

Ulrich Otto

Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung älterer Pflegebedürftiger – Potenziale, Grenzen und Interventionsmöglichkeiten im Lichte demogra- fischer Befunde

Der folgende Aufsatz geht von dem überragenden Stellenwert sozialer Netzwerke bei der Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderung aus, die die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen darstellt – schon heute und weiter zunehmend in der Zukunft. Er knüpft dabei zentral an Modellen gemischter Wohlfahrtsproduktion an und verbindet mit der Perspektive auf soziale Netzwerke die Erwartung, spezifische Verengungen anderer pflegeorientierter Diskurse – z.B. hinsichtlich des Haushalts- oder Familienverständnisses oder einer statisch-arbeitsteiligen Sicht auf die Beiträge informeller und formeller UnterstützerInnen – zu vermeiden. Dabei baut er bezüglich allgemeinerer theoretischer Einbindungen und demografischer Grunddaten auf Ausführungen eines weiteren Aufsatzes von mir in diesem Band auf. Im Zentrum steht die Situation zu Hause lebender Älterer – unter Einschluss des Stellenwerts professioneller bzw. formeller Unterstützung. In einem separaten kürzeren Abschnitt wird zusätzlich auf den Stellenwert des sozialen Netzwerks und sozialer Unterstützung im Kontext von Sonderwohnformen eingegangen.

Nach den aktuellen Ergebnissen einer Repräsentativerhebung im Auftrag des BMFSFJ (Schneekloth & Leven, 2003, S. 7) liegt die Zahl der Hilfs- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten – gemessen an den Leistungsbeziehern der sozialen oder privaten Pflegeversicherung – bei rund 1,4 Mio., von denen rund 63% Frauen sind. Die große Pflegebedarfsstudie über 10 Jahre vorher (Erhebung Ende 1991/Anfang 1992) hatte ausgewiesen, dass in Deutschland rund 1,1 Mio. Menschen zu Hause regelmäßigen Pflegebedarf haben (Schneekloth & Potthoff, 1993). So genannte hauswirtschaftlich Hilfsbedürftige kommen heute in einer Größenordnung von zusätzlich knapp 3 Mio. hinzu, knapp die Hälfte von ihnen ist auf tägliche Hilfe angewiesen.

Eine Vorbemerkung soll gleich zu Beginn stehen: Auch wenn im Folgenden über weite Strecken Netzwerke wesentlich als Unterstützungsnetzwerke für die Pflegebedürftigen thematisiert werden, sollte das Potenzial der Netzwerkperspektive keinesfalls auf diesen Aspekt reduziert werden. Stattdessen erlaubt sie ja gerade in herausfordernder Weise, die damit zusammenhängenden Prozesse und Strukturen auch auf die jeweils anderen Akteure zu beziehen. Auch wenn dies im vorliegenden Text nur am Rande geschieht, wäre es min-

destens ebenso wichtig, etwa die Veränderungen der sozialen Netzwerke – nicht *nur*, aber *auch* hinsichtlich der sozialen Unterstützung – von *Pflegenden* zu betrachten – und dies möglichst in einer zeitdynamischen Perspektive. Denn es liegt – und damit muss der Hinweis hier genügen – auf der Hand, dass sie für eine ganze Reihe quantitativer wie qualitativer Phänomene hochbedeutsam sind.

1. Nicht-institutionalisierte Wohnformen

1.1 Informelle Netzwerkhilfen

Schon die sozialrechtlich definierten Aussagen der Pflegestatistik sprechen altersklassenbezogen eine deutliche Sprache¹: Während zum Jahresende 1999 der Anteil der Pflegefälle bei Personen im Alter bis 60 bei 0,5% und bei den 70- bis 75-Jährigen bei 5% lag, betrug er in der Altersklasse von 80-85 bereits 21,4%, in der Altersklasse von 85-90 38,4% und in der Altersklasse ab 90 schließlich 60% (Statistisches Bundesamt, 1999). Hochaltrige Frauen (80+) werden mit 21% zu 15% deutlich häufiger pflegebedürftig als Männer dieser Altersgruppe – bezogen auf Privathaushalte (Schneekloth & Leven, 2003, S. 10). Bei den weiblichen über 90-Jährigen liegt der Anteil bei 65%, bei den gleichaltrigen Männern hingegen nur bei 42%. Insgesamt sind knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter (Engstler & Menning, 2003, S. 137). In dieser Altersgruppe zählen weitere 22% der Männer und 27% der Frauen zu den vorrangig hauswirtschaftlich Hilfebedürftigen (Schneekloth & Leven, 2003, S. 10). Derzeit haben fast 90% der häuslich versorgten Pflegebedürftigen eines oder mehrere Kinder, die jüngeren Pflegebedürftigen weichen von diesem Durchschnitt aber bereits erheblich nach unten ab (Blinkert & Klie, 1999, S. 47).

Etwa 80% (Schneekloth & Müller, 2000, S. 52-54) der pflegenden Angehörigen bzw. 73% der Hauptpflegepersonen (Schneekloth & Leven, 2003, S. 20) sind Frauen. Etwa ein Drittel aller Pflegebedürftigen wird von Partnerinnen (20%) oder Partnern (12%) gepflegt. Die Töchter stellen mit 23% der Hauptpflegepersonen die wichtigste Gruppe, Mütter machen 11%, Väter 2%, sonstige Verwandte 10% und Nachbarn/Bekannte immerhin noch 7% aus. Der Anteil pflegender Söhne liegt insgesamt bei nur drei bis sechs Prozent aller Hauptpflegepersonen in Privathaushalten (Schneekloth et al., 1996; Halsig, 1998; Gräßel, 1998). Schwiegersöhne spielen mit 0% anders als Schwiegertöchter (10%) zahlenmäßig praktisch keine Rolle (Schneekloth & Müller, 2000, S. 53).²

Männer scheinen insgesamt „einen größeren inneren Abstand (zu wahren; U. O.), sie (...) setzen ihre Belastungsgrenzen früher, leisten deswegen seltener Schwerpflege und fällen schneller die Entscheidung für eine Heimunterbringung“ (BMFSFJ, 2002, S. 198; vgl. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 1993; Lutzky &

¹ Abweichend vom im gerontologisch-pflegewissenschaftlichen Diskurs vertretenen problem- oder bedürfnisorientierten Ansatz folgt der Pflegebedürftigkeitsbegriff des deutschen Sozialrechts einem verrichtungsbezogenen Kriterium, woraus sich „kein eigener, von medizinischen Kategorien unabhängiger Bedarfsstatus (ergibt; U. O.), weil Pflegebedürftigkeit nur dann vorliegt, wenn sie auf Krankheit oder Behinderung beruht“ (Deutscher Bundestag, 2002, S. 231).

² Schneekloth & Leven (2003, S. 19) geben in der neuen Infratest-Studie leicht abweichende Werte an: (Ehe)Partner 28%, Töchter 26%, Mütter 12%, Söhne 10%, sonstige Verwandte 7%, Nachbarn/ Bekannte 7%, Schwiegertöchter 6%, Väter 2%, Enkel 2%.

Knight, 1994). Männer sind dennoch – wenn nicht nur auf die Eigenschaft der Hauptpflegeübernahme abgehoben wird – nach neueren Daten eher häufiger pflegerisch engagiert als gemeinhin angenommen: Nach den Ergebnissen des Sozio-Ökonomischen Panels beteiligten sich im Jahre 2003 rund 5% aller erwachsenen Männer und knapp 8% aller Frauen an der Versorgung Pflegebedürftiger (Schupp & Künemund 2004, S. 1).³ Ein knappes Drittel der Pflegepersonen gibt darüber hinaus nicht nur einer, sondern gleichzeitig mehreren Personen Unterstützung (BMFSFJ, 2002, S. 198).

In den Motiven, den (Ehe-)partner zu pflegen, unterscheiden sich weibliche und männliche Pflegepersonen nicht wesentlich (vgl. Gräßel, 1998). Allerdings lässt sich unter dem netzwerkbezogenen Reziprozitätsaspekt in Lebenslaufperspektive die Frage thematisieren, welche Rolle es spielt, dass es Männern durch die Übernahme der Pflege ermöglicht wird, den im Berufsleben gegebenen Mangel an fürsorgender Unterstützung auszugleichen – eine Chance, die in Zukunft möglicherweise bewusst von Männern erkannt und wahrgenommen wird. Ein anderes Motiv für die Pflegeübernahme könnte der Wunsch nach einer Art Wiedergutmachung sein, „indem eine Schuld an der Ehefrau abgetragen wird, die sich ein Leben lang aufgeopfert hat“ (BMFSFJ, 2002, S. 194, vgl. Lamprecht & Bracker, 1992). Bemerkenswert sind bei Partnerpflegeverhältnissen die auffälligen Ost-West-Unterschiede. Der Anteil der Ehemänner an den Hauptpflegepersonen liegt in den neuen Bundesländern mit 22% doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern. Halsig (1995) verweist zur Erklärung im Sinne einer Sozialisationshypothese auf die Tradition einer anderen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, in der die Berufstätigkeit der Frau ein Regelfall war. Zu überprüfen wäre allerdings ggf. ergänzend, welche Effekte die höhere Arbeitslosigkeit hat.

