Und hier ist das nun so, man hat ja das Pflegeheim auf dem Gelände und natürlich, wenn der Notruf gedrückt wird, dann läuft jemand vom Pflegeheim los. Aber das Prinzip ist überall. Das sind die wenigsten betreuten Wohnen, wo unten eine Station ist und wo über 24 Stunden jemand da ist. Und wenn das da ist (.) dann bezahlen die echt richtig heftig Geld dafür. Ja? Und das mag jetzt noch so ein Klientel dafür geben, ja, aber bei uns wird das / Also ich werde diese Rücklagen gar nicht haben, damit ich privat zuzahlen kann. #00:46:50-5#

I Mhm. #00:46:52-5#

PE Ja. (.) Und was ist jetzt immer noch das sicherste Denken? Das sind die Pflegeheime. So einfach ist das. #00:46:59-4#

Das „sichere Denken“ beruht auf sozialen und ökonomischen Einstellungen, die Pflegeempfänger und Pflegeleistende zu einer „Hilfeleistung“ verbinden. „Im Hinblick auf gemeindenahe Pflege ist von besonderer Bedeutung, dass der damit verfolgte, überwiegend finanzwirtschaftlich begründete und formulierte Ansatz die Gesundheitsberufe und -wissenschaften nicht davon entbinden darf, den Erhalt, die Förderung und – wo möglich – den Aufbau von sozialen Netzen und Gemeinschaften als eigenständige Aufgabe anzunehmen. Zahlreiche Beispiele aus dem Selbsthilfebereich zeigen, dass dafür sehr wohl Potenzial zu finden ist. Das gilt für Gemeinden als territoriale Einheiten (geopolitical communities) ebenso wie für soziale Milieus oder soziale Gruppierungen, die sich um gemeinsame Werteprofile oder Lebensstile bilden (phenomenological communities). In dieser Perspektive sind Pflege in der Gemeinde und Pflege durch die Gemeinde keine Alternativen. Vielmehr besteht eine wesentliche Aufgabe der ersteren darin, die letztere zu ermöglichen, anzuleiten und zu stabilisieren“ (Rosenbrock, 1997: 12 f.). In Verbindung mit dem Begriff „gemeindenahe Pflege“ sollte ein verkürzter, territorialer Gemeindebegriff vermieden werden. Offenbar handelt es sich um „Diskursgemeinschaften“, in denen das Denken über Pflege erst einmal verhandelt werden muss.

Eine bürgerschaftlich organisierte Hilfe ist in den untersuchten Gemeinden in sehr unterschiedlichem Maße vorhanden. Die Differenzen sind in diesem Bereich sehr viel deutlicher ausgeprägt als in der ambulanten und hausärztlichen Versorgung.

Die oftmals große Belastung der pflegenden Angehörigen führt dazu, dass in der Pflegesituation selbst der Aufbau von bürgerschaftlichen Netzwerken und von Selbsthilfepotenzial (z. B. Selbsthilfegruppen) kaum möglich ist. Unterstützung und Entlastungsangebote vor Ort können in der Regel nur von denen übernommen werden, die gegenwärtig nicht in ihrem Alltag durch ein Pflegearrangement bestimmt sind. Diese Unterstützungsangebote müssen sich nicht konkret auf die Pflegesituation selbst richten, sie können eher indirekte Hilfe leisten (z. B. Mobilitätshilfe, Geselligkeit bzw. Möglichkeiten, Kontakte zu knüpfen, Hilfe bei der Ernte im Garten). Sie sollten aber langfristig angelegt und am besten professionell begleitet werden. Der Begriff der gemeindenahen Pflege lässt es zudem offen, ob sich die Selbsthilfe eher funktional differenziert (z. B. als Angehörigengruppe demenziell erkrankter Älterer) oder lokal unterschiedliche Unterstützungsformen integriert (z. B. als Nachbarschaftstreff).

Tabelle 12: Informelle Pflegesysteme in den Untersuchungsorten

	Finneland	Ralbitz-Rosenthal	Freienseen	Kusterdingen	Westrup
Engagement/ Netzwerke	Keine Aktivitäten	„Wir haben Ideen, aber die sind noch nicht spruchreif“	Initiative der Kirchgemeinde zur Dorfschmiede, ist obwohl zukünftig sehr präsent	Seniorenpfennig zur Unterstützung im Pflegefall	Dorfwerkstatt, welche sich auch mit dem demografischen Wandel in der Gemeinde beschäftigen soll, aber kaum relevant schien
	Pragmatischer Umgang, man hat schon viel miterlebt, Zukunft war schon oft unsicher	Sehr auf die Familien bezogen, „Wenn du hier keine Familie hast als alter Mensch bist Du aufgeschmissen“	Sehr unterschiedliche familiendynamische Arrangements,		Viele ehem. Familienbetriebe

Am Beispiel von Freienseen verbinden sich die Unterstützungen für Ältere mit komplexen Anforderungen an eine Dorfentwicklung. Aufbauend auf persönlichen Erfahrungen wird in der Öffentlichkeit das Bedürfnis artikuliert, im Alter bei Pflegebedarf in vertrauter Umgebung zu verbleiben, in der Familie menschenwürdig und selbstständig leben zu können („Leben und Sterben, wo ich mich heimisch fühle“). Da dies in der gesellschaftlichen Entwicklung eben nicht mehr selbstverständlich ist, werden neue gemeinsame Strategien entwickelt. Das Projekt wird sehr stark durch eine Person vorangetrieben, Herrn H. Auf ihn projizieren sich viele Sympathien und auch einige Antipathien, Zustimmung und Kritik. Moniert werden beispielsweise die hohen Kosten beim Umbau eines denkmalgeschützten Gebäudes. Er wirkt als ein Macher. Das Projekt gründet nicht auf einer umfassenden Bedarfsanalyse, sondern auf einer Idee. Es gibt (noch) keine gleichberechtigten Akteure, die beispielweise die betriebswirtschaftliche Seite mehr im Blick hätten. Doch gleichzeitig entwickelt sich im Ort – in Auseinandersetzung mit dem Projekt – ein Bewusstsein für alternative Gestaltungsmöglichkeiten von Unterstützung, Betreuung und Pflege. Diese Widersprüche, das ist Herrn H. bewusst, bleiben, sie müssen kommuniziert werden..

Ein weiteres Beispiel ist die Pflegeberatung in Espelkamp, die ca. 18 km oder 20 Autominuten von Westrup entfernt liegt. Die Pflegeberatung, welche auch aufsuchend tätig ist, muss sich nach eigenen Angaben erst weiter in der Fläche etablieren, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit, aufsuchende Informationsangebote. Die Fahrwege im Landkreis sind sehr lang, d. h., pflegende Angehörige müssen oft lange Wege in Kauf nehmen. Hierfür fehlen häufig die Ressourcen, das vermindert die Nutzung von Angeboten. Es besitzt für das Pflegearrangement einen großen Einfluss, ob die Mobilität gewährleistet ist, das betrifft auch die Vernetzung und die Inanspruchnahme von Beratung.

Neue (professionelle wie ehrenamtliche) Angebote zur Unterstützung Pflegender sind möglich und zum Teil bereits vorhanden. Die Fallbeispiele zeigen, dass es hierfür aber eine langfristige (Öffentlichkeits-) Arbeit, Informationen, Vernetzung und professionelle Begleitung braucht, damit diese genutzt und weiterentwickelt werden..

Ein grundsätzliches Problem in der Entwicklung der Pflegeinfrastruktur ist: Die Vernetzung und Entwicklung von Angeboten erfolgt in der Regel „naturwüchsig", d. h., es bestehen entweder gute persönliche Kontakte und abgestimmte Angebote – oder eben nicht. Mit stärkerer Zentralisierung wird die Kooperation erschwert und die Partner (z. B. Hausärzte) brechen tendenziell weg. Um eine kleinräumige Planung und Koordinierung zu ermöglichen, bedarf es einer besseren regionalen und lokalen Kenntnis von unterstützenden Angeboten in der Pflege (Höhmann, 2009: 33). Ausgewiesene koordinierende Tätigkeiten durch Professionelle werden aber häufig nur auf einer regionalen Maßstabsebene angeboten (z. B. Pflegestützpunkte auf Landkreisebene). Für koordinierende Tätigkeiten vor Ort fehlen den ExpertInnen nach eigenen Angaben die Ressourcen, sodass hier selten kontinuierlich tätige Vernetzungspartner vorhanden sind.

Bei einem sensiblen Thema wie dem der Pflege spielen Vertrauenspersonen eine große Rolle. Dies trifft umso mehr zu, wenn es nicht nur um Informationen geht, sondern das Pflegearrangement auch mit ökonomischen, emotionalen und sozialen Folgen einhergeht, die die Pflegenden und die Pflegeempfänger belasten. Pflege- und Beratungsmodelle sollten deshalb an vorhandene Strukturen anknüpfen, auch wenn diese vielleicht nicht ausreichen. Wir sind nicht selten auf ein Bewusstsein von „Provinz" gestoßen, das mit einer hohen Sensibilität gegenüber Angeboten von „Außen" oder „aus der Großstadt" einherging. Die ausgesprochene Binnenorientierung in der Suche nach semi- und professioneller Unterstützung äußert sich darin, dass diese in der Regel über vorhandene soziale Netzwerke eingeholt wird. So erhielten die interviewten Pflegenden häufig ihre Informationen und Zugänge durch ihre sozialen Kontakte, die teilweise stark durch persönliche Erfahrungen eingefärbt waren. Sie führten auch dazu, dass bestimmte Themen nicht angesprochen werden, weil soziale Nähe nicht zwangsläufig Vertrauen beinhaltet. Es gibt aber auch einen Bedarf nach Infrastrukturen außerhalb der Gemeinde, vor allem hinsichtlich der Anonymität.

Die Konzeption einer gemeindenahen Pflege kann dazu führen, dass Pflegende und Pflegeempfänger sich mehr über ihre Bedürfnisse und alternative Pflegearrangements verständigen. Sie löst aber keineswegs alle Konflikte und schließt alle Brüche, die in den teils selbst widersprüchlichen Forschungsergebnissen sichtbar wurden.

