

Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll

Die Ordnungen der Fürsorge

Zeitgemäße Perspektiven zum Verständnis von familiärem Pflegeengagement

Iren Steiner

Ein Beitrag aus der Tagung:

Altenheimseelsorge

Bad Boll, 16. – 18. April 2007, Tagungsnummer: 410307

Tagungsleitung: Dr. Günter Renz

Bitte beachten Sie:

Dieser Text ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers/der Urheberin bzw. der Evangelischen Akademie Bad Boll.

© 2007 Alle Rechte beim Autor/bei der Autorin dieses Textes

Eine Stellungnahme der Evangelischen Akademie Bad Boll ist mit der Veröffentlichung dieses Textes nicht ausgesprochen.

Evangelische Akademie Bad Boll
Akademieweg 11, D-73087 Bad Boll
E-Mail: info@ev-akademie-boll.de
Internet: www.ev-akademie-boll.de

Die Ordnungen der Fürsorge

Zeitgemäße Perspektiven zum Verständnis von familiärem Pflegeengagement

Iren Steiner

1. Einleitung

Bei der Vorbereitung für diesen Vortrag ist mir aufgefallen, wie eigenartig verwickelt und sperrig sich einem dieses Thema stellt, wenn man den Anspruch hat, Menschen in dem zu respektieren und zu würdigen, was sie leisten.

Dieser Respekt vor dem Können von Familienangehörigen gehört für mich als Psychologin, die sich seit langem mit Angehörigenarbeit beschäftigt hat, zu den Grundwerten, die der Begleitung von Pflegenden mit dem Anspruch von Ermächtigung (Empowerment) heute zu Grunde liegen müssen. Klaus Dörner, der Begründer der Sozialpsychiatrie in Deutschland hat bereits in den 80er Jahren dafür den Grundstein gelegt, indem er präzise und bedingungslos den Dialog von Mitarbeitern, Patienten oder – wie er sie nennt – Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen forderte. Ich habe in unsere Diskussion in den 90er Jahren dafür den Begriff der Angehörigenorientierung eingeführt. Das Anliegen zielt in dieselbe Richtung: Pflegende Angehörige in ihrem eigenen Recht und in ihren eigenen Bedürfnissen und damit auch in ihrem Eigensinn zu verstehen und anzuerkennen und sie als Partner zu behandeln.

Dazu scheint es aber notwendig, das Thema „pflegende Angehörige“ gründlich zu entrümpeln, bzw. in einer angemessenen Komplexität wahrzunehmen, unsere Haltungen zu reflektieren und neue Wege der Begleitung von Angehörigen zu entdecken.

Leuchtet dieser Anspruch ethisch unmittelbar ein, so erfordert er praktisch doch die Anstrengung des Erkennens, die Übung des Dialogs nach allen Seiten und den Mut zu neuen Wegen der Begleitung, die nicht dem herkömmlichen Hilfe-paradigma verpflichtet sind.

Warum:

Familienpflege und -begleitung in der älteren Familie ist eine zunächst schwer durchschaubare soziale Situation. Das gilt sowohl für den Außenstehenden wie für die Mitglieder des Verbandes selber. Das hängt mit drei Tatsachen zusammen:

Wir haben es mit einem System zu tun. Es geht um Familie. Familie behält man ein Leben lang und man nimmt sie innerlich überall hin mit.

Bei Pflege- und Unterstützungsfragen haben wir es mit vernetzten Problemen zu tun. Es geht um Krankheit und Abhängigkeit. Und es geht um Unterstützung in der hohen Altersphase: Wie organisieren sich Menschen, die bezogen aufeinander leben als Partner und/oder als Generationen und sich schon lange vertraut sind in einer Anforderung von Sorgearbeit, die verbunden ist mit gegenseitiger Hilfe und Unterstützung?

Pflegende Angehörige handeln aus einer eigenen „Weltsicht“ und eigenen Lebensthemen heraus: Welche Bedürfnisse entwickeln die Sorgenden darin und was ermöglicht ihnen, dass dieses Anliegen gelingt und nicht zu einer Überforderung wird, aus dem sie möglicherweise beschädigt herauskommen?

Es handelt sich zutiefst um ein Beziehungsgeschehen und zwar im Leben einer Gruppe genauso wie im Leben des einzelnen: Wir betrachten eine Gruppe, in der sich meist eine Hauptpflegeperson einen Auftrag gegeben hat oder diesen jedenfalls angenommen hat. Das Kümmern geschieht im Austausch mit dem Betroffenen. Aber genauso wirken innere und äußere Akteure und Stimmen daran mit. Diese Situation wird noch komplexer, wenn sich dieses Kümmern im Rahmen einer Institution, also in einer besonderen Form von Öffentlichkeit abspielt, wenn also der Mikrokosmos Familie sich im größeren System Pflegeheim etablieren muss.

In der Gleichzeitigkeit und Verschränkung der Perspektiven der einzelnen, der Gruppe und der Institution sind die Konflikte begründet, die den manchmal täglichen Zündstoff von „Angehörigenarbeit“ ausmachen: Die „Störfälle“ und „Störmanöver“, die gegenseitigen Zuschreibungen, ja Stigmatisierungen. Vielfältig wird auch psychologisches Wissen in diesen „Stellungskriegen“ und „Aufführungen“ (Goffmann) als Munition mitgeführt.

Ein Weg zur Überwindung einseitiger Zuschreibungen ist *Multiperspektivität*:

Das Geschehen von mehreren Perspektiven zu betrachten. (Bubolz-Lutz 2006)

Im Projekt Pflegebegleiter gehen wir von sechs Perspektiven auf pflegende Familien aus. Die Systemperspektive gilt uns dabei als Leitperspektive.

Ich möchte im Folgenden zwei Perspektiven herausgreifen:

Die Systemperspektive als Landkarte für Beziehungen.

Die Strukturperspektive als Blick auf Muster von Pflegebeziehungen

Sie scheinen mir besonders wichtig zu sein für die vorgeschlagene „Entrümpelung“ unserer stark problem- und konfliktzentrierten Wahrnehmung von pflegenden Angehörigen.