Die *geäußerte* Pflegebereitschaft ist bei Frauen zwar noch deutlich höher als bei Männern, bei letzteren ist sie aber keineswegs gering: Gemäß der Repräsentativuntersuchung von Fuchs (1998) an Personen, die selber keine Pflege leisten, liegt die Pflegebereitschaft für ihre Eltern bei Männern bei über 80%, bei Frauen bei beinahe 90%. Schütze (1995) weist 40% bei den von ihr befragten Söhnen und 79% bei den Töchtern aus, die Pflegefunktionen bei ihren Eltern übernehmen würden. Dabei scheint die Pflegebereitschaft gegenüber der eigenen Mutter stärker ausgeprägt zu sein als gegenüber dem Vater.

Zwar ist anzunehmen, dass viele der Privathaushalte, in denen alte Menschen betreut werden, Haushalte mit drei und mehr Mitgliedern sind, dennoch ist unter dem Gesichtspunkt von Hauptverantwortung für die Betreuung de facto oft nur eine Angehörige zuständig (vgl. Bender, 1993, S. 4) – ein Befund, der ebenso auf die Grenzen der Leistungsfähigkeit von privaten Haushalten verweist wie auf die interventionsbezogene Frage, in wie vielen Fällen welche Möglichkeiten bestehen, diese Einpersonenstruktur aufzubrechen und besser zu verteilen. Allerdings weist das Sozio-Ökonomische Panel in mehr als der Hälfte aller Pflegehaushalte nach, dass die pflegerische Betreuung von mehr als einer Person geleistet

³ Der in der Quotenstichprobe der Zeitbudget-Erhebung für das Jahr 2001/02 ausgewiesene etwas geringere Anteil von rund 5% aller Personen im Alter von 16 Jahren und älter bezieht sich auf Personen, die in den letzten vier Wochen für Personen außerhalb des eigenen Haushalts privat Hilfe leisteten. Der leicht geringere Wert könnte auf die zeitliche Beschränkung auf die letzten vier Wochen vor der Befragung zurückzuführen sein (vgl. Schupp & Künemund, 2004, S. 5).

wird (vgl. Schupp & Künemund, 2004, S. 2). Die neuere Infratest-Studie findet bei 36% der Pflegebedürftigen eine einzelne Person, bei immerhin 29% zwei Personen und bei 27% drei und mehr Personen, die als private Helferinnen und Helfer an der Betreuung und Versorgung beteiligt sind (Schneekloth & Leven, 2003, S. 19).

Mehr Personen – im Haushalt oder im „Pflegeteam“ – heißt nun noch lange nicht per se eine bessere Situation. Das Mehrpersonenmerkmal *im Haushalt* ist unter Netzwerkgesichtspunkten keineswegs nur unter der Fragestellung zu betrachten, inwiefern weitere Haushaltsmitglieder als direkte PflegehelferInnen infrage kommen. Es verweist auf die große Herausforderung, das Familien- bzw. Haushaltssystem auch unter Bedingungen der Pflegeübernahme so zu gestalten, dass die Familie als Ganzes erhalten bleibt, ohne an der neuen Situation zu zerbrechen (vgl. Görres, 1993). Und das Mehrpersonenmerkmal im Sinne von „Teampflege“⁴ oder von wechselnden Pflegepersonen verweist ebenfalls auf eine sehr genau zu analysierende Struktur bzw. Prozessualität. Es sind nach MUGSLA-Ergebnissen in allen wichtigen Dimensionen – i/ADL-Summenscore, Zeitaufwand für die Betreuung usw. – jene Pflegeverhältnisse die verbindlichsten und schwersten, in denen eine Hauptpflegeperson allein die Verantwortung trägt. Obwohl querschnittliche Befunde, sind sie vermutlich dennoch nicht überinterpretiert, wenn Pöhlmann & Hofer (1997, 385) resümieren, „dass mit steigendem Pflegeaufwand (...) eine Konzentration der Hilfeleistungen auf eine Person statt“-findet. Vor diesem Hintergrund markieren die dort gefundenen 36% der Hauptpflegepersonen, die bei der Betreuung der pflegebedürftigen Angehörigen nicht durch andere private oder professionelle Helfer unterstützt werden, einen durchaus kritischen Wert.

Entgegen hartnäckig sich behauptender Un- und Halbwahrheiten sollten diese übergreifenden Befunde durchaus auch historisch eingeordnet werden: „Noch nie im geschichtlichen Zurückdenken wurde in Familien so viel und so lange gepflegt wie gerade heute und dies unter Bedingungen, die in mancher Hinsicht durchaus gegenüber früheren Zeiten komplizierter sind. Sicherlich hat sich das Wissen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit erhöht, sind die Lebens- und Wohnstandards verbessert, kennen wir technische und hygienische Hilfsmittel, die Pflegebedürftigkeit leichter bewältigen lassen als zu früheren Zeiten. Gleichzeitig haben sich aber auch die Familien deutlich verändert, sind ´kleiner´ geworden und wird die Pflegeaufgabe zu einer häufig in hohem Maße individuell und einsam zu bewältigenden Aufgabe, die alle Beteiligten an den Rand ihrer Kraft und auch des Lebens bringt. Gleichwohl gilt es als selbstverständlich, dass die ´Familie´ und damit zumeist die Frauen pflegen“ (Klie, 2001, S. 90).⁵ Was sich hier empirisch als noch immer ungemein ein-

⁴ In der MUGSLA-Studie wurde darunter verstanden, dass mehrere Helfer in etwa gleichem Maß an der Betreuung des Hilfs- und Pflegebedürftigen beteiligt sind. Das traf dort auf 17,3% der Fälle zu, während in 51,5% die Hauptpflegeperson-Struktur bestand, in 30,9% dagegen kein festes Pflegeverhältnis. Hier wurde Hilfe unregelmäßig, von wechselnden Personen und nur bei einzelnen Tätigkeiten geleistet (Pöhlmann & Hofer, 1997, S. 384).

⁵ Marbach präsentiert diesbezüglich interessante unterstützende Befunde, die sich allerdings nicht speziell auf pflegende Haushalte beziehen: „Befragte ohne Partner empfangen 3,2 Helferaktivitäten und Frauen mit Partner 3,5 Helferaktivitäten. Vermutlich erhalten Senioren mit Partnerin weniger zusätzliche Hilfe, weil die – i.d.R. jüngere – Partnerin die wichtigste Helferin ist und wenig Bedarf nach weiterer Hilfe besteht. Demgegenüber erhalten Seniorinnen mit Partner mehr zu-

drucksvoller Mehrheitsbefund – stabile familiäre Angehörigenpflege vor öffentlicher Fürsorge in subsidiärer Logik – zeigt, ist freilich nicht fraglos in die Zukunft verlängerbar – ebenso wenig wie die darauf gegründete Logik der Pflegeversicherung, die seit 1995 – was die häusliche Versorgung betrifft – „um diesen familialen Solidaritätskern angelegt“ (Blüher, 2003, S. 111) ist.

Mit 60% ist die Mehrheit der Hauptpflegepersonen bereits 55 Jahre oder älter. „Gepflegt wird demnach nicht nur zwischen, sondern vor allen Dingen auch innerhalb der angrenzenden Generation“ (Schneekloth & Leven, 2003, S. 35). Das stark disparitäre Geschlechtermuster, wie es mittlerweile in sehr vielen unterschiedlichen Studien bestätigt wurde, kommt umso stärker zum Vorschein, je mehr auf die Eigenschaft der Hauptpflegeperson abgehoben wird. Überrepräsentiert bezogen auf allgemeine Beteiligungsraten sind ansonsten die 45- bis 70-jährigen Frauen. Aber auch über 60-jährige Männer sind überdurchschnittlich häufig pflegerisch tätig. Die Alters- und Geschlechtermuster bei der Übernahme der Hauptpflegeverantwortung haben u.a. auch einen soziodemografischen Hintergrund. Verwiesen wird in der Regel auf die durchschnittlich jüngeren Ehefrauen und ihre durchschnittlich längere Lebenserwartung. Sie sind – im Schnittpunkt von Singularisierung und Feminisierung – öfter allein stehend, weshalb vielfach die Kinder als „Hauptpflegepersonen“ einspringen.