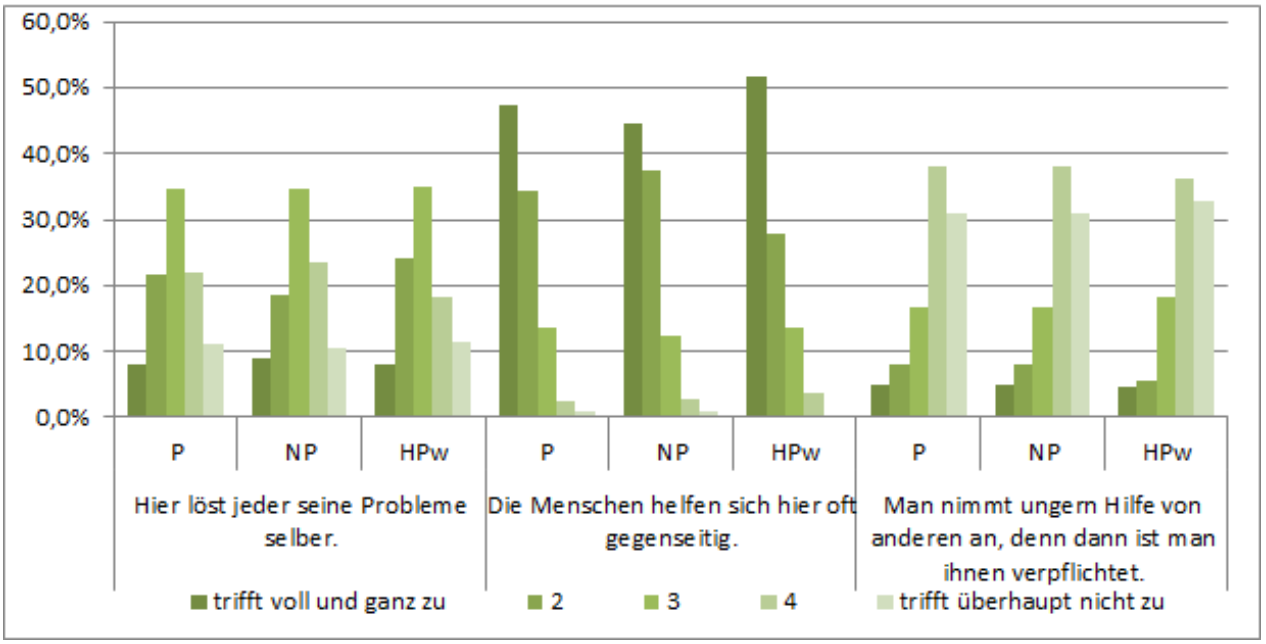
4.9 Öffentliche Diskussion des Themas Pflege

Hilfe und Bedürftigkeit

Die Thematisierung des so genannten vierten Lebensalters im Sinne von Bedürftigkeit steht in einem direkten Kontrast zu den in ländlichen Gesellschaften hilfevermeidenden Grundhaltungen.

Es ist von einer „fehlenden Kultur des ‚Sich-helfen-Lassens'" die Rede (BMFSFJ, 2005: 12). Dahinter steht ein Autonomieanspruch, nicht in soziale Abhängigkeiten außerhalb der Kernfamilie zu geraten. In Abbildung 21 wird die Ambivalenz durch die Daten der Bewohnerbefragung relativ gut sichtbar. Einerseits gehört es zur Norm, sich gegenseitig zu unterstützen, andererseits liegt die Problemlösung vor allem bei den Betroffenen. Diese Ansicht ist bei den weiblichen Hauptpflegepersonen sogar am stärksten ausgeprägt.

Abbildung 21: Aussagen zu nachbarschaftlicher Hilfeleistungen im Wohnort nach Pflegebeteiligung (Bewohnerbefragung 2013) HPw Hauptpflegeperson weiblich, NP nichtpflegende Befragte, P Pflegende



Das Phänomen Hilfevermeidung bildet ein Schema mit bestimmten Einstellungen, die die Handlungsstrategien im Umgang mit Problemen bestimmen:.

- Der Umgang mit Belastungen besteht in einer Strategie des Durchhaltens. Es ist den Pflegenden wichtig, dass sie die Pflege durchgestanden, dass sie sie geschafft haben. Die Erwartung, die Pflege allein schaffen zu müssen, nehmen viele Pflegende als gegeben an. Die Annahme von Hilfen erfolgt erst, wenn basale Aktivitäten beeinträchtigt sind.
- Es gelingt die Integration von Belastungen und Krisen, weil sie als schicksalhaftes Erleben und nicht als Gestaltungsraum interpretiert werden. Die Pflegenden fühlen sich an eine bestimmte Situation gebunden, mögliche Veränderungen werden nicht in Betracht gezogen. Damit geht häufig eine Bagatellisierung und Normalisierung von Problemen einher.
- Es wird vor allem die instrumentelle Seite der Pflege besprochen, die damit verbundenen Gefühle spielen eine geringere Rolle. Probleme werde nicht kommuniziert, weil die Einstellung „wir schaffen das schon, es geht schon irgendwie" (PE 10) wenig Raum dafür lässt. Die (Nicht-) Thematisierung von Gefühlen kann als milieuspezifisch angesehen werden.

- Es wird auf instrumentelle Hilfen zurückgegriffen, aber nicht persönliche und/oder emotionale Entlastung gesucht. Positives Feedback und Wertschätzung durch andere geht häufig verloren (Koppelin, 2008: 124).
- Es gilt nicht nur ein striktes Prinzip der Gegenseitigkeit in den dörflichen Hilfeleistungen, sondern Hilfe wird als Makel und Scham gesehen, es nicht innerhalb der Kernfamilie zu bewältigen. Die Organisation von Hilfe wird selbst oder von außen als Scheitern betrachtet.
- Die innerdörfliche Kommunikation von Problemlagen kann mit sozialer Distanzierung und Ausgrenzung einhergehen (Wiesinger und Machold, 2001).
- Die Inanspruchnahme professioneller oder bürgerschaftlicher Hilfen ist gedeckelt: Zum einen existieren finanzielle Gründe. Andererseits wird die Annahme von Hilfen unter verschiedenen Gesichtspunkten als problematisch angesehen. Semiprofessionelle Hilfen werden eher angenommen.

Nicht alle befragten Pflegenden folgen dem Schema der Hilfevermeidung. Beispielsweise gingen die auch beruflich Pflegenden deutlich reflektierter mit dem jeweiligen Pflegearrangement um. Einige Befragte verhielten sich z. B. nach einem Zusammenbruch infolge zu hoher Belastungen viel bewusster und konnten Hilfe annehmen, in den Urlaub fahren etc. So äußerten einige Befragte, dass sie sich eher Unterstützung holen würden und auch offener über Belastungen reden würden.

Die Hilfevermeidung betrifft bereits vorhanden informelle und formelle Unterstützungssysteme, aber auch rechtliche Ansprüche. „Mit dem Pflegezeitgesetz und der Familienpflegezeit hat der Gesetzgeber bereits Maßnahmen implementiert, die die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern sollen. Aufgrund der bislang geringen Inanspruchnahme dieser Leistungen besteht an dieser Stelle weiterer Forschungs- und gegebenenfalls Verbesserungsbedarf. So gibt es Hinweise dafür, dass vielen pflegenden Angehörigen die gesetzlichen Leistungen unbekannt sind“ (Geyer und Schulz, 2014: 301).

Auf den ambivalenten Charakter der so genannten Nachbarschaftshilfe macht Davis (2011) aufmerksam: Einerseits wird der Sinn von Community sehr hoch eingeschätzt, andererseits sind Individualität und Autonomie hohe Wertvorstellungen. Dies führt nicht selten dazu, dass die soziale Isolation sehr hoch ist und potenzielle Unterstützungsleistungen erst gar nicht in Anspruch genommen werden.

Ein interessanter und widersprüchlicher Punkt ist das Verständnis von Krankheit und Bedürftigkeit. Krankheiten können selbst als Makel angesehen werden (Dornheim, 1983). Interessanterweise konnten wir feststellen, dass aber die Erkrankung einer Demenz bei den Pflegeempfängern den Pflegenden half, Belastung zu formulieren. Die Wesensveränderung, die hohe Verantwortung für die persönliche Sicherheit und die Unsicherheit des Krankheitsverlaufes gehen offenbar über die soziale Normalität familiärer Pflege hinaus und dadurch ist eher der Rahmen gegeben, sich durch die Pflege in einer stationären Einrichtung zu entlasten.

Öffentlichkeit für das Thema Pflege

Das Thema „Altern und Pflege“ ist auf kommunaler Ebene schon seit längerem ein wichtiges Thema. Jedoch unterscheidet sich die Situation in den Gemeinden und Landkreisen erheblich. Im Kreis Minden-Lübbecke beispielsweise wird das Thema Pflege nach Auskunft der ExpertInnen schon seit längerem bearbeitet, ein explizites Thema der Bürgerinitiativen und Vereine in Westrup-Stemwede scheint es allerdings derzeit nicht zu sein. Eine Öffentlichkeit für das Thema zu erzeugen, stellt in den Gemeinden eine wichtige Herausforderung dar.

PE *Es gibt Dinge die - das könnte ich Ihnen jetzt aber echt ein paar Dinge hier sagen - die Aufklärungsarbeit (.) die Aufklärungsarbeit aller, ob nun Stadt oder Land. Dieses so Nicht-Wissen in der Notlage eben, weil jetzt mein Vati im Krankenhaus ist und jetzt plötzlich ist hier / ja, was soll ich denn jetzt machen, ich bin ja arbeiten. Wie soll das jetzt hier gehen? Im Krankenhaus ist er 24 Stunden versorgt worden, ja? Die Information, die fehlt mir (.) und der Ursprung und das ist mein Denken ist eigentlich, die Kinder, die in die Schule gehen (.) dort könnte man anfangen damit, in den höheren Klassen, in den Oberstufen und in den Studiengängen dort viel mehr zu nutzen, dass dort Fächer geschaffen werden für diese Aufklärung. #00:52:43-5# (PEO1)*

Wie oben dargestellt, gibt es große Unterschiede im zivilgesellschaftlichen Engagement und in der öffentlichen Diskussion um Pflegekonzepte, die als Alternativen zu den Polen familiäre Pflege und überwiegend marktorientierte Pflegedienste zu verstehen sind. In den beiden ostdeutschen Untersuchungsgemeinden wird beispielsweise beim Thema Pflege sehr viel stärker auf die Kombination von ambulanter Pflege und familiärer Pflege gesetzt, alternative Konzepte werden kaum erwogen. Die Unterschiede beruhen auch auf lokalen Engagement- und Ehrenamtsstrukturen, die nicht überall bestehen. So wurde uns von den ExpertInnen immer wieder gesagt, dass sich die Personen Ehrenamtlichkeit „leisten können“ müssen, viele gingen eher einem Minijob nach. Auch unterscheiden sich die Ehrenamtsbereiche, dass nämlich im Bereich der Pflege und Altenhilfe kein politischer Wille artikuliert werde und diese nicht als öffentliche Aufgabe wahrgenommen würden. So erhält sich das Bild, Pflege wäre ein verschlossenes, für die Öffentlichkeit wenig zugängliches Feld – es betrifft vor allem die Familie. Dazu gehört auch, dass Pflegende selbst sich als so eingebunden und belastet erleben, dass sie sich für ihre Belange nicht öffentlich engagieren. Häufig sind es ehemals Pflegende, die sich mit ihren erworbenen Kompetenzen und ihren Erfahrungen in die ehrenamtlichen Strukturen begeben.