2. Die Systemperspektive: Bsp. Der Clan vor der Entscheidung einer Heimübersiedlung

2.1. Merkmale

Die systemische Sichtweise trägt wahrscheinlich am meisten dazu bei, die beobachteten Vorgänge und manche Verrücktheiten in Familien im Umgang mit dem Thema Pflege und Betreuung neu zu begreifen, vor allem keine voreiligen Zuschreibungen zu machen und von der „Schuldfrage“ Abstand zu nehmen.

Eine systemische Betrachtungsweise hat folgende Bedeutung für ein erweitertes Verständnis von Pflege im Familienzusammenhang:

Wir betrachten Pflege und Betreuung als *Balanceakt*, sowohl aus Sicht der Pflegenden wie aus Sicht des Familiensystems.

Wir betrachten Beziehungen und fragen nach *Wechselwirkungen*. In Pflegebeziehungen wirken alle Beteiligten wechselseitig aufeinander.

Alle sind in diesem Prozess aktiv und nehmen Einfluss. Interaktionsprozesse greifen ineinander: Bild: Mobile. Für die Beziehungsgestaltung sind alle mitverantwortlich (auch der Betroffene).

Wir suchen nach *Gleichgewichten* und *Ungleichgewichten* bei den einzelnen Akteuren und im System. Pflegebedürftigkeit löst Ungleichgewichte aus, die ausbalanciert werden müssen, um den Bestand des Systems nicht zu gefährden. Die Fähigkeiten hierzu hängen vom Grad von *Flexibilität* ab, wie *Grenzen* geöffnet oder geschlossen werden können.

Wir gehen von der *Selbstregulationsfähigkeit* von Pflegebeziehungen aus. Dies bedeutet vor allem eine Zurückhaltung im Blick auf vorschnelle Eingriffe.

Das Konzept der Selbstregulation gibt uns eine Orientierung für das, was wir tun können: es geht um *Unterstützung*, die den Angehörigen ein Gespür für die eigenen Kompetenzen und Anliegen entwickeln hilft und die Fähigkeit zur Selbstregulation stärkt. Intervention von außen ist am hilfreichsten als Zusammenspiel.

Es geht um Ermöglichung von Austausch und Gegenseitigkeit, so dass die Partner ihre Selbstregulation verbessern können.

2.2. Bedeutung für die Praxis

2.2.1. Angehörige pflegen in unserer Kultur vorwiegend in *Dyaden*

Pflege auf einer Schulter ist die verbreitetste Form. Es gibt in der Regel eine Hauptpflegeperson auch wenn noch weitere Personen mitwirken. Die Dyade in der Pflegebeziehung gilt als kleinstes soziales System. Darum herum können sich weitere Bezugspersonen gruppieren. Es bestehen gefühlsmäßige Bindungen. Die Rollen darin geben Sinn und Orientierung.

Diese dyadischen Beziehungen sind in der Regel klar erkennbar. Die Frage ist, wie Außenstehende (hier in einer stationären Einrichtung) diese beachten, respektieren und einbeziehen, bzw. ob die Außenstehenden den Sinn der Dyade verstehen. Es ist sicher viel weniger anstrengend, das System klein zu halten. Auf der anderen Seite ist eine solche Konstellation sehr verletzlich.

Die oftmals beobachtete „Enge“ der Pflegekonstellation ist also nicht nur Ausdruck der Beziehung, sondern ist auch ein Versuch, Überschaubarkeit und Kontrolle in der Situation aufrecht zu erhalten als Antwort auf die in der Pflegesituation bestehende Unkalkulierbarkeit. Dieser Gesichtspunkt macht verständlich, warum gerade auch Pflegenden mit Demenzkranken sich vor kleinsten Veränderungen oftmals scheuen, selbst, wenn es zu einer Entlastung führen könnte. Sind wir also achtsam auf Dyaden!

Jede Umstellung ist eine *Bedrohung des Gleichgewichts*. Im Blick auf inneres Gleichgewicht erscheint die Dyade ziemlich verletzlich. Die Ressourcen sind begrenzt. Es ist meist ein sehr eingespieltes Gleichgewicht, d.h. die Flexibilität ist gering. Muss ein neues Pflegearrangement geschaffen werden, haben die Beteiligten große Probleme, ein neues Gleichgewicht herzustellen. Das gilt ganz besonders für alte pflegende Paarbeziehungen!

Abgrenzung nach außen gegenüber herkömmlichen Unterstützungsangeboten ist zur Zeit noch ein typisches Muster von Selbstregulation in Pflegediyaden. Pflegende Angehörige sind als aktiver Part anzusehen bei der Frage der Öffnung oder Abgrenzung gegenüber Unterstützung.

Wir stehen zur Zeit vor einer interessanten Tatsache. Die neuste Infratest-Studie zur Situation häuslicher Pflege MUG III hat ergeben, dass sich die Inanspruchnahme von Diensten in den letzten zehn Jahren kaum verändert hat, trotz massiven Ausbaus professioneller Unterstützung. Nach wie vor nehmen nur ca. 16% regelmäßig Unterstützung von Pflegediensten in Anspruch, 37% ab und zu. Es gibt also eine breite Zurückhaltung im Blick auf Veränderung von Pflegearrangements, die eine Öffnung der Dyade notwendig machen – obwohl Angehörige sich als durchwegs belastet bis sehr belastet beschreiben.

2.2.4. Jede Pflege-Dyade, auch im Umfeld stationärer Einrichtungen, verkörpert eine eigene und für die Betroffenen höchst *bedeutsame Lebenswelt*, die sich nur im Kontakt erschließt.

Bei der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung geht oftmals der Blick für diese unsichtbaren Beziehungsnetze verloren oder erschließt sich gar nicht erst. Damit können Mitarbeiter oder Außenstehende sich kaum ein Bild machen von den Kräften, die jeweils auf die Angehörigen oder Pflegebedürftigen wirken, welchen Regelungen sie folgen, vor welchen Dingen sie meinen sich hüten zu müssen, was sie belastet.