Je nach Hilfenbedarf – Art und Intensität – werden dabei Töchter und Schwiegertöchter stärker eingebunden, wobei die Präferenzen der Pflegebedürftigen hier mindestens ebenso bedeutsam sind. „Derartige Vorstellungen spielen bis in die Entscheidung hinein, wer von den Töchtern, Söhnen und Schwiegerkindern wie viel von der notwendigen und gewünschten Betreuung übernimmt, seine Erwerbstätigkeit dafür einschränkt oder gar aufgibt“ (Schupp & Künemund, 2004, S. 2). Gesellschaftliche Normen beziehen sich innerhalb des familialen Netzwerksegments ganz wesentlich auf die Gatten bzw. PartnerInnen und (Schwieger-)Kinder. Insgesamt ergibt sich damit als Rangfolge der häufigsten Pflegekonstellationen: „Frau pflegt eigene Mutter“, „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“. Die familiäre Pflegeleistung durch Enkelkinder ist dagegen „bisher nicht durch typische gesellschaftliche Normen und Erwartungen gekennzeichnet. Ihre Rolle im familialen Pflegeprozess ist offensichtlich weder innerfamiliär noch gesellschaftlich genau geprägt“ (BMFSFJ, 2002, S. 200). Nichtsdestotrotz lassen sich höchst vielfältige Austauschprozesse zwischen Enkeln und Großeltern aufzeigen.

Der vierte Altenbericht fasst die zentralen Daten zur *Erwerbstätigkeit* pflegender Angehöriger zusammen (BMFSFJ, 2002, S. 199): unter den 30- bis 64-jährigen Pflegepersonen sind etwa 34% der Frauen erwerbstätig (Gesamtbevölkerung 62%) und 52% der Männer (Gesamtbevölkerung 62%).⁶ Die Erwerbsrate ist bei nicht verheirateten Pflegenden höher als

sätzliche Hilfe, weil der – i.d.R. ältere – Partner den Bedarf der Frau nach Unterstützung weniger als im umgekehrten Fall abdeckt“ (Marbach, 2001, S. 324). Bezogen auf Substitutionseffekte eines Partners gegenüber nichtverwandten Helfern findet er bei Befragten ohne Partner einen Anteil von 7,5% nichtverwandten Helfern, bei Männern mit Partnerin einen Anteil von 2,5% und bei Frauen mit Partner von 2,8% – „die Substitutionsfunktion einer Partnerin gegenüber nichtverwandten Helfern ist demnach stärker als die eines Partners“ (Marbach, 2001, S. 324).

⁶ Schneekloth & Leven (2003, S. 20) geben für die 15- bis 64-jährigen Hauptpflegepersonen 19% Vollzeit-Erwerbstätige, 15% Teilzeit- (bis 30 Stunden) und 6% geringfügig Beschäftigte (unter 15

bei verheirateten. „Faktoren, die ein erfolgreiches Gelingen von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtungen begünstigen, sind höhere schulische Bildung und berufliche Qualifikation, ein geringerer Grad der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit des Angehörigen, günstigere ökonomische Lage des Hilfe- bzw. Pflegeleistenden und die Verfügbarkeit von Hilfe durch Dritte“ (BMFSFJ, 2002, S. 199; vgl. u.a. die dort angegebene Literatur).⁷ Insgesamt aber senkt die Berufstätigkeit der Frauen die Wahrscheinlichkeit, die häusliche Betreuung der Eltern zu übernehmen, wobei nach Dautzenberg et al. (2000) das Ob der Berufstätigkeit entscheidender ist, als ihr zeitlicher Umfang. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass erwerbstätige Pflegepersonen im Vergleich zu Nichterwerbstätigen nicht mehr Dienste in Anspruch nehmen (Dallinger, 1997).

Die Daten sprechen eindeutig dafür, substanziell daran zu arbeiten, die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege zu verbessern (vgl. Naegele & Reichert, 1998). Dass dieses – bei ihm als zentral bezeichnete Problem – keineswegs nur für die Hauptpflegepersonen zutrifft, dass es sich aber jeweils anders darstellt, verdeutlicht der Vierte Altenbericht auf der Grundlage einer Typologie von pflegebezogenen Netzwerkkonstellationen im Anschluss an Blinkert & Klie (2002). Da in „stabilen Netzwerkkonstellationen“ die Hauptpflegeperson in der Regel nicht berufstätig ist, „käme es hier darauf an, Akzeptanz für die unterstützenden professionellen Pflegeangebote herzustellen und der Pflegeperson mehr Spielräume für eine eigenständige Lebensgestaltung unter Einschluss von Erwerbstätigkeit zu verschaffen. Umgekehrt könnten in labilen Netzwerkkonstellationen differenzierte Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege dazu beitragen, die Unterstützungsbereitschaft der meist berufstätigen Pflegepersonen zu vergrößern. In prekären Netzwerkkonstellationen wären solche Maßnahmen dagegen wirkungslos. Um die weiter entfernt wohnenden Angehörigen der Pflegebedürftigen dazu zu motivieren, Verantwortung bei Management- oder Betreuungsaufgaben zu übernehmen, wären neue gesetzliche Regelungen (...) erforderlich“ (BMFSFJ, 2002, S. 243). Deren Spektrum reicht im Bericht von der Einführung einer Pflegezeit über die Einführung von personenbezogenen Pflegebudgets bis hin zur Flexibilisierung des SGB XI-Leistungsrechts zur Qualifizierung von Pflegearrangements unter Einschluss professioneller Pflegeangebote.

Den oben genannten bevölkerungsbezogenen Pflegendenanteilen von 8% bei den Frauen bzw. 5% bei den Männern korrespondiert ein Männeranteil bei aktiv Pflegenden in Höhe von mittlerweile immerhin 37%.⁸ Auch der Anteil von jüngeren Personen sowie von (Vollzeit-)Erwerbstätigen nimmt zu. Dabei ist der durchschnittliche zeitliche Pflegeaufwand beträchtlich. Er summiert sich an einem durchschnittlichen Werktag bei Frauen auf rund drei Stunden pro Tag, bei Männern auf etwas mehr als 2,5 Stunden (vgl. Schupp & Künemund, 2004, Tab. 3 und 4). Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger allerdings wenden nach eigener Schätzung gemäß der Studie von Schneekloth & Leven (2003, S. 22) 36,6 Stunden pro

Stunden) an.

⁷ Zur bei Frauen – bei Anwesenheit eines Pflegefalltes im Haushalt – erhöhten Neigung zur (vorübergehenden) Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit vgl. Schneider, Drobnic & Blossfeld (2001).

⁸ Zu ähnlichen Befunden auf der Basis des Alters-Survey vgl. Künemund(2000); auf der Basis von Sekundäranalysen des Lebenserwartungssurveys des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung bei ab 45-Jährigen vgl. Schulze & Drewes (2004).

Woche für im weiteren Sinne Hilfe, Pflege oder Betreuung auf, die dort referierten Daten zum erheblichen Belastungsempfinden können vor diesem Hintergrund kaum überraschen. In der Stadt ist die zeitliche Belastung einzelner Pflegenden geringer als auf dem Lande (Scherger, Brauer & Künemund, 2004, S. 182).

Netzwerkbezogene Pflegeverhältnisse zeigen in mehrfacher Hinsicht *verlaufsbezogene* Muster, auch die Querschnittsdaten lassen sich sinnvoll nur mit Bezug auf lebenslaufbezogene Prozesse interpretieren. Verschiedene Untersuchungen zeigen den Globalbefund, dass sich die im Falle einer möglichen langfristigen Pflegebedürftigkeit gewünschte Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung bei der Mehrheit der Älteren zuerst auf die engsten Familienmitglieder richtet – etwa in den bereits mehrmals erhobenen Präferenzen im Sozio-Ökonomischen Panel. Am Beginn familiärer Pflege steht gewöhnlich die Partnerpflege. Sie macht bei den 65- bis 79-jährigen Männern 39%, bei den gleichaltrigen Frauen 22% aus. Bei den 80-Jährigen und Älteren liegen die entsprechenden Werte bei 12 bzw. 5% (BMFSFJ, 2002, S. 196). Mit fortschreitendem Alter kommt es – relativ kontinuierlich – zu einer durchschnittlich deutlichen Verlagerung der Hilfen von den Ehegatten zu den Kindern, das Verhältnis zwischen Partnerhilfen und Kinderhilfen verschiebt sich beispielsweise von 56:13% bei den 60-65-Jährigen zu einer Relation von 2:65% bei den über 80-Jährigen (BMFSFJ, 2002, S. 196). Wenngleich diese Entwicklung Männer und Frauen als Muster im Grundsatz ähnlich betrifft, weist sie im Niveau zwei bedeutsame Unterschiede auf: die über alle Alter höhere Gattenhilfe für die Männer sowie ihre durchschnittlich deutlich spätere Ablösung durch andere NetzwerkshelferInnen.