In den Daten der Bewohnerbefragung treten die Pflegenden als lokalpolitisch Interessierte durchaus hervor. 50,3 % der Pflegenden sind stark an den Entwicklungen vor Ort interessiert (Nichtpflegende: 43,2 %). 12,3 %der Hauptpflegepersonen sind – trotz der damit einhergehenden Belastungen – lokalpolitisch interessiert (Gesamtheit der Befragten: 13,1 %). Die heute Pflegenden sind auch hinsichtlich ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit in hohem Maße sensibilisiert und an der Zukunft der Pflege interessiert. Sie gehen eben nicht von jener Selbstverständlichkeit aus, die sie selbst überwiegend betroffen hat. Das Altern ist im ländlichen Raum ein neu zu akzentuierender wichtiger Gestaltungsraum (Bröschen, 1983).

Eine wichtige pflegepolitische Forderung liegt darin, dass „im Sinne von Governance Verantwortlichkeiten und Fragen von Zuständigkeit gemeinsam mit Politik und Wirtschaft neu ausgehandelt

werden [sollen]. Dies ist bisher insbesondere im ländlichen Raum nur vereinzelt geschehen“ (Klie und Marzluff, 2012: 748). Obwohl – durchaus auf eine gemeindenahe Pflege zielend – eine lokale Öffentlichkeit in der pflegepolitischen Diskussion angemahnt wird, ist vor Ort die Pflege häufig in der Familienorientierung gefangen. In sehr unterschiedlichem Maße entsteht in den letzten Jahren eine lokale Öffentlichkeit, die sich der veränderten gesellschaftlichen Bedingungen und Anforderungen in den Pflegearrangements annimmt. Darin dürfte nach unseren Untersuchungen das Hauptproblem liegen, dass innerhalb der Gemeinden Altern und Pflege als Bestandteile des Alltags mehr in der Öffentlichkeit diskutiert werden und als öffentliche Angelegenheiten auch wahrgenommen werden (Beetz, 2013).

5 Schlussfolgerungen

Pflege ist ein zentraler Bestandteil des Alltags der Menschen im ländlichen Raum. In der Bewohnerbefragung gaben mehr als ein Fünftel der InterviewpartnerInnen an, dass sie aktuell pflegen oder in den letzten drei Jahren gepflegt haben. Auch im nationalen Vergleich stellt dies einen relativ hohen Anteil dar. Von denen, die über Pflegeerfahrungen berichteten, pflegt(e) ein Viertel mehr als eine Person, bei zwei Dritteln waren Pflegeleistungen mindestens täglich erforderlich.

Auf den ersten Blick erweist sich die Struktur der Pflegeleistungen in den untersuchten Gemeinden als wenig spektakulär: In den meisten Pflegearrangements dominiert die familiäre Pflege, und diese wird auch unter erheblichen Belastungen aufrechterhalten. Familien und Angehörige leisten sehr viel selbst. Dies spiegelt sich auch in den Unterstützungsnetzwerken der Pflegenden wider, denn diese erhalten wiederum – nach den Aussagen in der Bewohnerbefragung – zu.je einem Viertel weitere Unterstützung aus dem eigenem Haushalt und von anderen Angehörigen. Nur ein Viertel der Befragten spricht sich dafür aus, dass der Einzug in ein Pflegeheim biografische Normalität sein kann. Allerdings herrscht sowohl in den Interviews mit den Pflegenden als auch mit den ExpertInnen ein Commonsense, dass diese Pflegearrangements in der Zukunft nicht mehr in dieser Form tragfähig seien. Trotz dem Wunsch und der Praxis, zu Hause bleiben zu können, sind die Veränderungen und Umbrüche in der Pflege deutlich spürbar: „Ob ich meinen Kindern das später mal zumuten kann, mich zu pflegen, weiß ich nicht."

Die Pflege erweist sich als eine „Modernisierungsfalle": Die Pflege von nahen Familienangehörigen erfolgt überwiegend über traditionell bestimmte Handlungsmuster. Die pflegenden InterviewpartnerInnen beschrieben das Zustandekommen des Pflegearrangements sehr häufig als eine Selbstverständlichkeit, mit der von ihnen die Pflege übernommen wurde. Dies führte dazu, dass die Pflegetätigkeit nicht im Vorfeld geklärt wurde, sondern erst im Nachhinein in den Alltag integriert werden musste. Sie konkurriert biografisch-familiär mit der stärkeren Berufstätigkeit der Frauen, die die Hauptaufgabe von Pflegetätigkeiten immer noch tragen, oder – volkwirtschaftlich mit Burkhart Lutz gesprochen – mit einer neuen Phase der „inneren Landnahme", in der Haus- in Lohnarbeit verwandelt wird (Lutz, 1989). Die damit einhergehenden Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen konfligieren mit der familiären Sorgeverantwortung und führen tendenziell zu starken Belastungen bei den Pflegenden. Pflegende Angehörige benötigen mehr Wahlfreiheiten und Entlastungsangebote. Politisch heißt dies, dass die Pflege stärker als öffentliche Aufgabe auf lokaler Ebene wahrgenommen werden muss, z. B. pflegebegleitendes Engagement gestärkt werden sollte.[4]

Weder die interviewten Pflegenden noch die ExpertInnen sahen in der Rückkehr zu traditionellen Pflegesettings respektive der Aufgabe der Berufstätigkeit eine Lösung der Belastungssituation. Vielmehr traten Anerkennungs-, Unterstützungs-, Beratungs-.und Gesprächswünsche auf, die

[4] Tagung „Pflegeergänzende Unterstützungs- und Infrastrukturangebote im ländlichen Raum. Perspektiven Herausforderungen und Grenzen des bürgerschaftlichen Engagements. Begrüßung Christiane Viere.

aber zumeist gar nicht direkt formuliert wurden, sondern nur in intensiver Auseinandersetzung mit dem Interviewmaterial herausgearbeitet werden konnten. Die Pflegenden fanden allerdings unterschiedliche Lösungen in ihren Pflegearrangements. So zeigten einige Befragte einen ausbalancierten Umgang mit den unterschiedlichen Anforderungen, indem sie die beschriebenen Belastungsfallen auch relativ gut reflektieren konnten. Andere hielten vor allem an der Strategie des Durchhaltens fest und nahmen kaum auf den gesellschaftlichen Hintergrund ihrer Belastungen Bezug. Auf der Ebene der Pflegesysteme fanden wir immer wieder die Argumentationsfigur, dass es selbstverständlich gewesen sei, die Pflegeleistung zu übernehmen. Jenseits der individuellen Motive, die Pflegeleistung zu erbringen, liegt in dieser Selbstverständlichkeit eine komplexe Interaktion zwischen gesellschaftlichen und familiären Anforderungen (Perrig-Chiello und Höpflinger, 2012). Die Pflegearrangements unterliegen in den meisten Fällen keinem Aushandlungsprozess, sondern sie resultieren vielmehr aus einem Geflecht von Erwartungshaltungen und Zuschreibungen. Die Kehrseite der Selbstverständlichkeit, mit der gepflegt wird, liegt in den Brüchen und Widersprüchen, mit denen die Pflegenden zu kämpfen haben. Hierin liegt unseres Erachtens ein wichtiges gesellschaftliches Themenfeld, Pflege sehr viel stärker als Gestaltungsraum zu formulieren und zu unterstützen (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Pflege als Gestaltungsraum

Ebenen des Gestaltungsraumes Pflege	Planen versus „Hineinschlittern“
	Aushandeln versus Selbstverständlichkeit
	Reflexivität versus „Durchhalten“

Die folgenden von uns behandelten Faktoren in der Gestaltung von Pflegearrangements zeigen zugleich auf, welche Ansatzpunkte es in der Gestaltung gibt:

- die spezifischen Lebenslagen und Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen (z. B. berufstätig, in Rente, jeweilige Familienstruktur, finanzielle Mittel vorhanden, eigenes Haus);
- die spezifischen Lebenslagen und Bedürfnisse der gepflegten Menschen (z. B. hoher Pflegebedarf, Demenz, Art und Verlauf der Erkrankung, Pflegestufe);
- der räumliche Kontext (Entfernungen im Pflegenetzwerk, Pflege im Haus des Pflegeempfängers, der Pflegenden, der Angehörigen, Umzug, Siedlungsstruktur u. a.);
- die Struktur vorhandener und genutzter Unterstützungsnetzwerke (Zahl der Pflegepersonen und der zu Pflegenden, Unterstützungsfunktionen) einschließlich der Beziehungsfaktoren, der Position/Beziehung zum Pflegenden und der jeweiligen Motivation zur Pflege;
- die Kommunikationsmuster (Beziehungsgestaltung, Konfliktaushandlung, Reziprozitätsleistungen);
- die Einstellungen und Erfahrungen, welche in der Familie, dem Ort, der Gemeinde, der Region zum Thema Pflege vorhanden sind.(z. B. Selbstverständlichkeit familiärer Pflege, Gemeinwesenorientierung, Thematisierung in der Öffentlichkeit und der Politik);.

- die infrastrukturellen, politischen und zivilgesellschaftlichen Rahmenbedingungen.(z. B. vorhandene soziale Dienste, Angebotsvielfalt, Koordinierung von Angeboten).