Tatsächlich stellt sich die Einrichtung in vielem als ein *Soziotop* dar, wo die einzelnen Mikrokosmen in sich relativ abgegrenzt und für sich existieren. Die unsichtbaren Verbindungen tauchen erst auf, wenn der Mikrokosmos unter Druck gerät oder jemand von außen in Kontakt geht mit den Betroffenen. Dann aber kann sich der ganze Reichtum und die Eigengesetzlichkeit der Lebenswelt Familie auf tun – im Guten wie im Schwierigen.

Angehörige, die sich auf *andere (dyadische) Beziehungen* stützen können, haben *bessere Chancen für Selbstregulation*. Das Entwicklungspotenzial ist entscheidend von der Anwesenheit fördernder Dritter abhängig. (Bronfenbrenner 1981, S.21). Es leidet aber, wenn diese Dritten als störend erlebt werden. Das bedeutet, dass wir in besonderer Weise auf ältere Ehepaare mit Pflege achten sollten. Die Partner haben ihren Lebensmittelpunkt in der Partnerbeziehung und werden dadurch besonders verletzlich, wenn sie die Beziehung nicht mehr genügend leben können. Pflegende Kinder haben in der Regel ihren Lebensmittelpunkt nicht in der Pflegebeziehung und finden fördernde Dritte oft in ihrem eigenen Netzwerk.

Es ist eine grundsätzliche Frage an stationäre Einrichtungen, wie sie Familien und nahe Pflegepersonen ermutigen, Beziehung und Familie zu leben in einer gewissen Intimität und in Respekt und Ermunterung zu Abgrenzung und Eigenleben. (Bsp. Rooming-in, Bedeutung beim Einzug, im Heimalltag – Candle-Light-Dinner, Essen – , bei Abschiedsritualen).

Besonders störend sind hier rivalisierende Haltungen rund um den Bewohner, die zu einer Konkurrenz von zwei „Familien“ führen. Unaufdringlichkeit in allen funktionellen Tätigkeiten wäre eine wunderbare Veränderung der Pflegekultur.

Pflegende Angehörige profitieren von *Unterstützung*, die sie erhalten und die sie geben. Emotionale Unterstützung hilft Pflegebedürftigkeit zu bewältigen. Emotionale Unterstützung wirkt, wenn sie dem Beziehungspartner das Gefühl gibt, seine eigene Kompetenz zu bewahren oder zu verbessern. (Unterstützungs-Kompetenz Modell nach Antonucci und Jackson 1987).

Grundlage ist jeweils eine Vertrauensbeziehung. Pflegende Angehörige können sich leicht und überraschend für Unterstützung öffnen, wenn sie das Gefühl haben, in ihrer besonderen Rolle anerkannt zu werden, die Situation kontrollieren zu können und wenn sie das Gefühl haben, es passiert das, was ihnen wichtig ist. Pflegende brauchen gerade in der Dyade „ihren Weg“...

Unterstützung beugt der gelernten Hilflosigkeit vor.

Wir wissen aus der kognitiven Psychologie, wie entscheidend es ist für Wohlbefinden und Selbstvertrauen, dass Menschen die Überzeugung entwickeln und aufrechterhalten können, dass sie eine Situation handeln können. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen. Seligman konnte zeigen, wie der Zusammenbruch von Kontrollüberzeugungen dazu führt, dass Menschen Hilflosigkeit entwickeln, dass Motivation und Handlungsbereitschaft zusammenbricht, sich Denken und Fühlen tiefgreifend verändern. S. bezeichnete diesen Zustand als *gelernte Hilflosigkeit*.

Anregend für die bisherige Praxis sind die verschiedenen Formen von Unterstützung:

Emotionale Unterstützung (über persönliche Dinge reden, wenn der andere sich Sorgen macht, Aufmunterung, wenn andere traurig sind) ist das Kernstück sozialer Unterstützung.

Status-Unterstützung: Unterstützung durch gesellschaftliche Anerkennung

Informative Unterstützung: Informationen und Ratschläge werden ausgetauscht

Instrumentelle bzw. materielle Unterstützung: praktische Hilfe, Pflegetätigkeiten, finanzielle Zuwendungen

Unterstützung durch Geselligkeit: soziale Aktivitäten, die das Gefühl des Eingebundenseins vermitteln. (Wills 1985, S. 67 ff.)

Auf emotionale Unterstützung sind Menschen vor allem in *akuten Krisen* angewiesen. Für Angehörige sind zu denken an die kritischen Lebensereignisse im Umfeld des Familienmitglieds: Einzugssituation, eine plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Konflikte mit andern Bewohnern, Krankenhauseinweisungen und natürlich die Begleitung im Sterbeprozess. Man muss sich in diesem Zusammenhang klar vor Augen halten, dass Angehörige fast osmotisch verbunden leben können. Für Angehörige von Demenzerkrankten stellt die Krankheit oft eine Art Dauerkrise dar, wenn der Kontakt schwer gelingt und Kommunikation durch Worte nicht mehr greift.

Gesellschaftliche Anerkennung scheint wirkungsvoll zu sein besonders als Türöffner für emotionale Unterstützung. Allerdings gibt es damit noch recht wenige Erfahrungen. Die Bedeutung wird deutlich, wenn man die veränderte Wertigkeit der Elternschaft betrachtet, die im Zuge der Debatte und Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder zur Zeit entsteht. Hier könnte man ein breites Spektrum an Aktivitäten überlegen, die auch im Pflegeheim für Angehörige passieren könnten. (vgl. „Wir lernen unsere Stadt kennen.“)

Immer wieder wird unterschätzt, wie *unterstützend Informationen* für Angehörige sein können. Das zeichnet besonders pflegende Männer aus. (Kaye und Applegate, 1990). Gerade im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung ist dieses Wissen grundlegend und Rückmeldung zum Befinden des

Bewohners („Es geht ihm gut“) kann aus einer verzweifelten Sorge befreien. Wissen reduziert den Terror des Nicht-Wissens. Dritte Personen können durch Rückmeldungen sehr viel beitragen zur Orientierung und damit zur Sicherheit von Angehörigen. Informationen verbessern das Verständnis für das Krankheitsgeschehen. Die Bedeutung der Krankheit kann erkundet werden. Auch die Überzeugung, im Notfall auf jemanden sich abstützen zu können, stärkt, nicht nur tatsächliche Hilfe. Dies sind wichtige Aspekte von kognitiver Kontrolle. Selbstkontrolle ausweiten zu können in einer als fremdbestimmt erlebten Situation gehört zu den wichtigsten Bewältigungsstrategien.