Dies ist ein zentrales Muster jener ganz spezifischen Netzwerkstrukturen, die im Verlaufe verbindlicherer Pflegeaufgaben in den Vordergrund rücken. Es kommt u.a. zu einer ausgeprägten mit Bezug auf die Bedarfslage intensitätsbezogenen Verlaufsdynamik. Dabei sind ebenso die Einstiegsprozesse bedeutsam wie die Aufrechterhaltungs-, Ausbalancierungs- und Arbeitsteilungsprozesse im weiteren Verlauf bei länger dauernden Pflegebedarfen. Hierzu gehört auch der oben genannte Trend der Konzentration auch der zunächst mehrköpfigen Unterstützungssettings auf eine Hauptpflegeperson. Bezeichnend für Pflegehilfen ist, dass vielfach kaum rekonstruierbar ist, wann eine „Pflegeübernahme“ begonnen hat. „Sowohl bei plötzlicher als auch bei schrittweiser Pflegebedürftigkeit ist es nicht untypisch, dass die Verantwortung für Pflege eher unreflektiert und unvorbereitet übernommen wird. Viele Studien machen darauf aufmerksam, dass die meisten Pflegepersonen zu Beginn der Pflegesituation kaum überschauen können, welche Folgen die Entscheidung für sie und ihre Familien haben wird. Aus einer Übergangsregelung werden pflegeintensive Jahre, die die bisherigen Beziehungen zwischen dem Hilfebedürftigen und den übrigen Familienmitgliedern verändern“ (BMFSFJ, 2002, S. 197). Als Hintergrund können die Erkenntnisse der aktuellen Infratest-Studie dienen, die aufweist, dass bei jedem zweiten Pflegebedürftigen die ersten Beeinträchtigungen bereits vor 5 Jahren oder länger aufgetreten sind, bei immerhin 28% sogar schon vor 10 oder mehr Jahren. Selbst diese querschnittsbezogenen Daten „sprechen insgesamt dafür, dass Hilfe- und Pflegebedürftige aller Schweregrade relativ lange in privaten Haushalten gepflegt werden“ (Schneekloth & Leven, 2003, S. 17).

Die Verantwortungsübernahme kann im Netzwerkmodell bezogen werden auf die im Lebenslauf aufgeschichteten biografischen Erfahrungen, es können u.a. die dramatischen Verschiebungen in der Reziprozitätsbalance ebenso rekonstruiert – zu einem Teil auch antizipiert – werden, wie die Komposition der internen und externen Ressourcen, die zur Bewältigung der Situation zur Verfügung stehen, der positiven und negativen Unterstützung, die das Netzwerk mit sich bringt. Als wie „normal“ und „mitmenschlich“ auch immer ein das oben beschriebene Hineinwachsen in eine als solche in ihrer Tragweite zunächst oft nicht begriffene Aufgabe beurteilt werden mag, so stark können die Folgen sein für die Beziehungsentwicklung zwischen Pflegeperson und gepflegtem Angehörigen sowie auch zu den Netzwerkpartnern der Pflegeperson.

Es zeigt sich, dass sich die privat möglichen Pflegebeziehungen desto häufiger auf engste Familienbeziehungen reduzieren, je umfassender die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit alter Menschen wird. Wurde an anderer Stelle (u.a. in meinem anderen Aufsatz, in diesem Band) verdeutlicht, dass die Tatsache getrennter Haushalte oder auch moderater Wohnentfernungen z.B. zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern mit Bezug auf die Netzwerkeinbindung häufig als negativer Integrationsindikator überbewertet wird, so sind spätestens im Kontext vorpflegerischer, pflegeersetzender oder pflegebegleitender Leistungen die Residenzbeziehungen von größter Wichtigkeit, die teilweise auch eine netzwerk-kategoriale Präferenzstruktur hinsichtlich gewünschter Unterstützungspersonen bricht. Dass dabei die bedarfs- und belastungsbezogene Verlaufsdynamik in vielen Fällen sehr schwer über eine etwas längere Perspektive vorausgesehen werden kann, verkompliziert die Anforderungen an Netzwerkhilfen sehr – nochmals potenziert bei demenziell Erkrankten, bei denen der Grad der Erkrankung und die Schwere der Symptome sehr unterschiedlich sein kann und sich im Laufe der Zeit stark verändert. Wie bedeutsam dieser Problembereich auch quantitativ ist, verdeutlicht das Datum von insgesamt 47% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, für die Schneekloth & Leven (2003, S. 34) auf eine demenzielle Erkrankung hindeutende kognitive Beeinträchtigungen gefunden haben. Bezogen auf die Gesamtzahl der Demenzkranken lebt der Großteil wie in den meisten Industrieländern – in Deutschland zu rund 60% (Weyerer & Schäufele, 2004) – in Privathaushalten und wird hauptsächlich von Angehörigen versorgt.

Das Alleinleben stellt dabei insbesondere für den Fall einer Demenzerkrankung ein zentrales Risiko dar – und zwar sowohl in der eigenen Häuslichkeit als auch im Betreuten Wohnen. Bei letzterem gilt die Risikoabsicherung für Pflegebedürftigkeit in den meisten Formen – wenn überhaupt – nur für die körperliche Pflege. Die Aufrechterhaltung des selbständigen Haushaltes bei Demenzkranken ist nur möglich, wenn eine intensive Betreuung durch pflegende Angehörige sichergestellt ist und ggf. eine Entlastung durch teilstationäre Einrichtungen erfolgt. Die besondere Relevanz von netzwerkbezogenen Residenzbeziehungen beim Hilfsbedarf demenzerkrankter älterer Menschen hängt damit zusammen, dass der „Schlüssel für eine Bewältigung der kognitiven Einschränkungen in der Präsenz von Hilfspersonen liegt, die einen emotionalen Zugang zu dem Erkrankten haben. Lösungsansätze, die ausschließlich im Angebot von technischen Hilfen bestehen, um verloren gegangene Funktionen zu kompensieren, scheinen von vornherein ungeeignet. Aber auch ambulante

Dienste, die auf zeitlich knapp bemessene Unterstützung bei der Verrichtung von Haushaltsaktivitäten und bei der Körperpflege ausgerichtet sind und zudem eher anonym, von häufig wechselndem Personal erbracht werden, können dem tatsächlichen Bedarf demenziell Erkrankter nicht gerecht“ (BMFSFJ 2002, S. 115) werden. Nicht zuletzt dieser Situationsbeschreibung ist der kaum zu überschätzende Stellenwert des durch organisierte, künstliche Netzwerkbeziehungen gekennzeichneten Segments geschuldet, zu dem beispielsweise Alzheimergruppen gehören, auch wenn sich diese Formen sozialer Unterstützung im statistischen Insgesamt der informellen Pflege – etwa in der aktuellen Infratest-Untersuchung – (noch) schwach niederschlagen.

Im Bedarfsfall weicht die Familienzentrierung, die sich in den Erwartungen zeigt, gezwungenermaßen auf. Es zeigt sich, dass Familienangehörige, die weiter weg wohnen, die Versorgung nicht übernehmen können. Die tatsächlichen HelferInnen bei größerem Unterstützungsbedarf – in diesem Verlauf zunehmend alleinzuständige HaupthelferInnen – wohnen nur selten weiter entfernt.⁹ Dies gilt vor allem dann, wenn häufige Besuche und Hilfen über einen längeren Zeitraum notwendig werden, also beispielsweise bei einer langfristigen Erkrankung oder dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit aufgrund im Alter auftretender Multimorbidität. Die zeitliche Inanspruchnahme von Hauptpflegepersonen unterstreicht dies eindrücklich. Von ihnen stehen rund 80% rund um die Uhr zur Verfügung, bei Pflegebedürftigen mit ständigem Pflegebedarf sind es sogar 92%, die reine Pflegezeit beläuft sich auf drei bis sechs Stunden. Etwa die Hälfte der Pflegenden muss den Nachtschlaf wegen Hilfs- und Pflegetätigkeiten unterbrechen (BMFSFJ, 2002, S. 197 und die dort angegebene Literatur). Vor diesem Hintergrund muten die 27% der Hauptpflegepersonen, die nach Schleeckloth & Müller (2000, S. 52ff.) nicht im gleichen Haushalt wie die Pflegebedürftigen wohnen, sogar eher hoch an. Die auf den ersten Blick plausible Erwartung einer mehrfachen Überlegenheit des gemeinsamen Haushaltes – mehr Nähe, minimierte Haushaltsarbeiten – geht dabei auch in der intensivierten Bedarfssituation interessanterweise sehr häufig an der Realität vorbei. Dies zeigen Studien, die für die Bewältigung der häuslichen Pflegeübernahme als einen wesentlichen Entlastungsfaktor die Aufrechterhaltung zweier getrennter Haushalte ermitteln konnten (vgl. Wand, 1986; Brody, Litvin, Hoffmann & Kleban, 1995).

All diese Befunde setzen allerdings insbesondere die geschlechterbezogene Disparität keineswegs außer Kraft. Sie verstärkt sich bei den Pflegenden noch, je höher das Alter der Unterstützungsbedürftigen und je anspruchsvoller die Hilfeleistung ist. Männer pflegen selbst in der Pflege ihrer Partnerinnen oder Mütter erheblich weniger als Frauen, und wenn sie es doch tun, dann oftmals deshalb, weil sonst niemand verfügbar ist, der die Pflege übernehmen kann. Fernere Verwandte und Nachbarn werden überwiegend, Schwiegereltern fast ausnahmslos von Frauen gepflegt (BMFSFJ, 2002, S. 201). Die hier ganz spezifischen Spannungen haben bereits Cohler & Grunebaum (1981) in einer qualitativen Pionierstudie ausführlich dargestellt.