Die analysierten Pflegearrangements und -systeme lassen wenige Rückschlüsse auf eine spezifische Situation im ländlichen Raum erkennen, es dominieren die Bedingungen des Pflegearrangements, die auch aus anderen Studien bekannt sind (familiäre Situation, zeitlicher Aufwand, Krankheitsbilder, Erwerbstätigkeit, Unterstützungsnetzwerke) (vgl. Schneekloth, 2005). Hier bestätigt sich sowohl die Heterogenität der Lebenslage nach Alter, als auch die Pluralisierung von Lebensformen im ländlichen Raum. Allerdings gibt es zugleich Besonderheiten wie die Mobilitätsleistungen und die geringere Differenzierung der Pflegeinfrastruktur, die aber weder für alle Untersuchungsgemeinden gleichermaßen gelten noch für alle Pflegenden eine Belastung darstellen. Ohne auf einen direkten regionalen Vergleich verweisen zu können, erscheint der hohe Stellenwert sogenannter Erwartungshaltungen als nicht untypisch für dörfliche Interaktionssysteme und die entsprechenden Normvorstellungen: Es wird davon ausgegangen, dass die familiäre Pflege eine allgemein geteilte Norm ist, auch wenn die Alltagswirklichkeit diese nicht unmittelbar begründet.

Auf den ersten Blick spielen Nachbarn, Freunde oder Dorfvereine in den Pflegearrangements eine untergeordnete Rolle. In der Bewohnerbefragung wird ihnen bei der Unterstützung der Pflegenden keine substanzielle Mitwirkung zugesprochen. In der Auswertung der Netzwerke der Pflegenden zeigt sich allerdings, dass diese zwar im Bereich der instrumentellen Hilfen nachrangig sind, für die informationelle, Status-, emotionale und gesellige Unterstützung jedoch keineswegs unwichtig sind. Sie sind zwar nicht in der direkten Pflege präsent, spielen aber dennoch eine wichtige Rolle im gesamten Pflegearrangement. So sollte einer.– wie dies politisch hin und wieder gern getan wird – Indienstnahme informeller oder semiprofessioneller organisierter Unterstützungsnetzwerke mit Skepsis begegnet werden, ohne die Bedeutung dieser Unterstützungen zu schmälern.

Die Infrastruktur der Pflege wird von den ExpertInnen überwiegend als ausreichend eingeschätzt. Dies bezieht sich aber vor allem auf instrumentelle Leistungen: Ambulante Pflegedienste und Hausärzte werden häufig zur Unterstützung genutzt und auch als wichtig gesehen. Angesichts der komplexen Pflegearrangements und Hilfebedarfe erweist sich dies als nicht ausreichend: Es besteht Bedarf an unterschiedlichen Hilfs- und Unterstützungsformen, z. B. der Kurzzeitpflege, Pflegebedürftige/Pflegende-Kuren, langfristige Beratungs- bzw. Begleitangebote (z. B. bei Demenz). Diese Angebote sind in der Fläche wenig vertreten, der Zugang durch Mobilitäts- und Professionsschwellen erschwert. Die Entwicklung alternativer Unterstützungskonzepte ist im Kommen, hängt aber sehr von lokalen Aktivitäten ab.

Interessant ist das Dorf im Hinblick auf die zivilgesellschaftliche Organisation der Pflege: Nachbarschaftshilfe ist sowohl in seinen Ressourcen als auch in seinen Funktionen begrenzt, Ehrenamt und Vereine sind beim Thema Pflege lokal sehr unterschiedlich präsent. Es herrschen zwischen den untersuchten Gemeinden starke Unterschiede im zivilgesellschaftlichen Engagement und in

der öffentlichen Thematisierung von Pflege. Hier besteht vor Ort ein großer Handlungsspielraum, semiprofessionelle, niedrigschwellige und lebensweltnahe Unterstützungsangebote langfristig zu befördern. Einerseits spricht einiges dafür, dass sich solche Caring Communities in ländlichen Räumen etablieren können, weil traditionell durchaus ein Verständnis von Hilfe und Unterstützung in vielen Belangen vorhanden ist und sich Angebote „aus einer Hand“ besonders gut umsetzen lassen. Andererseits besteht die Gefahr des Qualitätsmangels und einer ‚naturwüchsigen“ nichtprofessionellen Entwicklung. Außerdem zeigen die Interviews mit den Pflegenden, wie schwierig es ist, Unterstützung zu geben und zu bekommen. Pflege wird meist als Privatsache angesehen. Erwartungen, es allein schaffen zu müssen/zu wollen, nehmen viele als gegeben an. Dies ist aus den Forschungen zum ländlichen Raum bekannt, aber wahrscheinlich nicht exklusiv für ländliche Gesellschaften.

Obwohl viele Unterschiede und Widersprüche bei der Pflege älterer Angehöriger auftreten, ist die Etablierung von Unterstützungsangeboten unabdingbarer Commonsense bei der Gestaltung von Pflegearrangements. Das Laufenlassen wird – nach Ansicht der Pflegenden und der ExpertInnen –.perspektivisch zu gravierenden Engpässen in der Pflegeversorgung führen. Es bedarf der Kombination verschiedener Hilfesysteme: Nachbarschaft, Ehrenamt, hauswirtschaftliche Hilfen.

Ein besonderer Stellenwert sozialer Arbeit liegt in der Befähigung von Menschen unterschiedlichen Alters, Unterstützungsleistungen aufzubauen. Dabei spielt keine unwesentliche Rolle, dass Pflegende selbst der Anerkennung bedürfen: zum einen ihre Tätigkeit nicht nur als Pflicht, sondern auch als nicht selbstverständliche Leistung ansehen können; zum anderen, dass Sorge für ältere Personen eine familiäre und gesellschaftliche Wertschätzung erfährt. Des Weiteren kann soziale Arbeit helfen, Kommunikation, Kooperation zwischen den verschiedenen Unterstützern, Anerkennung, Vertrauensbasis, Planungssicherheit, u. a. zu sichern. Insofern nimmt soziale Arbeit in einer ländlichen Gesellschaft möglicherweise sehr viel stärker eine intermediäre und reflexive Aufgabe wahr, denn die eines ausdifferenzierten Funktionssystems.

6 Literaturverzeichnis

Ambrosino R, Heffernan J, Shuttlesworth G, Ambrosino R (2011) Social Work and Social Welfare. An Introduction. Belmont

Angel S (2009) Raumspezifische Armutslagen im Alter. Eine empirische Darstellung der Armutsgefährdung älterer Menschen in Österreich im Vergleich von urbanen und ländlichen Regionen. Diplomarbeit Universität Wien

Asam WH, Altmann U, Vogt W (1990) Altsein im ländlichen Raum. München

Aulenbacher B, Dammayr M (Hrsg) (2014) Für sich und andere sorgen - Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. München

Beetz S (2009) Regionale Dimensionen des Alterns und der Umbau der kommunalen Daseinsvorsorge. Entwicklungen am Beispiel der ländlichen Räume. In: Neu C (Hrsg.) Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung. Wiesbaden, S. 114-132

Beetz S (2012): Nachbarschaften in Roßwein. Reihe ForschungsBerichte der Fakultät Soziale Arbeit Nr. 5, https://www.sa.hs-mittweida.de/forschung/forschungsberichte.html

Beetz S (2013) Empowerment für Lebensqualität im Alter. Projekt Förderlinie SILQUA-FH des BMWF). Reihe ForschungsBerichte der Fakultät Soziale Arbeit Nr. 8 (https://www.sa.hs-mittweida.de/forschung/forschungsberichte.html

Beetz S (2015) Gemeindeprofile Finneland und Ralbitz-Rosenthal. Projekt „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“. Reihe ForschungsBerichte der Fakultät Soziale Arbeit Nr. 9 (https://www.sa.hs-mittweida.de/forschung/forschungsberichte.html

Beetz S (2015a) Peripherisierte ländliche Räume -‚schrumpfende' soziale Hilfesysteme? In: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit 40 (2015) 3-4, S. 6-13

Beetz S, Funk H (2011) Soziale Arbeit auf dem Land. In: Otto HU, Thiersch H (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. München, S. 1294-1301

Bellamy GR (2003) Long-Term Care. In: Ham RJ, Goins RT, Brown DK (Hrsg.): Best Practices in Service Delivery to the Rural Elderly. West Virginia University Center on Aging, Morgantown, S. 16-18

Bien W (Hrsg.) (1994) Eigeninteresse oder Solidarität. Beziehungen in modernen Mehrgenerationenfamilien. Opladen

Bischoff C (1992) Frauen in der Krankenpflege; Zur Entwicklung der Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt am Main

Blinkert B, Klie T (2004) Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover

Blinkert B, Klie T (2006) „Pflegekulturelle Orientierungen“. Die Annaberg-Unna-Studie. Eine empirische Untersuchung über Erwartungen und Präferenzen, Innovationsbereitschaft und Traditionsverbundenheit, Nahraum- und Fernraumsolidarität. Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management. Freiburg i.Br.

Blinkert B, Klie T (2008) Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.) Soziale Pflegeungleichheit. Wiesbaden, S. 230-255

Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (2011) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin

Böhnisch L, Funk H (1991) Grundprobleme sozialer Hilfe im ländlichen Raum. In: Böhnisch L, Funk H., Huber J, Stein G (Hrsg.) Ländliche Lebenswelten. Fallstudien zur Landjugend. Weinheim und München, S.29-39

Bohler KF (2007) Soziographische Analyse der sozialen Entwicklung in den untersuchten Kreisgebieten Heidenheim, Ostholstein, Rügen und Saalfeld-Rudolstadt. In: Hildenbrand B (Hrsg.) Regionen, Akteure, Ereignisse. Die Entwicklung der Erziehungshilfen nach der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 1990/91, Sonderforschungsbereich 580 Heft 23. Jena, S. 44-100

Bohler KF, Hildenbrand B (1997) Landwirtschaftliche Familienbetriebe in der Krise. Münster

Boll C, Hensel-Börner S, Hoffmann M, Reich N (2013) Wachsender Pflegebedarf in Hamburg – Situation erwerbstätiger Pflegender und Herausforderungen für Hamburger Unternehmen. Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut HWWI Policy Paper 78, Hamburg

Bosch K, Bergen MB (2006) The Influence of Supportive and Nonsupportive Persons in Helping Rural Women in Abusive Partner. In: Journal of Family Violance (2006) 21, S. 311-320

Bott J (2013) Gut leben im HOHEN Alter. Abschlussbericht SILQUA, Potsdam

Brakensiek S (2006) Generationengerechtigkeit? Normen und Praxis im Erb- und Ehegüterrecht 1500 - 1850. Eine Einführung. In: Brakensiek S, Wunder H (Hrsg.) Generationengerechtigkeit? Normen und Praxis im Erb- und Ehegüterrecht 1500 -1850. Berlin, 1-21

Brandstetter M (2007) Soziale Probleme im ländlichen Raum – Übersetzungsprobleme und Erklärungsversuche für „Hilfe im ländlichen Raum“ aus sozialraumorientierter Perspektive. In: EntwicklungspartnerInnenschaft Donau – Quality in Inclusion (Hrsg.) Sozialer Sektor im Wandel. St. Pölten, S. 231-248

Brauer K (2002) Ein Blick zurück nach vorn. Generationenbeziehungen im Stadt-Land-Vergleich. In: Burkart G, Wolff J (Hrsg.) Lebenszeiten. Erkundungen zur Soziologie der Generationen. Opladen, S. 175-195

Braun J, Kettler U, Becker I (1999) Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland. ISAB, Institut für Sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung Band 50, Leipzig

Braun J, Bischoff S, Gensicke T (2001) Förderung des freiwilligen Engagement und der Selbsthilfe in Kommunen. ISAB, Institut für Sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung Band 54, Leipzig

Bröschen E (1983) Die Lebenslage älterer Menschen im ländlichen Raum. Schriftenreihe BMJFG Band 137, Bonn

Bubolz-Lutz E, Kricheldorff C (2006) Freiwilliges Engagement im Pflegemix – neue Impulse. Freiburg i.Br.