Geselligkeit unterstützt. Wir wissen das. Ich glaube aber, solche Erlebnisse werden oft unterschätzt, weil sie zum Alltag zählen. Soziale Isolation bringt negative Gefühle gegenüber Pflegebedürftigkeit mit sich. Gerade bei chronischem Stress scheint die Möglichkeit mit Freunden oder der Familie zusammen zu sein mehr für das Wohlbefinden beizutragen als emotionale oder instrumentelle Unterstützung!

Unterstützung wirkt dem Rückzug und der Selbstisolierung entgegen und schützt vor Selbst- und Fremdstigmatisierung.

Unterstützung puffert ab, impft und beugt vor. Sie ermöglicht Erfahrungen des „Ich kann“ (Kompetenzerfahrungen). Sie eröffnet eine Vielfalt von Handlungsmöglichkeiten über das persönliche Gespräch hinaus und erlaubt soziale Situationen in Einrichtungen zu schaffen, die Angehörige stärken.

Dies hilft Empowermentansätze praktisch umzusetzen

3. Die Strukturperspektive: Muster von Pflegebeziehungen: Frau G.

3.1. Merkmale

Wer familiäre Pflege verstehen will, kommt ohne einen Blick auf die Strukturen nicht aus. Es geht hier um vorhandene, oftmals verfestigte Beziehungsmuster. Der Begriff Struktur meint ein eingefahrenes Reaktions- und Interaktionsmuster.

Die strukturelle Perspektive trägt besonders dazu bei, dass wir uns im Kontakt mit einzelnen Mitgliedern doch auf das Familiensystem orientieren können und handlungsfähig werden. Sie hilft uns, die Grenzen und Möglichkeiten des einzelnen und des Gesamtsystems angemessener zu begreifen. Dies unterstützt die Fähigkeit, im Umgang mit Familiennetzwerken möglichst wenig zu bewerten und eine Haltung der Allparteilichkeit zu entwickeln (Normative Enthaltbarkeit).

Sie hat folgende Bedeutung für ein erweitertes Verständnis von Pflege im Familienzusammenhang:

Wir werden uns bewusster, dass und wie sich in Beziehungen Muster herausbilden, die Selbstverständnis und Handeln der Beteiligten regulieren. Wir finden Zugang zur inneren Selbstorganisation der Familie.

Wir können verstehen, wie Beziehungsmuster beeinflussen, was Familienmitglieder füreinander leisten, wie sie mit Außenstehenden umgehen, welche Konfliktpotenziale sich zeigen.

Wir erhalten Kriterien zur Einschätzung von Beziehungskonstellationen wie etwa die Verteilung von Macht, die Möglichkeit von Kontakten in und außerhalb von Beziehungen, ausgesprochene und unausgesprochene Werte und Regeln.

Wir können Handlungsmöglichkeiten entwickeln, die die innere Selbstorganisation der Familie stärker berücksichtigen.

Erkenntnisse für die Praxis

3.2.1. In guten und in schlechten Jahren Was bewegt Menschen zum Pflegeengagement:

Die generative Verpflichtung ist ein tiefes kulturelles Erbe und höchst wirksam.

Fürsorge für andere ist nicht nur ein erzwungene Aktivität, sondern ein allgemein menschliches Bedürfnis. Pflege- und Fürsorgeverhalten zählt zum altruistischen Verhalten und wird hoch eingeschätzt als anthropologisches Repertoire für Überleben. Wir brauchen einander und sorgen füreinander aus der Perspektive der Arterhaltung. (Cialdini 1992) Das zu Grunde liegende Prinzip ist die *Dankesschuld wieder Willen*: man fühlt sich zu Revanche für erhaltene Leistungen verpflichtet. Keiner möchte in der Schuld von jemand anderem stehen. Dadurch kann ein Netz von Tauschbeziehungen entstehen.

Mehr als 50% der pflegenden Angehörigen gaben in einer Befragung an, dass sie die Pflege selbstverständlich übernommen hatten, also nicht reflektiert und frei entschieden hatten (Halsig 1995). Es gibt viele Hinweise, dass wir uns in Entscheidungsfragen nicht wirklich autonom verhalten können, sondern unbewussten Faktoren und sozialen Gesetzmäßigkeiten unterliegen. Wir verfügen über Handlungsspielräume, aber nicht über Autonomie.

Was bringt uns dazu, uns altruistisch zu verhalten?

Es ist interessant, dass im deutschen Sprachraum eher der Verpflichtungsgedanke überwiegt, im angelsächsischen aber eher der Gedanke der Wahlsituation.

Eine US-Studie legt nahe, dass die Rolle des Pflegenden das Gefühl vermittelt, nützlich zu sein. (Stone 1987)

Am interessantesten ist es, Pflegeengagement als ein Handeln zu begreifen, das Menschen tun, weil es mit ihren Wertüberzeugungen übereinstimmt. Es gibt eine starke menschliche Motivation, innerhalb einer Gemeinschaft das Richtige zu tun.

Damit erschließt sich der „Schatz von Pflege“, der trotz aller Belastung vorhanden sein muss. In einer Sonderauswertung der MUG III äußerten 80% der Pflegenden und sogar 83% der Pflegenden von Demenzkranken, dass sich Pflege lohnt.

Es gibt allerdings auch einen engen Zusammenhang zwischen Belastung und erzwungener oder unfreiwilliger Pflege. (Halsig 1995, S. 255)

Wir alle spielen Theater ... die Bedeutung von Rollen für eine Perspektive der Kompetenz

Pflegebeziehungen lassen sich als ein *Geflecht von Rollen und Positionen* beschreiben. Mit Helferrollen gehen bestimmte Verhaltenserwartungen einher. In der Auseinandersetzung um die Rolle der „hilflosen Helfer“ wurde besonders das Thema „Macht durch Helfen“ ins Bewusstsein gerückt und die verdeckten Gewinne herausgestellt.