⁹ Für die Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in Privathaushalten dokumentieren Schleeckloth & Leven (2003, S. 21) folgende Wohnentfernungen für Pflegebedürftige insgesamt bzw. alleinlebende Pflegebedürftige (31%): gleicher Haushalt 62/0%, gleiches Haus 8/20%, bis zu 10 Min. 14/37%, bis zu 30 Min. 5/14%, weiter entfernt 3/7%, keine privaten HelferInnen 8/21%.

Allen genannten Relativierungen zum Trotz hat die Geschlechtsspezifität weniger mit der geringeren Lebenserwartung von Männern, sondern sehr viel mehr mit geschlechtsspezifischen Zuschreibungen zu tun. Deren Wirken lässt sich u.a. daran ablesen, dass unter den Familienmitgliedern, die die Hauptverantwortung für die regelmäßige Betreuung hochbetagter Angehöriger übernehmen, weitaus mehr Töchter als Söhne (knapp 43% bzw. knapp 8%), mehr Schwiegertöchter als Schwiegersöhne (gut 14% bzw. 0,3%) und auch mehr Schwiegertöchter als Söhne (14% bzw. 8%) sind (vgl. BMFuS, 1994). Obgleich dies in der Theorie und der Forschung noch immer vergleichsweise wenig zur Sprache kommt, zeigt sich hier besonders deutlich, dass Generationenthemen häufig auch Geschlechterthemen sind (Lüscher & Liegle, 2003, S. 149).

In diesem Zusammenhang wurde die im Ausland geprägte Verhältniszahl des „Töchterpflegepotenzials“ vom KDA in die Diskussion um den Ausbau der ambulanten Pflegedienste eingebracht. Auch in Deutschland hatte mit einigen Jahrzehnten „Verspätung“ eine ebenso starke Absenkung dieses Indikators eingesetzt wie in den Nachbarländern, was insbesondere zu massiven Forderungen nach einem Ausbau des professionellen Hilfesystems für zu Hause lebende Menschen mit Pflegebedarf führte. Die etwa als Verhältnis von Frauen im Alter von 45 bis 70 Jahren zur Gesamtzahl aller über 70-Jährigen operationalisierte sogenannte „weibliche Pflegereserve“ wird bis zum Jahr 2015 kaum noch zunehmen, ab 2020 aber rapide abnehmen (vgl. Mager, 1999, S. 60f.).

Doch auch entsprechende objektive Indikatoren, in denen sich vor allem der Rückgang der Kinderzahl pro Paar niederschlägt, sollten angesichts ebenso empirisch aufgewiesener realer Verhaltensphänomene nicht überbewertet werden. Denn auch in solchen Familien, in denen mehrere Geschwister vorhanden sind, trägt in den meisten Fällen nur eine Person die Hauptlast der Pflege, oft genug das „schwächste Glied der Familie“ (vgl. Olbrich et al., 1994). Rückert gibt zu bedenken: „Wenn es (...) zutrifft, dass in Zukunft mehr ältere Menschen als heute wenigstens ein Kind haben, dann hat möglicherweise der Rückgang der Töchterzahl insgesamt keine so gravierenden Auswirkungen auf das Ausmaß der familialen Pflegeleistungen, wie bislang (...) angenommen“ (Rückert, 1999, S. 149). Im Gesamtsystems des Unterstützungsgeschehens indes ist es durchaus nicht belanglos, ob die Hauptpflegeperson Geschwister hat oder nicht – nicht nur hinsichtlich der damit gegebenen Alternativen, wer die Aufgabe übernimmt, sondern auch hinsichtlich ihrer häufig zentralen Unterstützungsfunktionen.¹⁰ Allerdings werden die wichtigsten diesbezüglichen Engpässe – ebenso wie das Ansteigen des Anteils der Kinderlosen – erst etwa ab dem Jahr 2030 erwartet.

Viele der bis hier getroffenen Aussagen sind Einzelaussagen etwa mit Bezug auf bestimmte Kategorien von Netzwerkpersonen. Das eigentliche Potenzial der Netzwerkperspektive allerdings entfaltet sich in der – in vielen Fällen: egozentrierten – Zusammenschau. Um in der überwältigenden Fülle der Einzelphänomene hier etwa mit Bezug auf Interventionsbedarfe dennoch problemorientierte zusammenfassende Aussagen treffen zu können, wird teilweise mit Typologien wichtiger Netzwerkkonstellationen gearbeitet. Aktuell und instruktiv kann hier

¹⁰ Vgl. als Überblick die bei BMFSFJ (2002, S. 200f.) zusammengefassten Befunde.

die Studie von Blinkert & Klie (2001) herangezogen werden. Sie erlaubt einerseits, gewissermaßen empirische Megatrends zu benennen, andererseits macht sie besonders sinnfällig klar, welches Gewicht die Forderung nach einer Unterstützung der UnterstützterInnen, einer „Pflege“ der informellen Netzwerke hat. Gemäß der vom Vierten Altenbericht als besonders wahrscheinlich bezeichneten (BMFSFJ, 2002, S. 242) dritten Prognosevariante ist – unter der Annahme einer stetig steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen – von einer Zunahme des Anteils „labiler“ und „prekärer“ Netzwerke bis zum Jahre 2050 auf etwa 40% auszugehen. Verbesserungen der politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen könnten diesen Anstieg auf 25% begrenzen. Der Vierte Altenbericht leitet daraus „politisch (...) die Aufgabe ab, stabile Netzwerke so weit zu unterstützen, dass sie langfristig erhalten bleiben, sowie in labilen und prekären Netzwerken für ausreichende unterstützende Pflegeangebote zu sorgen“ (BMFSFJ, 2002, S. 243).

Attias-Donfut unterstützt eine solche Lesart aus einer international informierten Sicht. Sie blickt vor dem Hintergrund dieser demografischen Aspekte unter Hinzunahme von sich verändernden Wertpräferenzen in die Zukunft und macht klar, welche epochale Aufgabe sich rasch daraus ergeben wird: „It is doubtful that the family will be able to continue to play the same role of support towards the elderly as it does today because of the changes in the structure and values in our societies. Demographic trends will result in an increasing population of the very old and a decreasing in the number of children. Future middle-aged women will have more elderly people to care for but at the same time they will have more professional responsibilities. And fewer children to care for them. We can expect changes in values and norms of obligations between genders and between generations, principally because of the evolution of the role of women over the past 50 years, resulting in two-breadwinner families. The task of caring for others, both children and the elderly, will have to be more equitably shared between the genders and will require more help from the state“ (Attias-Donfut, 2001, S. 14).

Sie betont darüberhinaus den durch höhere Einbeziehung von Männern wachsenden Druck auf eine bedürfnisgerechtere Ausgestaltung sozialer Dienste sowie den bei den Jüngeren gegenüber den Eltern und Großeltern beobachtbaren Wunsch nach einer Begrenzung familiärer Verpflichtung zugunsten von Selbstverwirklichung und Privatheit. Im Sinne der Komplementaritätsthese muss dies nicht Pflegeabstinenz heißen, sondern vor allem bessere individuelle welfare mixes: „Family support theory leans on social exchange theory, and suggests that families will be more willing to provide help – and elders more willing to accept it – when burdens are not too heavy. Services may then strengthen family solidarity by sharing these burdens“ (Daatland, 2001, S. 18). Wird die Netzwerkperspektive auf die Pflegepersonen bezogen, macht sie schließlich noch einen weiteren Aspekt deutlich, weshalb Überbelastungen auch aus Systemperspektive kontraproduktiv sind: Es verändern sich im Verlauf des Pflegezeitraums – je verbindlicher und anstrengender er ist, umso mehr – die Netzwerke der (Haupt-)Pflegepersonen sehr stark (Koppelin, 2000, S. 212ff.), und zwar in einer strukturell wie subjektiv empfundenen negativen Richtung.