Bubolz-Lutz, E (2006) Pflege in der Familie. Freiburg i.Br.

Buchholt S (1997) Gesellschaftliche Transformation, kulturelle Identität und soziale Beziehungen. Soziale Netzwerke in der Oberlausitz zwischen Modernisierung und Kontinuität. Bielefelder Geographische Arbeiten, Münster

Buckwalter KC, Davis LL o.J.: Elder Caregiving in Rural Communities. University of Iowa http://globalag.igc.org/ruralaging/world/2009/ruralcommunities.pdf (1.10.15)

Butler SS, Kaye LW (2003) Rurality, aging and social work: Setting the context. In: Butler SS, Kaye LW (Hrsg.) Gerontological social work in small towns and rural communities. New York, S. 3-18

Buttner P (2011) Generalistische Ausbildung, Spezialisierung und Patchwork. In Kraus B, Effinger H, Gahleitner SB, Miethe I, Stövesand S (Hrsg.) Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung. Das Ganze und seine Teile. Opladen, S. 113-121

Cantor MH (1979) Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. Research on Aging 1, S. 434-463

Chassé KA (1996) Ländliche Armut im Umbruch. Lebenslagen und Lebensbewältigung. Opladen

Cloke P, Johnsen S, May J (2007) The periphery of care: Emergency services for homeless people in rural areas. In: Journal of Rural Studies 23 (2007) 4, S. 387-401

Coburn AF, Bolda EJ (1999) The rural elderly and long-term care. In Ricketts TC (Hrsg.) Rural health in the United States. Oxford, S. 179-189

Dal Bello-Haasm VPM, Cammer A, Morgan D, Stewart N, Kosteniuk J (2014) Rural and remote dementia care challenges and needs: perspectives of formal and informal care providers residing in Saskatchewan, Canada. In: Rural and Remote Health (2014) 14, S. 1-13

Davis LL, Gilliss KL, Harper MS (2011) Family Caregiving: Implications for Rural Practice, Policy, Education, and Research. In: Talley RC u.a. (Hrsg.) Rural Caregiving in the United States: Research, Practice, Policy. New York, S. 19-31

Debiel S, Engel A, Hermann-Stietz I, Litges G, Penke S, Wagner L (Hrsg.) (2013) Soziale Arbeit in ländlichen Räumen. Wiesbaden

Dehmel S, Ortmann K (2006) Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit. https://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Weiterbildung/Dehmel_Ortmann-Soziale_Unterst_tzung.pdf (10.11.2014)

Dennig MC, Greß S, Stegmüller K (2013) Gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum. Eine Studie zur gesundheitlichen Versorgungssituation im Landkreis Fulda. pg-papers 03/2013 Hochschule Fulda. Fulda

Destatis Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013) Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Kreisvergleich, Wiesbaden

Deufert D (2013) Genderaspekte in der Angehörigenpflege. Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie (2013) 46, S. 520-525

DIAP Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln (2009) Expertise Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Praxisbericht mit Beispielen und Empfehlungen für wohnortnahe Pflege und Unterstützungsstrukturen. Berichte aus der Pflege Nr. 13, Köln

Diewald M (1991) Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin

Diewald M, Sattler S (2010) Soziale Unterstützungsnetzwerke. In: Stegbauer C, Häußling R (Hrsg.) Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden, S. 689-699

Dietz B (2010) Soziale Arbeit in alternden Gesellschaften. In: Benz B, Boeckh J, Mogge-Grotjahn H (Hrsg.) Soziale Politik – Soziale Lage – Soziale Arbeit. Wiesbaden, S. 337-351

Dornheim J (1983) Kranksein im dörflichen Alltag. Tübinger Vereinigung für Volkskunde. Tübingen

Duggleby H u.a. (2010): The transition experience of rural older persons with advanced cancer and their families: a grounded theory study. In: BMC Palliative Care 9:5 (2010), S. 1-9

Dwyer JW, Lee GR, Coward RT (1990) The health status, health services utilization, and support networks of the rural elderly: a decade review. In:.Journal of Rural Health, 6 (1990) 4, S. 379-398

Dwyer JW, Folts WE, Rosenberg E (1994) Caregiving in social context. In: Educational Gerontology 20(1994)7, S. 615-631

Dwyer JW, Miller MK (1990) Differences in characteristics of the caregiving network by area of residence: Implications for primary caregiver stress and burden. In: Family Relations, 39 (1990), S. 27-37

Eisentraut R (Hrsg.) (2009) Alternde Räume: Soziales Kapital und ländlicher Raum Sachsen-Anhalts. Entwicklung von Lebensqualität im ländlichen Raum Sachsen-Anhalts. Ergebnisse eines Studentischen Lehrforschungsprojektes. Der Hallesche Graureiher 2009 – 2, Halle

Elkeles T, Beck D, Beetz S, Forkel JA, Hinz E, Nebelung C, Röding D, Fischer S (2010) Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden (Landgesundheitsstudie - LGS). Abschlussbericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Hochschulschriftenreihe G, Band 12, Neubrandenburg

Engel P (2001) Sozialräumliche Altenarbeit und Gerontologie. Am Beispiel älterer Frauen auf dem Land. Opladen

Fachinger U, Künemund H (Hrsg.) (2015) Gerontologie und ländlicher Raum. Lebensbedingungen, Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten. Vechtaer Beiträge zur Gerontologie. Wiesbaden

Fischer T (2005) Alt sein im ländlichen Raum – eine raumwissenschaftliche Analyse. Dissertation am Institut für Raumplanung und Ländliche Neuordnung, Universität für Bodenkultur, Wien

Fischer T (2013) Ältere Menschen im ländlichen Raum – Versuch über die Typisierung einer Bevölkerungsgruppe im Wandel. Zürich.

Frewer-Graumann S (2014) Zwischen Fremdfürsorge und Selbstfürsorge. Familiale Unterstützungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Wiesbaden

Frey C (2010) Helfer, Hilfen und Demenz. Angehörige Demenzkranker im Kontext formeller und informeller Hilfen. Eine empirische Studie. Dissertation an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt

Gängler H (1990) Soziale Arbeit auf dem Lande. Vergessene Lebensräume im Modernisierungsprozeß. Weinheim, München

Garms-Homolova V, Korte W (1993) Altern in der Stadt und auf dem Lande: Unterschiede oder Angleichung? In: Naegele G, Tews HP (Hrsg.) Lebenslagen im Strukturwandel des Alters: alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik. Opladen. Wiesbaden, S. 215-232

Köcher R, Bruttel O (2012) Generali Altersstudie 2013. Frankfurt a.M.

Koppelin.F.(2008) Soziale.Unterstützung.pflegender.Angehöriger:.Theorien,.Methoden, Forschungsbeiträge. Bern

Kron T, Schimank U, Lasarczyk C (2003) Doppelte Kontingenz und die Bedeutung von Netzwerken für Kommunikationssysteme. In: Zeitschrift für Soziologie 32 (2003) 5, S. 374-395

Geyer J, Schulz E (2014) Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. DIW Wochenbericht Nr. 14.2014, S. 294-302

Glenn EN (2000) Creating a caring society. In: Contemporary Sociology 29(1), S. 84-94

Goins R, Turner S, Spencer M, Byrd J (2011) Research on Rural Caregiving. In: Talley R u.a. (Hrsg.) Rural Caregiving in the United States. Research, Practice, Policy. Berlin, S. 103-132

Graham H. (1983) Caring: A Labour of Love. In: Finch J (Hrsg.) A Labour of Love: Women, Work and Caring. London, S. 13-30

Gröning K, Kunstmann A, Rensing E (2004) In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt am Main

Haberkern K, Brandt M (2010) Intergenerationale und professionelle Unterstützung älterer Personen in Europa. In: WSI Mitteilungen 4/2010, S. 188-195

Hämel K, Ewers M, Schaeffer D (2013) Versorgungsgestaltung angesichts regionaler Unterschiede. In: Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie (2013) 46, S. 323-328

Hainz M (1999) Dörfliches Sozialleben im Spannungsfeld der Individualisierung. Schriftenreihe der Forschungsgesellschaft für Agrarpolitik und Agrarsoziologie e.V., Bd. 311, Bonn

Ham, RJ, Goins RT, Brown DK (2003) Best Practices in Service Delivery to the Rural Elderly. West Virginia University Center on Aging (www.hsc.wvu.edu/coa/, 5.10.15)

Heintze C (2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. WISO Juli 2012

Hering S (2011): Der blinde Fleck. Die Anfänge der Wohlfahrtspflege auf dem Land in West und Osteuropa. In: Sozial Extra. In: Zeitschrift für Soziale Arbeit (2011) 3/4, S. 17-20

Heusinger J (2008): Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.) Soziale Pflegeungleichheit. Wiesbaden, S. 301-314

Höhmann U (2009) Pflegestützpunkte als Brücken im System: Anmerkungen zu Vernetzungschancen. In: Pflege&Gesellschaft 14 (2009) 3, S. 215-235

Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbrunn A (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Bern

Hofmeister G, Barth C, Fuhr D (2010) Selbstbestimmt Wohnen im Alter – Gestaltung sozialer Infrastruktur für Menschen mit Behinderung angesichts demografischer Herausforderungen. Abschlussbericht Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Hofgeismar

Hugo GJ (1981) “Village-Community Ties”. Village Norms and Ethnic and Social Networks: A Review of Evidence from the Third World. In: De Jong G, Gardner R (Hrsg.): Migration Decision Making. Multidiscilinary Approaches to Microlevel Studies in Developed and Developping Countries. New York, S. 186-224

Jeggle U, Ilien A (1978) Die Dorfgemeinschaft als Not- und Terrorzusammenhang. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des Dorfes und Sozialpsychologie seiner Bewohner. In: Wehling HG (Hrsg.) Dorfpolitik. Fachwissenschaftliche Analysen und didaktische Hilfen. Opladen, S. 38-53.