Pflegende Angehörige müssen bei Pflegebedürftigkeit das Rollengefüge und darin die eigene Rolle verändern. Das sind anstrengende Prozesse, die Zeit benötigen und mit erheblichen Rollenunsicherheiten einhergehen. Man wächst erst allmählich in eine neue Rolle hinein.

In diesem Zusammenhang ist entscheidend, dass der Angehörige möglichst nicht in die Rolle des Hilfeempfängers gedrängt wird, sondern in der Rolle des Experten und kompetenten Entscheiders begriffen wird.

Diese *Kompetenzperspektive* markiert einen Paradigmenwechsel in der Angehörigenarbeit. Die ausschließliche Belastungsperspektive der 90er Jahre weicht einer Gestaltungsperspektive. Darin kann man Helferrollen als Ressourcen verstehen, die Spielräume ermöglichen und aktive Gestaltung erlauben. Der Empowermentansatz löst heute den Fürsorgeansatz auch in der Betrachtung familiärer Pflege ab.

Es scheint mir dringend notwendig, gerade in der Frage der Begleitung und Fürsorge hochbetagter Familienmitglieder zu einem hoffnungsvollen und transparenten Verständnis zu finden. Wir wissen aus der therapeutischen Arbeit, dass Hoffnung ein wichtiger Wirkfaktor für persönliches Wachstum darstellt: Wenn die Problemgeschichte gewürdigt wird, wenn scheinbar problematisches Erleben als normaler Bestandteil einer Umorientierung erlebt werden kann, wenn deutlich wird, dass ich mich in einem Prozess befinde – dann werde ich erlöst von der Phantasie des Monstrums.

Eine Kollegin aus der Pflege hat die Vision so auf den Kopf gestellt: *Es muss so werden, dass diejenigen, die sich nicht eine Zeit lang in Sorgearbeit engagiert haben, den Eindruck erhalten „Ich habe etwas verpasst“*. Daran wird nochmals deutlich, wie machtvoll Rollenzuschreibungen sein können.

3.2.3. Wenn Eltern und Partner zu Kindern werden

Pflegende Angehörige agieren in kulturell und persönlich geprägten sozialen Rollen: es sind Ehepartner – Männer und Frauen, Geschwister oder Freunde, – Söhne, Töchter oder Schwiegerkinder. Und das beeinflusst die Gestaltung der Pflegebeziehungen von Grund auf. Zur Förderung des Respekts gegenüber den verschiedenen Lebenslagen ist es dringend notwendig, hier genauer zu werden und auch vorsichtiger zu sprechen und diese Unterschiede viel bewusster zu handhaben.

Wir wissen, Männer organisieren sich anders als Frauen. Sie sind leichter in der Lage, Dienste einzubeziehen, ohne Versagen oder Kontrollverlust zu empfinden. Sie zeigen ein stärkeres Informationsbedürfnis.

Bis in die 90er Jahre hatte man sich in der gerontologischen Forschung im Wesentlichen auf Partnerbeziehungen und die Beziehungen zwischen alten Eltern und ihren erwachsenen Kindern konzentriert.

Die Wirkung von Pflegebedürftigkeit in langjährigen Paarbeziehungen hängt von der Qualität der vorausgegangenen Beziehung und der Art der Rollenverteilung ab. Die Veränderung kann sowohl zu Herausforderungen wie zu Spielräumen führen.

Eine aktuelle Früherkennungsstudie zu Demenz 2005 des Mannheimer Instituts für seelische Gesundheit bei 35 Ehepaaren beschreibt folgende Muster: „Gerade Frauen, die in einer ausgesprochen partiarchalischen Beziehung, oft verstärkt durch Gewalt oder Alkohol, gelebt haben, erleben zunächst etwas ungläubig den Zuwachs an Entscheidungsfreiheit und plötzlicher Macht. In kleinen Schritten versuchen sie, sich verstohlen durchzusetzen, indem sie sich z.B. zuerst zu trinken nehmen, bestimmen, welches Essen auf den Tisch kommt. Sie reagieren auf das Ausgeliefertsein des einst so gefürchteten Partners mit eher subtilen Gesten (Zintl- Wiegand 1995, S. 289 f.).

Hier experimentieren Pflegende mit geschlechtsspezifischen Rollen. Es gibt aber auch Paare, die ihre bewährte Partnerbeziehung aufrechterhalten. Dabei wird nicht unweigerlich einer zum Kind, sondern beide leben in einer Art Metamorphose wie im antiken Mythos.

In *generationenübergreifenden Pflegebeziehungen* wurde besonders der Aspekt der *Rollenumkehr* für Kinder gegenüber ihren Eltern herausgestellt. Sie wird als eine wesentliche psychische Herausforderung verstanden, die sich besonders bei der Begleitung von Demenzkranken einstellt.

Das bekannte Buch „Wenn Eltern Kinder werden...“ von Edda Klessmann aus dem Jahr 1999 beschreibt dieses Phänomen am Beispiel der eigenen Erfahrungen als pflegende Tochter einer an Demenz erkrankten Mutter.

Auf höchst einfühlsame und fundierte Weise mit einem Blick für die Familie als Ganzes kommen die Schritte, Erlebnisse und Konflikte von Tochter und Mutter zur Sprache, die ihr Familienleben nun nicht mehr zu Hause, sondern im Kreis anderer „Verrückter“ und im Rahmen neuer „Ersatztöchter“ und „-söhne“ verbringen.

Solche Erfahrungsberichte- gerade auch in der wohlwollenden und wertschätzenden Haltung, begleitet von Humor und Selbstironie sind ungeheuer hilfreich im Versuch, Demenz nicht nur als Katastrophe zu erleben, sondern darin auch Spielräume und lebenswerte „Andersfähigkeit“ zu entdecken.