1.2 Stellenwert formeller bzw. professioneller Unterstützung

Ganz grob kann gesagt werden, dass gegenwärtig rund 72% der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden (Engstler & Menning, 2003, S. 137). Dies geschieht in 92% der Fälle durch Familienangehörige (Schneekloth & Leven, 2003, S. 18), überwiegend durch Partnerinnen und Partner und Kinder. Dies ist – auf der wichtigsten Ebene – eine überwältigende Netzwerkbilanz. Sie wird unterstrichen durch das Faktum, dass die Unterstützung in jenen Fällen, in denen Hauptpflegepersonen solche erfahren, zu einem sehr viel größeren Teil von anderen informellen HelferInnen kommt als von beruflichen Kräften. Für die Hauptpflegepersonen allerdings haben die Netzwerkmitglieder – insbesondere alle Familienmitglieder – sowohl entlastende als auch belastende Funktionen. Auch in internationaler Perspektive zeigt sich viel eher eine Komplementaritäts- denn eine Substitutionsbeziehung zwischen familiärem Support und hinzukommender professioneller Hilfe (vgl. Chapell & Blandford, 1991; Lesemann & Martin, 1993; Lingsom, 1997; Attias-Donfut & Wolff, 2001; Daatland, 1997; Lowenstein, 1999). Auf der anderen Seite wird damit nur ein verschwindend geringer Teil der Pflegebedürftigen ausschließlich von professionellen Pflegekräften versorgt. Allerdings differieren die Mischungsverhältnisse – insbesondere das „Ob“ und „Wieviel“ in Anspruch genommener sozialer Dienste – im internationalen Vergleich sehr (vgl. Daatland, 2001, S. 18). Die Komplementaritätsannahme läuft darauf hinaus, dass die Inanspruchnahme bestimmter professioneller Leistungen gerade ein funktionierendes informelles Unterstützungsnetzwerk voraussetzt (vgl. Gilberg, 2000, S. 107).

Innerhalb der zu Hause gepflegten Teilgruppe ist die *Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Hilfe* nach einer schon etwas älteren Studie mit ca. 30% relativ gering – 70% der in ihrer eigenen Häuslichkeit Versorgten werden ausschließlich von Angehörigen versorgt, sogar dann, wenn geeignete soziale Dienste in ihrem Wohnumfeld verfügbar sind (vgl. z.B. Bender, 1993; 1994; Brandenburg & Zimprich, 1995; Pöhlmann & Hofer, 1997). Während andere Untersuchungen sogar zu noch geringeren professionellen Beteiligungsgraden kommen¹¹, geht die aktuelle Infratest-Studie bei den häuslich gepflegten Beziehern von Pflegeversicherungsleistungen von „nur“ 55% ausschließlich privat Versorgten aus. Die Enquête-Kommission Demografischer Wandel berichtet – die verschiedenen empirischen Untersuchungen zum Anteil der Pflegebedürftigen, die professionelle ambulante Dienste in Anspruch nehmen, zusammenfassend – Werte „zwischen 31 und 40%, so dass für Prognosen der ungefähre Mittelwert von 35% eine realistische Ausgangsbasis darstellt“ (Deutscher Bundestag, 2002, S. 241).

Hinzu kommen weitere 9%, die „neben der privat getragenen Hilfe und Pflege zusätzliche selbst finanzierte, jedoch nicht im engeren Sinne pflegerische Hilfen in Anspruch nehmen. 28% der Pflegebedürftigen erhalten sowohl private als auch professionelle pflegerische Hilfen und 8% erhalten ausschließlich professionelle Pflege“ (Schneekloth & Leven, 2003, S. 28). Insgesamt machen die professionellen Hilfen allerdings nach Blinkert & Klie (1999, S.

¹¹ So geben Stiefel (1983) bzw. Brög, Häberle, Mettler-Meibom & Schellhaas (1980) nur 6% bzw. 13% als Anteil der über 65-Jährigen mit Hilfe- oder Pflegebedarf an, die professionelle Hilfe nutzen. Dabei sind allerdings die unterschiedlichen Abgrenzungen der Grundgesamtheit zu beachten.

114) nur etwa 13% der im häuslichen Umfeld erbrachten Pflegeleistungen aus. Und selbst bei maximaler professioneller Unterstützung tragen nichtprofessionelle Helfer – zumindest in der nicht auf Deutschland bezogenen Untersuchung von Holmes et al. (1989) – die Hauptverantwortung der Versorgung. Professionelle Unterstützungsakte beziehen sich außerdem auf relativ wenige konkrete Tätigkeitsbereiche, wie sie sich bspw. durch i/ADL definieren lassen (vgl. Pöhlmann & Hofer, 1997, S. 385f.), das Spektrum privater Unterstützung ist hier deutlich breiter.

Einen weiteren Indikator für die überaus zurückhaltende Einbeziehung professioneller Unterstützung führt die Infratest-Untersuchung an. Ihr zufolge ist die Inanspruchnahme von teilstationären Pflegeangeboten auffällig gering ausgeprägt. Die Tatsache, dass 1,03 Mio. Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld¹² erhielten, deutet ebenfalls darauf hin, dass sie in der Regel zu Hause allein durch Angehörige versorgt wurden.¹³ Bei weiteren 415.000 häuslich versorgten Pflegebedürftigen erfolgte die Pflege zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Von den zu Hause Gepflegten hatten 12% – mit Pflegestufe III – einen sehr hohen Pflegebedarf (Engstler & Menning, 2003, S. 137).

Hinsichtlich professioneller Unterstützung ist nicht nur an direkte pflegerische Hilfe zu denken. Schneekloth & Leven (2003, S. 24f.) verdeutlichen eindrucksvoll, dass „privat Pflegenden nur zu einer Minderheit regelmäßig auf Beratung oder sonstige allgemeine Unterstützungsangebote zurückgreifen. Nur 7% der privaten Pflegepersonen von Pflegebedürftigen tauschen sich regelmäßig mit professionellen Fachkräften aus. Für 14% wird vom befragten Haushalt angegeben, dies zumindest ab und an zu tun. 4% nutzen regelmäßig telefonische Beratungsmöglichkeiten, weitere 19% tun dies ab und an. 3% treffen sich regelmäßig in einer professionell geleiteten Angehörigengruppe, 8% immerhin ab und an. Nur 2% der Hauptpflegepersonen treffen sich regelmäßig in einer privaten Selbsthilfeinitiative sowie weitere 9% ab und an. Insgesamt sind es nicht mehr als 16% der Hauptpflegepersonen, die regelmäßig eine der genannten Beratungs- und Unterstützungsformen in Anspruch nehmen. 37% nutzen diese zumindest ab und an.

Es passt (...) ins Bild, dass nicht mehr als 16% (...) an einem speziellen Pflegekurs“ teilgenommen haben, es passen auch die MUGSLA-Befunde ins Bild, nach denen noch immer hohe Informationsdefizite zu professionellen Diensten bestehen – jede sechste Hauptpflegeperson hatte überhaupt keine Kenntnis davon (Pöhlmann & Hofer, 1997, S. 386). Die repräsentative Infratest-Studie resümiert eindrücklich, dass Lücken gerade dort sichtbar werden, „wo es um zielgenaue und niederschwellige Hilfsangebote im Bereich der Beratung, Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen geht“ (Schneekloth & Leven, 2003, S. 35). Eine andere Untersuchung konnte darüber hinaus zeigen, dass das hier immer wieder positiv konnotierte Vorhandensein einer Hauptpflegeperson informationsbezogen geradezu zu einem Risikofaktor werden kann: Ältere Menschen, die von einer Haupt-

¹² Dies entspricht nach Schneekloth & Leven (2003, S. 25) 71% der Pflegebedürftigen, davon 76% in Stufe 1 aber auch noch 68% in Stufe 2 und sogar 55% in Stufe 3.

¹³ Dass die auf diesem hohen Pflegegeldempfänger-Anteil basierende finanzpolitische Balancierung der Pflegeversicherung durch stärkere „moderne“ pflegeskulturelle Orientierungen nachhaltig in Frage gestellt werden könnte, unterstreichen Blinkert & Klie, o.J., S. 14.

pflegeperson versorgt werden, sind signifikant weniger über professionelle Hilfsdienste informiert als SeniorInnen, die von einem Team versorgt werden oder kein festes Pflegeverhältnis haben (Pöhlmann & Hofer, 1997, S. 385).

Jansen (1999, S. 621) resümiert, dass rund drei Viertel aller informellen Pflegearrangements einzig an zwei Berührungspunkten mit dem formellen Pflege-System Kontakt haben: in Begutachtungssituationen durch den MDK oder die entsprechenden Institutionen und bei Pflegepflichtensätzen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Von den Angehörigen, die Hochaltrige mit einer Demenz pflegen, nutzt zur Entlastung dieser Situation nur ein Viertel Beratungsangebote. Ein ebenso großer Teil nimmt Pflegestunden ambulanter Dienste an. Weniger als ein Zehntel beansprucht solche Betreuungsformen Demenzkranker, die ohne Einbezug der Angehörigen erbracht werden (wie Tagespflege oder Kurzzeitpflege) (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 202f.).

Die Gründe für und gegen die Inanspruchnahme professioneller Hilfe sind noch keineswegs geklärt (vgl. Pöhlmann & Hofer, 1997, S. 382ff.). Wolinsky & Arnold (1988) sehen als stärksten Prädiktor für die Nutzung professioneller Dienste Bedarfsindikatoren, wie z.B. den funktionellen Status – etwa gemessen über ADL-Einschränkungen) – und kognitive Defizite der hilfebedürftigen Person. McCaslin (1988) unterstreicht dagegen die Rolle des Informationsstandes über professionelle Hilfsdienste (Snider, 1980) und die Akzeptanz professioneller Hilfsquellen. Im Vergleich zu demografischen Variablen und Merkmalen der funktionellen Kapazität sind Information und Akzeptanz¹⁴ ihrer Ansicht nach bessere Prädiktoren für eine Nutzung professioneller Dienste.