Jeřábek H (2014) Bedürfnisse der Senioren und familiäre Altenpflege – Beispiel des sozialen Zusammenhalts. In: Amann A,.Kolland F (Hrsg.)Das erzwungene Paradies des Alters? Wiesbaden, S. 149-173

Jurk R, Amanatidis E, Matthes C, Schuster M, Schützwohl M (2012) Abschlussbericht zum Projekt Behandlungsbedürfnis und Inanspruchnahmeverhalten bei Demenzerkrankungen (BIADEM). Versorgungsforschung für Patienten und ihre pflegenden Angehörigen. Dresden

Karl F (1989) Alte Menschen im Stadtteil. Kasseler Gerontologische Schriften 8, Kassel

Kaufman AV u.a. (2010) Social Support, Caregiver Burden, and Life Satisfaction in a Sample of Rural African American and White Caregivers of Older Persons With Dementia. In: Journal of Gerontological Social Work, 53 (2010), S.251–269

Kaye LW, Butler S (2004) Gerontological Social Work in Small Towns and Rural Communities. New York

Klie T (2010) Bürgerschaftliches Engagement in der Pflege. In: Olk T, Klein A, Hartnuß B (Hrsg.) Engagementpolitik. Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe. Wiesbaden,.S. 571-594

Klie T (2014) Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. Bonn

Klie T, Marzluff S (2012) Engagement gestaltet ländliche Räume. Chancen und Grenzen bürgerschaftlichen Engagements zur kommunalen Daseinsvorsorge. In: Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie (2012) 45, S. 748-755

Koppelin F (2008) Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger. Bern

Krenn M (2014) Kapitalistische Dynamik und die gesellschaftliche Organisation von Pflege- und Sorgearbeit. Working Paper 5/2014 der DFG-KollegforscherInnengruppe Postwachstumsgesellschaften, Jena

Kron T, Schimank U (2003) Doppelte Kontingenz und die Bedeutung von Netzwerken für Kommunikationssysteme. Ergebnisse einer Simulationsstudie. In: Zeitschrift für Soziologie, 32 (2003) 5, S. 374-395

Künemund H, Hollstein B (2000) Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: Kohli M, Künemund H (Hrsg.) Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, S. 212-276

Künemund H, Kohli M (2010) Soziale Netzwerke. In: Ahner K (Hrsg.) Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden, S. 309-313

Kuhlmey A (2000) Ältere Frauen und Männer auf dem Land – von der Tradition zur neuen Identität. In: Walter U, Altgeld T (Hrsg.) Altern im ländlichen Raum. Frankfurt am Main, S. 191-198

Kunstmann AC (2009) Familiale Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen – Eine Diskursanalyse. Wiesbaden

Laireiter AR (2009) Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. In: Lenz K, Nestmann F (Hrsg.): Handbuch Persönliche Beziehungen. Weinheim, S. 75-99

Lange J, Fellöcker K (Hrsg.) (1997) Sozialarbeit im ländlichen Raum. Handlungsfelder, methodische Ansätze und Konzepte. St. Pölten

Lutz B (1989) Der kurze Traum immerwährender Prosperität. Frankfurt a.M.

Machold I, Tamme O (2005) Versorgung gefährdet. Wien

Malsburg A von der, Isfort M (2014) Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit. 24 Stunden verfügbar – Private Pflege in Deutschland. WISO direkt, Bonn

McKenzie SJ, McLaughlin D, Dobson AJ, Byles JE (2010) Urban–rural comparisons of outcomes for informal carers of elderly people in the community: A systematic review. In: Maturitas 67 (2010), S. 139-143

Meier H (1991) Zusammenleben im Dorf. Probleme und Unterstützungsformen erwachsener Dorfbewohner. Münster

Menning S, Hoffmann E (2011) Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, S. 62-78

Meyer C u.a. (2007) Alt werden und Alt sein in einer ländlichen Gemeinde: Bienenbüttel, Bargdorf, Beverbeck mit Grünewald, Bornsen, Edendorf mit Solchstorf, Eitzen I, Grünhagen, Hohenbostel, Hohnstorf, Niendorf, Rieste, Steddorf, Varendorf, Wichmannsburg, Wulfstorf. Projektgruppe des Instituts für Sozialpädagogik der Universität Lüneburg. Bienenbüttel

Meyer M (2006) Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Überarbeitung des „National Background Report for Germany“, Bonn

Morgan DG, Semchuk KM, Stewqart NL, D’Arcy C (2002) Rural families caring for a relative with dementia: barriers to use of formal services. In: Social Science & Medicine 55 (2002), S. 1129-1142

Nestmann F (1988) Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung.alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin, New York

NFCMH New Freedom Commission on Mental Health (2004) Subcommittee on Rural Issues: Background Paper. DHHS Pub. Nummer SMA-04-3890, Rockville MD

Peuckert R (2012) Großeltern, Eltern und Kinder: Familie als Solidargemeinschaft Familienformen im sozialen Wandel. Wiesbaden, S. 593-640

Perrig-Chiello P, Höpflinger F (Hrsg.) (2012): Pflegende Angehörige von älteren Menschen. Bern

Phillips A, Quinn A, Heitkamp T (2010) Who Wants To Do Rural Social Work? In: Contemporary Rural Social Work (2010) 2, S. 51-65

Preuß M (2014) Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Vermittlungshandeln in einem komplexen Spannungsfeld. Wiesbaden

Prüß U, Küpper-Nybelen J, Ihle P, Schubert I (2005) Ergebnisbericht »Pflege« Inanspruchnahme von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Köln

R+V Versicherungen AG (Hrsg) (2013) Weil Zukunft Pflege braucht, Auftragsstudie mit dem Institut für Demoskopie Allensbach. Wiesbaden (http://www.ifd-allensbach.de/studien-und-berichte/veroeffentlichte-studien.html, 9.9.2014)

Rach HJ, Weissel B, Plaul H (1987) Das Leben der Werktätigen in der Magdeburger Börde. Berlin

Rauschenbach T, Sachße C, Olk T (Hrsg.) (1995): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Wohlfahrts- und Jugendverbände im Umbruch. Frankfurt/M.

Reichert M (2011) Landlust: Ein Selbstversuch in der deutschen Provinz. Frankfurt am Main

Rosenbrock R (1997) Gemeindenahe Pflege aus Sicht von Public Health. WZB Paper.P97-203, Berlin

Rosenmayer L (1982) Ältere Menschen in kleinen Gemeinden. In: Soziale Sicherheit (1983) 9, S. 364-368

Santen E van, Seckinger M (2008) Von der Schwierigkeit, Hilfe zu bekommen. In: ZSR 54 (2008) 4, S. 343-362

Scheiwe K, Krawietz J (Hrsg.) (2010) Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden

Scherger S, Brauer K, Künemund H (2004): Partizipation und Engagement älterer Menschen — Elemente der Lebensführung im Stadt-Land-Vergleich. In: Backes C, Künemund H (Hrsg.) Lebensformen und Lebensführung im Alter. Wiesbaden, S. 173-192

Schilling O, Wahl HW (2002) Familiäre Netzwerke und Lebenszufriedenheit alter Menschen in ländlichen und urbanen Regionen In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (2002) 2, S. 304-317

Schmid T 2014: Generation, Geschlecht und Wohlfahrtsstaat Intergenerationelle Unterstützung in Europa. Wiesbaden

Schmidt M, Schneekloth U (2011) Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.) (2005) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München

Schneekloth U (2005) Ergebnisse der Einzelstudien. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). München, S. 55-98

Schubert H, Veil K (2013) Beziehungsbrücken zwischen Lebenswelten und Systemwelt im urbanen Sozialraum. In: sozialraum.de 1/2013. URL: http://www.sozialraum.de/beziehungsbruecken-zwischen-lebenswelten-und-systemwelt-im-urbanen-sozialraum.php, (21.08.2014)

Schulz E (2012) Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert. DIW Wochenbericht 13/2012

Schulz E (2014) Ageing, care need, and long-term care workforce in Germany. Supplement B, NEUJOBS working paper D12.2. Brüssel

Schulz-Nieswandt F (2000) Altern im ländlichen Raum – Eine Situationsanalyse. In: Walter U, Altgeld T (Hrsg.) Altern im ländlichen Raum. Frankfurt, New York, S. 21-39

Schweppe C (1994) Altern auf dem Land - Über das soziale Märchen eines harmonischen Lebensabends, In: Neue Praxis (1994) 2, S.143-153

Schweppe C (2000) Biographie und Alter(n) auf dem Land – Lebenssituation und Lebensentwürfe. Opladen

Schweppe C (2001) Leben in Ungleichzeitigkeiten – Altersbiographien auf dem Land. In: Sozialer Fortschritt (2001) 9-10, S. 220-227

Seidl E, Labenbacher S (Hrsg.) (2007) Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Wien u.a.

Shenk D, Christiansen K (2009) Social Support Systems of Rural Older Women: A Comparison of the United States and Denmark. In: Sokolovsky J (Hrsg.) The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives. Greenwood Press, (Webbook) http://faculty.usfsp.edu/jsokolov/webbook/shenk.pdf (03.10.2015)

Siebel W (1992) Was macht eine Stadt urban? Definitionen, Einwände und Widersprüche. In: Einblicke Nr. 16, Oldenburg

Silverstein M, Gans D, Yang FM (2006) Intergenerational Support to Aging Parents: The Role of Norms and Needs. In: Journal of Family Issues (2006) 27, S. 1068-1084

Spangenberg L, Glaesmer H, Brähler E, Strauß B (2012) Inanspruchnahme familiärer Ressourcen bei späterem Pflegebedarf. Betreuungswünsche und angenommene Pflegebereitschaft von Angehörigen in der Allgemeinbevölkerung. In: Bundesgesundheitsblatt 2012 (55), S. 954-960

Sternberg M (2009) Alter(n) in ländlichen Räumen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels --- Eine Analyse in vier deutschen Gemeinden. Dissertation TU Dortmund

Staub-Bernasconi S (2005) Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene.Bestimmung, In: Thole W (Hrsg.) Grundriss Soziale Arbeit. Opladen, S. 245-258.