Rollenumkehr knüpft an dem von Blenkner (1965) vorgestellten Konzept der *filialen bzw. parentalen Reife* an. Es beruht im Wesentlichen auf psychoanalytischen Annahmen unbewusster Verhaltenserwartungen in Pflegebeziehungen. In der Pflegebeziehung enttäuschen die als machtvoll erlebten und gewünschten Eltern durch ihre Hilflosigkeit. Damit können vor allem erwachsene Kinder, deren innere Autonomie wenig entwickelt oder instabil ist, in Konflikte und Verstrickungen geraten, die Jürg Willi (1989) als Kollusion beschrieben hat.

Besonders Demenzerkrankungen begünstigen eine solche Reaktivierung (Hedtke-Becker 1990, S.38). Dort werden Angehörige besonders stark gefordert, Rollen von fürsorglicher Autorität (vgl. Bruder 1987, S. 224) zu übernehmen.

Doch eröffnen sich gerade im Feld der Demenzbetreuung zur Zeit Ansätze und Herangehensweisen, die auch Angehörigen erlauben, die Rollenumkehr als Rollenerweiterung zu erleben und zu praktizieren. Es hängt entscheidend davon ab, ob sie Zugang erhalten zu professionellen Betreuungskonzepten und dadurch für sich eine Stärkung und Perspektive erfahren.

Ich selbst stehe dem Konzept der filialen Reife kritisch gegenüber. Es scheint mir in vieler Hinsicht zu normativ. Es berücksichtigt zu wenig die Perspektive, dass es hier um neuartige Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf geht. Altern hat sich sehr verändert. Daseinskompetenz können wir nur im Durchleben und Durchstehen von Aufgaben aufbauen. Mir scheint eine Perspektive des lebenslangen

Lernens und der psychologischen Entwicklung bis ins hohe Alter fördernder als eine normative und statische Auffassung von Reife.

Pflege ist eine Entwicklungsaufgabe im mittleren und hohen Alter. In Anlehnung an E. Erikson (1988) geht man in der Psychologie der Lebensspanne heute davon aus, dass Hochbetagte zu einer „autonomen Abhängigkeit“ finden müssen. Es geht darum, Unterstützung durch andere zuzulassen, ohne sich entmündigt zu fühlen. In der zweiten Lebenshälfte stellte schon Erikson Sorgebeziehungen als Vorbereitung dar, um im Alter Integrität zu entwickeln.

In der Gerontologie betrachtet man Pflege heute stärker als Entwicklungsaufgabe für die Familie.

Die Solidarität in Sorgebeziehungen ist ungebrochen (Szydlik 2000). Nach allem, was wir wissen, sind die Generationenbeziehungen heute i.d.R. tragfähig. Es gibt vielfältige Hilfestellung und Kontakt. Das steigert die Lebensqualität der Jüngeren und der Älteren.

Die künftigen Netzwerke werden vor allem kleiner sein und wahrscheinlich auch weniger erreichbar. Aber es gibt keine Anzeichen, dass das, was von Familiennetzwerken erhalten bleibt, weniger wichtig wird. Auch in der 2. Lebenshälfte hat die Familie eine zentrale Bedeutung (DZA 2006).

In Pflegebeziehungen beschreiben die Generationen ihre Beziehungen generell als positiv, getragen von Verständnis und Vertrauen.

Beziehungsstile und Familientypen

Familientypen und Beziehungsstile haben unser Verständnis von Strukturen in Familien mit Pflegebedürftigen entscheidend vorangebracht.

Für das innerfamiliäre Verhältnis im Umgang mit Pflegebedürftigkeit sind drei Beziehungsstile erfasst worden (Coyne 1995):

Partnerschaftlicher Beziehungsstil: Gegenseitigkeit, gemeinsame Entscheidungsfindung, gemeinsame und getrennte Unternehmungen. Arbeitsteilung unter Wahrung anderer Aktivitäten.

Autonomer Beziehungsstil: voneinander unabhängige Entscheidungen, relativ wenig gemeinsame Aktivitäten und Respekt gegenüber auftretender Differenzen.

Verstrickter Beziehungsstil: einseitige Entscheidungsfindung verknüpft mit Widerstand, Missverständnissen und Bloßstellungen. Es wird viel gemeinsam unternommen, jedoch ohne innere Zustimmung und gemeinsames Vergnügen.

Mit dem verstrickten Beziehungsstil treten vermehrt Probleme auf. Entscheidend ist die Passung: Wie passen die bisher gelebten Beziehungsstile der Partner bei Pflegebedürftigkeit zusammen?

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe führte 2000 eine Untersuchung durch zu *Kooperationsstilen mit pflegenden Angehörigen* in stationären Einrichtungen (KDA 2000):

Es wurden vier Typen beobachtet:

Delegierende Angehörige: Oft latente oder offene Konflikte infolge nicht abgeklärter Vorstellungen und Einschätzungen (ca. jeder 4. Angehörige)

Aktiv pflegende Angehörige: häufige Anwesenheit bietet Chancen zu Orientierung und Unterstützung; es kann aber auch Konflikte geben, weil Pflege und Verantwortung schwer abgegeben werden kann (ca. jeder 8. Angehörige)

Psychisch stabilisierende Angehörige: Erwartungen sind mit der Einrichtung abgestimmt. Integration gelingt am leichtesten (ca. jeder 3. Angehörige)

Distanzierte Angehörige: haben oft ein eher gespanntes Verhältnis zum Kranken, konzentrieren sich manchmal auf ganz bestimmte Aufgaben (ca. jeder 3. Angehörige)

Daraus ergeben sich m.E. wichtige Korrekturen für die Wahrnehmung von pflegenden Angehörigen. Die Kooperation mit Angehörigen ist nicht durchgängig konfliktgeladen.

Es gibt eine größere Gruppe kooperativer Angehöriger, deren Belastung sich nicht konflikthaft auf das Verhältnis zur Einrichtung niederschlägt.

Enge symbiotisch anmutende Beziehungskonstellationen beruhen auf einer langen Vorgeschichte von Pflege, Ehe oder einer andern Abhängigkeitsbeziehung.

Konfliktvolle Konstellationen sind oft so angelegt, dass Distanz oder Vermeidung herrscht. Die Familien sind für Begleitung oder Kontakt nur begrenzt erreichbar und ansprechbar.