Mit Bezug auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe trifft es dabei nicht zu, dass mit zunehmender Belastung mehr Hilfe nachgefragt wird. Bender (1994, S. 234ff.) zeigt auf der Grundlage von Daten des Familiensurveys, dass z.B. pflegende Familienangehörige Unterstützung anderer umso weniger in Anspruch nehmen, je schlechter ihr Gesundheitszustand ist. „Der Zusammenhang von Ursache und Wirkung kann dabei nur in subjektiven Faktoren allgemeiner Belastung und mangelnder Übersicht zu Handlungsalternativen der Pflegenden, denn in objektiven Notwendigkeiten gesucht werden“ (Bender, 1994, S. 244).¹⁵ Dabei weisen manche Untersuchungen vor allem auf Verbesserungen der Coping-Kompetenz im Verlauf längerdauernder Pflegeverhältnisse hin. Es gibt insofern keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen subjektivem Belastungsempfinden und Schweregrad der Pflege, Gräßel & Leutbecher (1993) fanden sogar die höchsten subjektiven Belastungswerte bei leichter Pflege. Gemäß den MUGSLA-Ergebnissen findet sich eine Unterstützung der Hauptpflegeperson – durch andere private oder professionelle Helfer – erst dann, wenn ein sehr hoher Pflegeaufwand besteht und die Hauptpflegeperson sehr stark belastet ist.¹⁶

In mehreren Studien wurde aufgewiesen, dass insbesondere der sozio-ökonomische Status die Inanspruchnahme medizinischer und professionell-pflegerischer Hilfen mitbestimmt. Hil-

¹⁴ Zu einer Übersicht über die auf geringe Akzeptanz bezogenen Erklärungsansätze vgl. Pöhlmann & Hofer (1997, S. 382, 386f.).

¹⁵ Zu den komplizierten Voraussetzungen informeller Hilfenachfrage und Unterstützungsaktualisierung vgl. Otto (2004a).

¹⁶ Vgl. die entsprechenden Auswertungen bei Pöhlmann & Hofer (1997, S. 385).

feleistende mit höherem Einkommen und besserer Ausbildung nutzen eher professionelle Hilfen (Stone, Cafferata & Sangl, 1987). Daneben existiert ein starker Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Mit insgesamt 37% ist nach Dallinger (1997) der ostdeutsche Anteil der Pflegepersonen, die von formellen Hilfen Gebrauch machen fast doppelt so hoch wie der westdeutsche (19%).¹⁷ Hinzu kommen Stadt-Land-Unterschiede (Scherger, Brauer & Künemund, 2004, S. 182). Bedeutsame Unterschiede ergeben sich schließlich zwischen Personen, die bereits einmal Erfahrung mit dem Einbezug professioneller Kräfte gemacht haben und den diesbezüglichen Neulingen.

Allerdings ist die Inanspruchnahme unabhängig von den soeben genannten Faktoren bei den allein lebenden Personen ohne erreichbare Kinder deutlich ebenso erhöht (Linden et al., 1996) wie bei Älteren, deren Hauptpflegepersonen bei der Pflege keine Hilfe von anderen Familienmitgliedern erhalten (BMFSFJ, 2002, S. 203). Das heißt allerdings keineswegs, dass die nötigen Informationen auch gerade dort zu erwarten sind, wo sie besonders notwendig gebraucht werden. Gerade mit Bezug auf Informationen über professionelle Hilfen stellt das soziale Netzwerk eine zentral wichtige Unterstützungsquelle dar. Dies zeigt sich in kritischer Weise darin, dass der Informationsgrad bei alleinstehenden Pflegebedürftigen erheblich niedriger liegt als bei familial eingebundenen Pflegebedürftigen (BMFSFJ, 2002, S. 246).

Wenn Männer in der häuslichen Pflege Älterer aktiv sind, dann erhalten diese häufiger zusätzlich professionelle Hilfe als wenn Frauen die Pflegepersonen sind (vgl. Attias-Donfut, 2001, S. 14; Stoller, 1990; Stoller & Cutler, 1992). Blinkert & Klie (1999) stellen im Vergleich männlicher und weiblicher Hauptpflegepersonen und bei gleichem Pflegeaufwand bei ersteren sogar ein doppelt so hohes Quantum beruflich erbrachter Hilfe fest. Bemerkenswerterweise ist das Muster bei informellen HelferInnen umgekehrt: Weibliche Pflegepersonen werden durch sie – in 52% der Fälle (Männer: 42%) – häufiger unterstützt (vgl. Fuchs, 1999). Erstkontakte bei der Suche nach Hilfen stellen häufig die Hausärzte dar. Die damit verbundenen Möglichkeiten, ein tragfähigeres Netz unter Einbeziehung professioneller sozialer und medizinischer Dienste zu knüpfen, werden vorliegenden Untersuchungen zufolge nur sehr unbefriedigend genutzt (vgl. Haupt, 1999). Damit wird eine wichtige Chance für einen Einstieg in systematischeres fallbezogenes Unterstützungsmanagement vergeben. Aus dem Spektrum möglicher professioneller Hilfearten wird nur ein vergleichsweise schmaler Ausschnitt in größerem Umfang nachgefragt.

Sehr unterbelichtet ist in der deutschen Diskussion rund um Pflegebedürftigkeit der Stellenwert eines spezifischen Netzwerksegments. Angesprochen ist damit das Bürgerschaftliche Engagement. Es wird in dieser Darstellung im Kontext der formellen Netzwerke verhandelt, da es sich – trotz aller Grenzüberschreitungen zu Qualitäten informeller Unterstützung – um organisierte Aktivitäten der Fremdhilfe handelt. Gemäß der Infratest-Untersuchung erhalten inzwischen immerhin 11% der Pflegebedürftigen regelmäßig –

¹⁷ Die entsprechenden Erklärungsansätze beziehen sich auf die selbstverständlichere Nutzung staatlicher (kostengünstiger oder -freier) Dienstleistungen in der ehemaligen DDR und eine schwächer ausgeprägte Auffassung, dass Pflege allein Sache der Familie sei.

mehrheitlich ein- bis mehrfach pro Woche – ergänzende ehrenamtliche Betreuungsleistungen, wie sie in dieser Untersuchung wesentlich durch Besuchsdienste repräsentiert sind. Hinzu kommen 9% der Pflegebedürftigen, die regelmäßig an allgemeinen weitgehend ehrenamtlich getragenen Freizeitaktivitäten teilnehmen (Schneekloth & Leven, 2003, S. 29). Die richtige und insbesondere mit Blick auf die Haushalte demenziell Erkrankter erhobene Aussage der Autoren, „dass sich dieser Anteil noch deutlich steigern ließe, wenn entsprechende Angebote von den Leistungserbringern der Pflege bzw. im Bereich der offenen Altenhilfe in Zukunft noch stärker als bisher verfügbar gemacht würden“ (Schneekloth & Leven, 2003, S. 35) muss keineswegs bei konventionellen Formen wie Besuchsdiensten stehen bleiben. Weitergehende Beiträge zu einer „Pflege in bürgerschaftlicher Verbundenheit“ sind einigen Modellerfahrungen nach durchaus möglich und in ihren vielfältigen Wirkungen sehr wünschbar, aber zugleich bezüglich ihrer Initiierung und Förderung überaus anspruchsvoll (vgl. z.B. Steiner-Hummel, 1997). Nur dann (...), wenn keine kontraproduktive sozialpolitische Indienstnahme greift, könnte wirklich zutreffen, dass Freiwilligenarbeit „bei entsprechender staatlicher Förderung einen wichtigen Beitrag zur Entlastung stabiler und zur Stabilisierung prekärer Netzwerkkonstellationen leisten könnte“ (BMFSFJ, 2002, S. 243).

Zusammenfassend lässt sich in netzwerkbezogener Perspektive besonders tiefenscharf das Zusammenspiel struktureller Netzwerkbeschaffenheiten und jenes Bündels an normativen Verhaltenserwartungen zeigen, das sich aus individuellen, netzwerkinternen aber auch netzwerkexternen und gesellschaftlichen Quellen speist. Die Herausforderungen in der zukünftigen Entwicklung aktualisieren sich genau in diesem Schnittpunkt. Die Netzwerkbetrachtung schärft in besonderer Weise den Blick für realistische Leistungsmöglichkeiten – und -grenzen! – des informellen und insbesondere familialen Bereichs. Sie kann dabei als besonders hilfreiches Fundament für die Entwicklung eines Leitbildes zugunsten eines nachhaltigen „pfleglichen“ Umgangs mit gesellschaftlichen Sorgekapazitäten dienen.