Talley RC, Chwalisz K, Buckwalter KC (Hrsg.) (2011) Rural Caregiving in the United States. Research, Practice, Policy. Berlin, New York

Tews HP (1987) Altern auf dem Lande. In: der landkreis (1987) 8-9, S. 445-452

Thissen F (2009) Social Capital in Rural Communities in the Netherlands. In: Journal for Geography 4 (2009) 1, S. 65-76

Wagner L (2011) Soziale Arbeit in Ländlichen Räumen. Spannungsfelder und Herausforderungen für Soziale Arbeit. In: Sozial Extra. Zeitschrift für Soziale Arbeit (2011) 3/4, S. 21

Wagner M, Wolf C (2001) Altern, Familie und soziales Netzwerk. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 4 (2001) 4, S. 529-554

Wagner DL, Niles KJ (2003) Caregivers for Rural Elderly: Issues and Initiatives. In: Ham, RJ, Goins R, Brown DK: Best Practices in Service Delivery to the Rural Elderly. West Virginia University Center on Aging, Morgantown, S. 95-104

Walsh K, O'Shea E, Scharf T (2012) Social Exclusion and Ageing in Diverse Rural Communities. Irish Centre for Social Gerontology. Corrib Village

Walter U, Altgeld T (Hrsg.) (2000) Altern im ländlichen Raum. Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.

Walter U, Schwartz FW (2000) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung der älteren Bevölkerung im ländlichen Raum. In: Walter U, Altgeld T (Hrsg.) Altern im ländlichen Raum. Frankfurt am Main, S. 77-96

Wedler B, Beetz S (2013) Drogen und Sucht im ländlichen Raum. In: Debiel S, Engel A, Hermann-Stietz I,.Litges G, Penke S, Wagner L (Hrsg.) Soziale Arbeit in ländlichen Räumen. Wiesbaden, S. 277-288

Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. Robert Koch – Institut, GBE kompakt 6(3), Berlin

Wiesinger G, Machold I (2001) Dörfliche Gemeinschaften und soziale Integration. Soziale Integration/ Ausgrenzung in Sozialsystemen peripherer ländlicher Regionen. Wien

Wilcox KL (1998) Privilege in Families: Complexity in Adult Sibling Relationships. Department Family and Child Development University Virginia. Salem

Wotha B, Bittner J (2011) Inklusion in ländlichen Räumen. Ein Ansatz zur Bewältigung der Herausforderungen des demographischen Wandels. In: STANDORT (2011) 35, S. 109-116

Zeller B, Neubauer G, Gatterer G (2007) Beratung, Betreuung und Pflege älterer Menschen außerhalb von Ballungszentren. Ein Praxisbericht. In: Gatterer G (Hrsg.) Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. Wien, S. 317-332

ZQP Zentrum für Qualität in der Pflege (2013) Einflussfaktoren auf Versorgungssettings in Deutschland. Berichterstattung Pflegequalität. Berlin

Anhang

Das Gesamtprojekt „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“

Das Forschungsprojekt „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“ ist in seiner Art einzigartig, weil es die Veränderungen der ländlichen Lebensverhältnisse seit 1952 alle 20 Jahre in immer denselben zehn westdeutschen Untersuchungsdörfern und ihrem Umland untersucht. Seit der Wiedervereinigung sind auch vier ostdeutsche Dörfer in die Untersuchungen aufgenommen worden. Die Jahresangaben im Titel des Forschungsprojekts stehen für die vier bisherigen Untersuchungsfolgen. Als weitere Gemeinsamkeit wurden alle Untersuchungen vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft in Auftrag gegeben und finanziert. Zudem waren alle bisherigen Untersuchungen Gemeinschaftsarbeiten von verschiedenen wissenschaftlichen Einrichtungen, um durch die unterschiedliche Expertise der beteiligten Wissenschaftler auch die Breite des Wandels ländlicher Lebensverhältnisse hinreichend einzufangen.

Die aktuelle Untersuchungsfolge

Die Studie „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“ hat in dem Kontext der früheren Untersuchungen einmal die Frage zu beantworten „Wie haben sich die Untersuchungsdörfer entwickelt“. Dazu knüpft das Untersuchungskonzept zum einen an den vorhergehenden Untersuchungen an, um die Vergleichbarkeit zu den Voruntersuchungen zu gewährleisten. Zum andern sind zur Gewährleistung der Aktualität der Untersuchung die wissenschaftlichen Fragestellungen an aktuelle Erfordernisse anzupassen und so auch das Forschungskonzept entsprechend weiterzuentwickeln. Das Grundanliegen der Studie, die Menschen vor Ort mit ihren Einschätzungen und Vorstellungen als Experten ihrer Lebensverhältnisse mit in die Studie einzubinden, verbindet die beiden Anforderungen.

Mit der Koordination des Gesamtprojekts wurde das Thünen-Institut für Ländliche Räume betraut.

Auswahl der beteiligten Teilprojekte

Die Identifikation interessanter aktueller wissenschaftlicher Teilprojekte und die Gewinnung von Kooperationspartnern zur Mitarbeit an dem Projekt „Ländliche Lebensverhältnisse in Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“ ist konzeptionelle zentrale Herausforderung. Diese löste das Projekt über eine thematisch nicht weiter spezifizierte Ausschreibung und ein zweistufiges Auswahlverfahren der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) in Bonn. In diesem Wettbewerbsverfahren wurden sechs Institute mit ihren Fragestellungen ausgewählt. Zwei weitere Fragestellungen, die für die Analyse der ländlichen Lebensverhältnisse für notwendig erachtet wurden, wurden direkt am Thünen-Institut für Ländliche Räume bearbeitet.

Aufstellung der teilnehmenden Forschungseinrichtungen und ihrer Teilprojekte:

Institut für Green Technology und Ländliche Entwicklung, Fachhochschule Südwestfalen, Soest	Dörfer als Wohnstandorte
Institut für Sozialwissenschaften des Agrarbereichs, Fachgebiet Ländliche Soziologie, Universität Hohenheim	Alltagsbewältigungsstrategien
Fachbereich Bildungs- und Sozialwissenschaften, Fachgruppe Geographie, Bergische Universität Wuppertal	Kindheit im Wandel
Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Mittweida	Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel
Institut für Lebensmittel- und Ressourcenökonomie, Rheinische Friedrich Wilhelms-Universität Bonn	Anforderungen an die Landwirtschaft
IZT - Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung gemeinnützige GmbH, Berlin	Neue Medien und dörflicher Wandel
Thünen-Institut für Ländliche Räume, Braunschweig	Handlungsmöglichkeiten von Orten - Rahmenbedingungen politischen Handelns und ortsspezifische Deutungen lokaler Mandatsträger _____ Ländliche Arbeitsmärkte: Chancen für Frauen – Frauen als Chance

In die Bearbeitung der Teilprojekte wurden jeweils ost- wie westdeutsche Untersuchungsorte einbezogen.

Untersuchungsorte

Die Identität der Untersuchungsdörfer ist das Charakteristikum des Projekts Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012.

Die Auswahl der Untersuchungsdörfer von 1952 hatte den sehr verschiedenen Bedingungen der ländlichen Räume in Westdeutschland Rechnung zu tragen. Kriterien waren die Strukturunterschiede der Dörfer (Dörfer mit einer überwiegend kleinbäuerlichen Landwirtschaft, mit einem höheren Anteil größerer landwirtschaftlicher Betriebe oder sogenannte Arbeiter-Bauern-Dörfer, in denen der Anteil nichtlandwirtschaftlicher Bevölkerung überwog), unterschiedliche landwirtschaftliche Vererbungssitten, unterschiedliche Verkehrslagen bzw. Entfernungen zu größeren Städten, aber auch eine positive bzw. problematische Entwicklung der Untersuchungsdörfer.

Die Wiedervereinigung Deutschlands erlaubte es, den Untersuchungsansatz durch die Einbeziehung von vier ostdeutschen Untersuchungsdörfern auf das ehemalige Gebiete der DDR auszuweiten. Die Verwendung der Auswahlkriterien von 1952 schied aufgrund der völlig anderen Entwicklung in der DDR aus. Vielmehr wurden unterschiedlich strukturierte Dörfer ausgewählt, abhängig von der Bevölkerungsgröße und der Entfernung von vermuteten Wachstumsräumen bzw. –achsen. Eines der Dörfer sollte, so eine Vorabfestlegung, im Kernsiedlungsgebiet der Sorben liegen.

Diese Untersuchungsdörfer und ihr Umland sind nach wie vor der Untersuchungsraum. Aufgrund realer Veränderungen der Untersuchungsorte, wie das Zusammenwachsen der ursprünglichen Dörfer im Zuge der inzwischen z. T. über 40 Jahre zurückliegenden Gemeindegebietsreformen und freiwillige Gemeindezusammenschlüsse, aber auch zur Absicherung der Untersuchungsergebnisse wurden die Untersuchungsorte jedoch fallweise erweitert. Die Möglichkeiten zum Rückbezug von Ergebnissen auf die ursprünglichen kleineren Untersuchungsorte sind dabei erhalten geblieben

Die fallweise Erweiterung betraf folgende Untersuchungsorte:

Früherer Untersuchungsort	**Aktuelle Untersuchungsorte**
Gemeinde / Ortsteil Diepoltskirchen	Gemeinde Falkenberg
Dorf/ Gemeinde Gerhardshofen	Heutige Gemeinde Gerhardshofen
Gemeinde Glasow	Gemeinde Glasow und Krackow
Gemeinde / Ortsteil Mildenberg	Ortsteile Badingen, Burgwall, Marienthal, Mildenberg, Ribbeck und Zabelsdorf (Gemeinde Stadt Zehdenick)
Gemeinde Kahlwinkel	Gemeinde Finneland
Gemeinde Ralbitz	Gemeinde Ralbitz-Rosenthal

Mit diesen Erweiterungen umfasste das Projekt folgende Orte:

14 Untersuchungsdörfer/-gemeinden

Untersuchungsorte	Politische Gemeinde	Landkreis/ Kreis	Bundesland
Badingen, Burgwall, Marienthal, Mildenberg, Ribbeck und Zabelsdorf	Stadt Zehdenick	Landkreis Oberhavel	Brandenburg
Bischoffingen	Stadt Vogtsburg	Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	Baden-Württemberg
Bockholte	Gemeinde Werlte	Landkreis Emsland	Niedersachsen
Elliehausen	Stadt Göttingen	Landkreis Göttingen	Niedersachsen
Gemeinde Falkenberg	Gemeinde Falkenberg	Landkreis Rottal-Inn	Bayern
Finneland	Gemeinde Finneland	Burgenlandkreis	Sachsen-Anhalt
Freienseen	Stadt Laubach	Landkreis Gießen	Hessen
Gemeinde Gerhardshofen	Gemeinde Gerhardshofen	Landkreis Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	Bayern
Gemeinden Glasow und Krackow	Gemeinde Glasow, Gemeinde Krackow	Landkreis Vorpommern-Greifswald	Mecklenburg-Vorpommern
Groß Schneen	Gemeinde Friedland	Landkreis Göttingen	Niedersachsen
Kusterdingen	Gemeinde Kusterdingen	Landkreis Tübingen	Baden-Württemberg
Gemeinde Ralbitz-Rosenthal	Gemeinde Ralbitz-Rosenthal	Landkreis Bautzen	Sachsen
Gemeinde Spessart	Ortsgemeinde Spessart	Landkreis Ahrweiler	Rheinland-Pfalz
Westrup	Gemeinde Stemwede	Kreis Minden-Lübbecke	Nordrhein-Westfalen

Lage der Untersuchungsdörfer

Quelle: VG250, Bundesamt für Kartographie und Geodäsie, 2011
GN250, Bundesamt für Kartographie und Geodäsie, 2010

THÜNEN

Methodische Vorgehensweise

Bei der Durchführung der Studie „Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993 und 2012“ wurde eine große Anzahl verschiedener methodischer Erhebungsinstrumente kombiniert. Ähnlich wie bei den Vorgängerstudien erfolgte die Datenerhebung zum einen innerhalb eines gemeinsamen Rahmenkonzepts aus Einwohnerbefragung, Dorfprofilen, Jugenddiskussionen und Validierungsrunden und zum anderen mit je eigenen methodischen Vorgehensweisen in den jeweiligen Teilprojekten. Die Verbindung zwischen dem Rahmenkonzept und dem Vorgehen in den Teilprojekten erfolgte z. B. über die Einbeziehung von Fragen der Teilprojekte in die gemeinsame Einwohnerbefragung. Zusätzlich stellte der kontinuierliche Austausch über Forschungserfahrungen und Zwischenergebnisse die Verbindung zwischen den Teilprojekten sicher.

Einwohnerbefragung

In dem traditionellen „Herzstück“ der Studie wurden 3.177 zufällig ausgewählte volljährige Einwohner aus den Untersuchungsdörfern sowohl zu den Anliegen der Teilprojekte als auch zu allgemeinen Fragen zum Leben in ihren Dörfern befragt. Diese Gespräche fanden in der Regel bei den Befragten zu Hause statt und wurden von dafür speziell geschulten Interviewern unter Verwendung von Tablet-PCs durchgeführt. Die Fragen und Antworten waren weitgehend standardisiert.

Qualitative Erhebungen

Zu den unterschiedlichen Fragestellungen insbesondere der Teilprojekte, aber auch zur Entwicklung der Dörfer, wurden knapp 400 qualitative Gespräche geführt.

Dorfprofile

Jede beteilige Forschungseinrichtung erstellte je ein Ortsprofile für zwei Untersuchungsorte, in denen der Ist-Zustand der Dörfer, z. B. im Hinblick auf die bauliche Entwicklung oder die Infrastruktur, festgehalten wurde.

Jugenddiskussionen

Um Jugendliche und ihre Sichtweisen auf die Entwicklung vor Ort mit in die Untersuchung einbinden zu können, wurden Jugendliche in den Untersuchungsorten zu moderierten Gruppendiskussionen eingeladen.

Validierungsrunden

In den „Validierungsrunden“ wurden in jedem der Orte die jeweiligen Ergebnisse der Untersuchung präsentiert und diskutiert. Diese Diskussionen fanden wiederum Eingang in die Ergebnisinterpretation.

Weitere Erhebungsschritte

In einzelnen Teilprojekten kamen zudem weitere Erhebungsinstrumente zum Einsatz, angefangen von einer schriftlichen Vereinsbefragung in allen Untersuchungsorten bis zu dem Einsatz von GPS- Geräten bei speziellen Fragestellungen und in einzelnen Untersuchungsorten.

Thünen Report

Bereits in dieser Reihe erschienene Hefte – *Volumes already published in this series*

1 - 17	siehe http://www.ti.bund.de/de/infothek/publikationen/thuenen-report/
18	Patrick Küpper, Stefan Kundolf und Anne Margarian **Neue Beteiligungs- und Steuerungsprozesse in der ländlichen Entwicklung**
19	Frank Offermann, Claus Deblitz, Burkhard Golla, Horst Gömann, Hans-Dieter Haenel, Werner Kleinhanß, Peter Kreins, Oliver von Ledebur, Bernhard Osterburg, Janine Pelikan, Norbert Röder, Claus Rösemann, Petra Salamon, Jürn Sanders, Thomas de Witte **Thünen-Baseline 2013 – 2023: Agrarökonomische Projektionen für Deutschland**
20	Gerald Rahmann und Uygun Aksoy (Eds.) **Building Organic Bridges – Volume 1: Argentina – France** **Building Organic Bridges – Volume 2: Germany – India** **Building Organic Bridges – Volume 3: Indonesia – Sri Lanka** **Building Organic Bridges – Volume 4: Sweden – Viet Nam**
21	Claudia Heidecke, Ulrike Hirt, Peter Kreins, Petra Kuhr, Ralf Kunkel, Judith Mahnkopf, Michael Schott, Björn Tetzlaff, Markus Venohr, Andrea Wagner und Frank Wendland Endbericht zum Forschungsprojekt **„Entwicklung eines Instrumentes für ein flussgebietsweites Nährstoffmanagement in der Flussgebietseinheit Weser“** **AGRUM^{+}-Weser**
22	Walter Dirksmeyer, Ludwig Theuvsen und Maike Kayser (Hrsg.) **Aktuelle Forschung in der Gartenbauökonomie –** Tagungsband zum 1. Symposium für Ökonomie im Gartenbau
23	Karsten Mohr, Jerzy Suda, Hans Kros, Christian Brümmer, Werner L. Kutsch, Miriam Hurkuck, Elisabeth Woesner, Wim Wesseling **Atmosphärische Stickstoffeinträge in Hochmoore Nordwestdeutschlands und Möglichkeiten ihrer Reduzierung – eine Fallstudie aus einer landwirtschaftlich intensiv genutzten Region**
24	Raphael Albrecht **Ein Ansatz zur Abschätzung der interregionalen Wettbewerbsfähigkeit der Zuckerrübenproduktion – am Beispiel ausgewählter europäischer Regionen**
25	Ute Petersen, Hans-Joachim Weigel **Klimaresilienz durch Agrobiodiversität?** Literaturstudie zum Zusammenhang zwischen Elementen der Agrobiodiversität und der Empfindlichkeit von landwirtschaftlichen Produktionssystemen gegenüber dem Klimawandel
26	Mirko Liesebach (Hrsg.) **FastWOOD II: Züchtung schnellwachsender Baumarten für die Produktion nachwachsender Rohstoffe im Kurzumtrieb** – Erkenntnisse aus 6 Jahren FastWOOD
27	Claus Rösemann, Hans-Dieter Haenel, Ulrich Dämmgen, Annette Freibauer, Sebastian Wulf, Brigitte Eurich-Menden, Helmut Döhler, Carsten Schreiner, Beate Bauer, Bernhard Osterburg **Calculations of gaseous and particulate emissions from German agriculture 1990 - 2013** **Berechnung von gas- und partikelförmigen Emissionen aus der deutschen Landwirtschaft 1990 – 2013**

28 Martin T. Bohl, Hervé Ott und Ernst-Oliver von Ledebur
Kurzfristige Dynamik von Preisbildungsprozessen deutscher Agrarrohstoffe - Abschlussbericht im Auftrag der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung für das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft

29 Kurt-Jürgen Hülsbergen, Gerold Rahmann (Hrsg.)
Klimawirkungen und Nachhaltigkeit ökologischer und konventioneller Betriebssysteme – Untersuchungen in einem Netzwerk von Pilotbetrieben, Forschungsergebnisse 2013-2014

30 Horst Gömann, Andrea Bender, Andreas Bolte, Walter Dirksmeyer, Hermann Englert, Jan-Henning Feil, Cathleen Frühauf, Marlen Hauschild, Sandra Krengel, Holger Lilienthal, Franz-Josef Löpmeier, Jürgen Müller, Oliver Mußhoff, Marco Natkhin, Frank Offermann, Petra Seidel, Matthias Schmidt, Björn Seintsch, Jörg Steidl, Kathrin Strohm, Yelto Zimmer
Agrarrelevante Extremwetterlagen und Möglichkeiten von Risikomanagementsystemen, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)

31 Jan L. Wenker und Sebastian Rüter
Ökobilanz-Daten für holzbasierte Möbel

32 **Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012**

Luisa Vogt, Ralf Biernatzki, Michael Kriszan und Wolf Lorleberg
Volume 1 – Dörfer als Wohnstandorte

Simone Helmle und Carmen Kuczera
Volume 2 – Typisch ist das vermeintlich Untypische: Alltag von Dorfbewohnern

Andreas Keil, Charlotte Röhner, Ina Jeske, Michael Godau, Stefan Padberg, Jennifer Müller, Nur Seyfi und Mira Schraven
Volume 3 – Kindheit im Wandel

Stephan Beetz unter Mitarbeit von Alexander Voigt, Anna-Clara Gasch und Sarah Rodriguez-Abello
Volume 4 – Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel

Michaela Evers-Wölk, Britta Oertel, Sie Liong Thio, Carolin Kahlisch und Matthias Sonk
Volume 5 – Neue Medien und dörflicher Wandel

THÜNEN

Thünen Report 32 - Volume 4
Herausgeber/Redaktionsanschrift

Johann Heinrich von Thünen-Institut
Bundesallee 50
38116 Braunschweig
Germany

www.ti.bund.de

ISBN 978-3-86576-141-5