Rosenmayr (1992) hat – aufbauend auf der Analyse von Prozessen des Wertewandels – eine *Typologie von Mehrgenerationenfamilie* zusammengestellt, die Anregungen gibt für Bildungsperspektiven:

Familientyp A: defensive Erstarrungsfamilie: verfestigte Machtstrukturen. Familienmitglieder blockieren sich. Ambivalenzen und Bedürfnisse werden verdrängt. Sozialer Erfahrungskreis ist auf die Familie beschränkt. Gewaltbereitschaft aufgrund der Abgeschlossenheit sehr groß.

Familientypus B: am meisten verbreitet: verunsicherte, in Ambivalenz verharrende Familie: wegen nicht genügend vollzogener Ablösungen Dauerspannung. Formen innerer Vereinsamung, innerer Abstinenz bei äußerer Präsenz treten auf. Spannung wird nicht über Kommunikation aufgelöst. Die alte Generation vermag die beiden oder drei andern Generationen nicht zu verstehen und bleibt im Gefühl der Hilflosigkeit stecken (S. 483).

Familientypus C: lösungsorientierte und ambivalenz-verarbeitende Familie. Überwindet durch direktes Ansprechen die Normunsicherheit: Entwickelt eigene kreative Lösungen. Stützung bei Pflegebedürftigkeit geschieht nicht über Verpflichtung oder Rückzug auf Pflegenormen, sondern wird ausgehandelt. Das Einfordern von Hilfe ist möglich. Persönlich bejahte Bindung kann zu Pflegearrangements führen, die allen involvierten Personen Entwicklungsspielräume gibt.

Menschen in solchen Familien schaffen es offensichtlich, sich fürsorglich zu engagieren, dabei mit andern in der Familie zu kooperieren und dabei auch die Sorge für sich selber nicht zu vernachlässigen. Wer so auf Pflegebedürftigkeit reagieren kann, kann auf Machtkämpfe verzichten und sich dem Gegenüber und seinen Anliegen zuwenden.

4. Ausblick

Mein Interesse gilt seit den 70er Jahren der Frage, wie das, was Menschen im Rahmen familiärer Solidarität und Bindung selbstverständlich bereit sind zu tun, Wertschätzung, Würdigung und angemessene

ne Reflexion und Resonanz erfährt im Rahmen psychologischer und gerontologischer Fragestellungen und Konzepte und ganz praktisch im Rahmen von Institutionen wie Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen – dort, wo Fachkräfte mit Angehörigen zu tun haben.

Ich bin überzeugt, nur wer die mit Pflegebedürftigkeit und Pflege verbundenen Aufgaben als Beziehungsaufgaben versteht, ist in der Lage der Komplexität der Situation und den damit verbundenen ethischen Herausforderungen gerecht zu werden.

Ausgangspunkt war mein persönliches und professionelles Leiden, wie Pflegende wahrgenommen und in der Folge oft auch behandelt wurden.

Diese Erfahrung haben Angehörige in Erzählprojekten dann in eigene Worte gefasst: unbeachtet, verkannt, missverstanden, behandelt, in Frage gestellt, kritisiert, gemaßregelt, als Anhängsel. (Steiner 1996)

Ich habe auf diesem Weg gelernt, umzudenken. Er hat mich konsequent von der Fürsorge- zur Empowermentperspektive geführt. Dabei war ich als Psychologin gezwungen, die vorliegenden, im Kontext von therapeutischen Prozessen entwickelten hilfreichen Ansätze zu prüfen und auch zu begrenzen.

Betrachtet man die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema, finden sich typische Akzentuierungen des Angehörigenthemas. Bis in die 80er Jahre gab es kaum breite Daten über die Situation pflegender Angehöriger. Sie kamen praktisch nicht vor. Das bedeutete, es wurde besonders in der Praxis nicht in familiären Konstellationen gedacht, bzw. im Umgang mit Systemen gehandelt. Die professionelle Pflege nahm die lebensweltliche Pflege nicht als eigenständigen Kosmos zur Kenntnis. Angehörige wurden als Laien verstanden. Der Schwerpunkt lag auf der Frage der Vermittlung von pflegerischer und sozialer Fachinformation.

Mit der Erforschung von Belastungsfaktoren in unterschiedlichsten Pflegekonstellationen Ende der 80er Anfang der 90er Jahre wurde klar, in welchem Umfang diese Sorgearbeit geleistet wird, aber auch um welchen Preis – besonders für die psychische und körperliche Gesundheit von pflegenden Angehörigen. Das Verständnis von Sorgearbeit als Belastung hat viel dazu beigetragen, dass pflegende Angehörige überhaupt die Aufmerksamkeit von Sozialpolitik und professionellen Anbietern erhielten. Mit Hilfe systemorientierter Konzepte konnten Verstrickungen, die durch Abhängigkeit bei Betreuung entstehen, besser verstanden werden. Beratung wurde aus der Sicht von Sozialexperten ein wichtiger Aspekt in der Zusammenarbeit von Professionellen und pflegenden Familien. Mit vertieftem Verständnis der Dynamik pflegender Familien setzte sich eine Perspektive durch, die innerfamiliäre Beziehungskonflikte und deren Bearbeitung als Weg zu einem besseren innerfamiliären Gleichgewicht verfolgte. Dieser Ära entstammt auch das Buch von Edda Klessmann „Wenn Eltern Kinder werden...“.

Als Antwort auf die Belastungsperspektive orientierten sich die meisten pflegefachlichen Angebote an der Entlastung von Pflegenden. Dienste wurden ausgebaut.

1994 schuf die Pflegeversicherung eine breite Basis für Kooperation von Fachdiensten und pflegenden Familien und beförderte überhaupt die Legitimität von geteilter Verantwortung und Möglichkeiten, die Lasten der Pflege auf mehrere Schultern zu verteilen.

Das war in den 90er Jahren. Heute stehen wir noch einmal vor einer Wende. Der demografische Wandel schärft das Bewusstsein für die Ressource Angehörige. Die Langlebigkeit konfrontiert uns mit der Aufgabe, dass wir in Familien, stationären Einrichtungen mit mehr Demenzkranken zusammenleben und für deren Betreuung aufzukommen haben.

Diese beiden Ausgangslagen gepaart mit der Tatsache, dass sich Familien heute nicht leicht zu einer stationären Unterbringung entschließen, haben die Bedeutung und Position von Angehörigen weiter gestärkt. Besonders in stationären Einrichtungen wird der Perspektive von Angehörigen unter dem Blickwinkel der Kundenperspektive eine ganz andere Bedeutung zugemessen als in den 70er Jahren.

Betreuung und Pflege von hochbetagten Familienmitgliedern ist zu einer erwartbaren entwicklungspsychologischen Aufgabe im Lebenslauf von Familienmitgliedern geworden. Die Rolle pflegender Angehörige kann damit zum Repertoire gerechnet werden wie etwa Elternrollen.

Die entscheidende Frage ist, wie wir in unsern Einrichtungen und beruflichen Praktiken diese Normalisierung und den berechtigten Anspruch auf Teilhabe von Angehörigen mittragen und den damit verbundenen Perspektivewechsel vollziehen und gestalten.

Ich sehe darin eine Chance, Angehörige in diesen Aufgaben nicht allein zu lassen. Für mich beinhaltet dies die Vision von gemeinschaftlicher Betreuung, in der Familienangehörige, Pflegekräfte, Nachbarn und eben gerade auch Kirche an einem unterstützenden Milieu wirken, in dem wir die Herausforderung des hohen Alters und von Demenz gemeinsam tragen. Damit geht es nicht nur um Begleitung, sondern auch um das gemeinsame Entdecken von Handlungsmöglichkeiten aller Beteiligten, nicht zuletzt auch um die Möglichkeiten von Vermittlung zu Mitarbeitern.

Dieser Berufsgruppe eröffnet sich die Perspektive der Angehörigen nicht so leicht wie Ihnen, die sie Experten in Kommunikation und Begleitung von Menschen in existenziellen Situationen sind.

Meines Erachtens sind wir erst am Anfang einer konsequenten Angehörigenorientierung. Bisher überwiegen problemzentrierte Ansätze, wo es um die Bereinigung von Konflikten, um Entstörung geht. Man rechnet mit Angehörigen im Rahmen des Dienstleistungsspiels "Der anspruchsvolle oder der umworbene Kunde".

Eine ganz andere Frage dagegen stellt sich, wenn sich Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäuser als Unterstützer für das Familiennetzwerk begreifen, die Beistand leisten in einer vielleicht anspruchsvollen und ungewohnten, aber eigentlich normalen Beziehungskonstellation älterer Ehepaare oder Familien und danach ihr Selbstverständnis, ihre Verfahren und ihre Angebote ausrichten. Es geht um die Vision, miteinander die Schattenseiten der Hochaltrigkeit zu begreifen, zu verkraften und zu gestalten. (Robert Bosch: Gemeinsam betreuen)

Eine solche Ausrichtung heißt für mich „Koproduktion“. Sie kann nur gelingen, wenn alle Partner sich als handlungsfähig begreifen und ihre Fähigkeiten und Kompetenzen gemeinsam ins Spiel bringen. Sie benötigt zwei Haltungen von Professionellen im Besonderen: Normative Enthaltbarkeit und Verzicht auf Zuschreibung von Hilflosigkeit.

5. Literatur:

- Antonucci, T.C.; Jackson, J.S. (1987): Social Support, interpersonal Efficacy and Health. In : Carstensen, L.L.; Edelstein, B.A. (Hg.): Handbook of Clinical Gerontology. New York. 291-311
- Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart
- Bruder, J. (1987): Der ältere Mensch in der Familie. In: Schütz, R.M. (Hg.) Alter und Krankheit. München 208-225
- Bubolz-Lutz, E. (2006): Pflege in der Familie. Freiburg. Lambertus
- Bubolz-Lutz, E. und Kricheldorf, C. (2006): Freiwilliges Engagement im Pflegemix. Freiburg. Lambertus
- Cialdini, R.B.(1992): Überzeugungen im Handumdrehen. Wie und warum sich Menschen überzeugen lassen. München
- Coyne, J.C. (1995): Intervention in close Relationships to improve coping with Illness. In: Lyons, R.F.; Sullivan, M.J.L.; Ritvo, P.G.: Relationships in chronic Illness and Disability. Thousand Oaks. 96-139
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) (3/2006) : Alterssurvey: Familien und Generationen im Wandel. Berlin. 6-8
- Erikson, E.H. (1988):Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt a.M.
- Halsig, N.(1995): Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 8/4, 247-262
- Hedtke-Becker, A. (1990): Die Pflegenden pflegen: Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen. Eine Arbeitshilfe. Freiburg i.Br.
- Kaye, L.W., Applegate, J.S. (1990): Men as caregivers to the Elderly. Lexington/ Toronto
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2000): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Köln: Eigenverlag, S. 79-82)
- Rosenmayr, L. (1992): Sexualität, Partnerschaft und Familie älterer Menschen. In: Baltes, P.B.; Mittelstrass, J.(Hg.) Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin (461-492)
- Schneekloth, U; Wahl, H. (Hg. 2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). München, 2005
- Seligman, M.E.P. (1986): Erlernte Hilflosigkeit. München/Weinheim
- Steiner-Hummel, I. (1998): Alltagsmanagement von Pflege in der Sorgearbeit der Familien. In: Schmidt, R. (Hg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg (Transfer), 23-40
- Stone, R. Cafferata, G.L. Sangl, I. (1987): Caregivers of the frail Elderly: A national Profile. The Gerontologist, 27: 616-626
- Szydlik, M. (2000): Lebenslange Solidarität? Generationenbeziehungen zwischen Erwachsenen Kindern und Eltern. Opladen

Willi, J. (1989): Ko-Evolution: Die Kunst des gemeinsamen Wachsens. Reinbek

Wills, T. (1985) Supportive Functions of interpersonal Relationships. In: Cohen, S. Syme, L. (Hg.): Social Support and health. Orlando, 61-82

Zintl-Wiegand, A. (1995): Die intensive Zweierbeziehung zwischen gebrechlichem und pflegendem Ehepartner. In: Heuft, G. u.a. (Hg.): Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik. München. 282-292