In diesem Horizont lässt sie Kriterien angebar werden, welche strukturellen Entwicklungen nicht modifizierbar sind, sie zeigt aber auch auf, inwiefern durch im weitesten Sinne netzwerkbezogene Interventionen eine Flankierung der strukturellen Potenzen bewerkstelligt werden kann. Ähnliches gilt für die inhaltlichen und wahrnehmungsbezogenen Dimensionen sozialer Netzwerke. Trotz der „zumindest mittelfristig nicht gefährdeten“ (BMFSFJ, 2002, S. 195) Voraussetzungen für die Übernahme der Pflege für Familienangehörige und nicht zuletzt angesichts der sich abzeichnenden „Modernisierungstendenzen“ bei den pflegekulturellen Orientierungen scheinen dabei alle Schritte besonders vordringlich zu sein, die es ermöglichen, die Entscheidung zugunsten eines im Zeitverlauf je bestimmten Pflegesettings – nach Umfang, Kooperation usw. – im Kontext realer Entscheidungsalternativen in höherem Maße als bisher gestaltbar werden zu lassen, als dies in vielen Fällen bisher der Fall ist. Die zumeist verfolgte Perspektive auf die Netzwerke der zu Pflegenden ist dabei im Sinne eines pfleglichen Umgangs mit den Ressourcen und Motivationen auf die Netzwerke der Unterstützungspersonen zu erweitern.

2. Sonderwohnformen

Im Folgenden wird zunächst mit einigen Basisdaten, sodann bezogen auf ausgesuchte netzwerkbezogene Aspekte auf Sonderwohnformen für Ältere – i.d.R. Heimformen – eingegangen. Dabei geht es nicht nur um den versorgungspolitisch überaus zentralen Zusammenhang zwischen der Leistungsfähigkeit privater Unterstützungsnetzwerke einerseits und stationärer Versorgung andererseits, sondern auch u.a. um den Stellenwert sozialer Netzwerke für die Versorgungs- und Lebensqualität in Einrichtungen. Knapp 400.000 Menschen werden *stationär* gepflegt – das sind rund 30% der Pflegebedürftigen – mit steigender Tendenz.¹⁸ BewohnerInnen von Altenheimplätzen werden zusätzlich rund 200.000 ausgewiesen, bei Altenwohnheimplätzen (inklusive Wohnstiften) beläuft sich ihre Zahl auf 82.000. Insgesamt leben zum Untersuchungszeitpunkt etwas über 660.000 Menschen in ca. 8.300 Alteneinrichtungen in Deutschland (vgl. Schneekloth, 1997, S. 164). Die inzwischen unheimlich große Vielgestaltigkeit der Formen „betreuten Wohnens“ (vgl. Schmidt, 2000) – die diesen Begriff inzwischen bis zum Etikettenschwindel haben unkenntlich werden lassen – bleiben genau deshalb außer Betracht.

Auch wenn die Klassifizierung der Plätze nur bedingt etwas über die Art und die Intensität des wirklich vorhandenen Unterstützungsbedarfs aussagt, werden Trends erkennbar: Bezogen auf die vergleichbaren Altersgruppen der Gesamtbevölkerung sind gegenwärtig 5,0% der SeniorInnen ab 65 Jahren in einem Heim untergebracht (alte Bundesländer 5,1%, neue Bundesländer 4,4%). Für Altenpflegeplätze liegt dieser Wert bei 2,7% (alte Bundesländer 2,6%, neue Bundesländer 3,1%).¹⁹ Betrachtet man nur die etwas jüngere Gruppe der 65- bis 79-Jährigen, so entsprechen die ca. 300.000 Heim- und Wohnplätze 3,26% der Altersgruppe. Die Daten für die ab 80-Jährigen belaufen sich auf 13,6% für HeimbewohnerInnen insgesamt (alte Bundesländer 14,0%, neue Bundesländer 12,0%; *mit* Altenwohnungen kommt das BMFSFJ 1998 auf 17% der Altersgruppe), für AltenpflegeheimbewohnerInnen auf 7,8% (alte Bundesländer 7,6%, neue Bundesländer 8,7%). Bezogen auf alle Pflegebedürftigen ergeben sich altersspezifische Heimquoten von 20% bei den unter 60-Jährigen bis 43% bei den über 90 Jahre alten Pflegebedürftigen (Deutscher Bundestag, 2002, S. 241).

Demografische und Netzwerkbefunde weisen folgende Struktur auf: Mit 67% sind zwei von drei BewohnerInnen von Alteneinrichtungen im Alter ab 80 Jahren (BMFSFJ, 1998, S. 94) und mit 17% ist sogar jeder sechste 90 Jahre oder älter, der Anteil der BewohnerInnen im Alter unter 60 Jahren fällt mit 5% relativ gering aus. Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen von Alteneinrichtungen beträgt knapp 81 Jahre. Es ist „wenig überraschend, dass mit 79% vier von fünf BewohnerInnen von Alteneinrichtungen weiblichen Geschlechts sind.

¹⁸ Vorliegende Hochrechnungen, nach denen von bis zu 1,2 Mio. Pflegeheimplätzen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2040 auszugehen sei, beruhen auf der vereinfachenden Setzung der Pflegealternative Familie oder Heim. Sie berücksichtigen insbesondere nicht die unterschiedlichen Formen der Koproduktion zwischen lebensweltlicher Unterstützung und professionell-beruflichen Diensten und entsprechender Infrastruktur, wie sie beispielsweise in der Vorstellung des welfare- bzw. Pflege-mix zum Ausdruck kommen.

¹⁹ Die Infratest-Heimerhebung 1994 ist eine repräsentative Stichtagserhebung. Mit Bezug auf die Altenpopulation wurden die PflegerInnen von insgesamt 3.015 Bewohnern aus 377 Alteneinrichtungen befragt.

64% sind verwitwet, 8% geschieden, 21% ledig und nur 7% verheiratet. Nimmt man die Information dazu, dass nach Kenntnisstand der AuskunftgeberInnen rund 57% der BewohnerInnen vor dem Heimeintritt in einem Privathaushalt allein gelebt haben, während 26% aus einem Mehr-Personen-Haushalt und 13% aus anderen Einrichtungen kamen, so kann diese Verteilung als deutliches Indiz für die Bedeutung fehlender sozialer Unterstützungsnetzwerke interpretiert werden, die im Alter beim Auftreten von Beeinträchtigungen in der selbständigen Lebensführung häufig einen Heimübergang erforderlich machen.²⁰ Selbstverständlich mindert dies nicht die für Heimübertritte einflussreichen anderen Steuerungsgrößen – insbesondere diejenige der „indirekten Rationierung des Zugangs zur vollstationären Pflege im Sinne des SGB XI durch Bedarfsprüfung“ (Schmidt, 2000, S. 6).

Das charakteristische Alleinleben von älteren Menschen stellt demnach in bestimmten Konstellationen im Hinblick auf die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung ein unübersehbares Risiko dar. Der überproportional hohe Anteil verwitweter älterer Menschen, die auf Dauer in Heimen leben, unterstreicht die Bedeutung des 'life-events' Verlust des Ehepartners, der in der alltäglichen Lebensführung bei vorliegendem Hilfebedarf von den Betroffenen häufig nicht mehr kompensiert werden kann“ (Schneekloth, 1997, S. 165f.). Bezüglich der weiter oben diskutierten altersbezogenen Reduzierung der Größe des sozialen Netzwerks gehen die Einschätzungen auseinander. Gemäß dem Vierten Familienbericht kann „im Vergleich zur Normalbevölkerung (...) von einem 'reduzierten Normalnetzwerk' mit einigen alters- und lebensformbedingten Ausfällen, dagegen aber einer relativ hohen emotionalen Dichte und Fehlen an Belastungsbeziehungen gesprochen werden“ (BMFSFJ, 2002, S. 208). Wagner, Schütze & Lang (1996) dagegen weisen auf der Grundlage von BASE-Daten nach, dass auch nach Kontrolle des chronologischen Alters sowie des Familienstands und Elternstatus HeimbewohnerInnen über ein deutlich kleineres soziales Netzwerk verfügen (4,5 versus 11,3 Personen). Die in Netzwerk- und unterstützungsbezogener Perspektive interessierenden Beziehungen der sozialen NetzwerkpartnerInnen mit den HeimbewohnerInnen aber auch mit den Fachkräften wurden in diversen Untersuchungen thematisiert (vgl. den knappen Review bei Wahl & Kruse, 1999, S. 460f.). Sie zeigen, dass der Heimeintritt die Beziehungen ebenso wie die Unterstützung seitens der NetzwerkpartnerInnen quantitativ und inhaltlich wesentlich verändert.

Auf der Grundlage des mit den Operationalisierungen des Pflegeversicherungsgesetzes korrespondierenden Pflegeintervallmodells der Pflegebedarfsstudie kann man auf den tatsächlich vorhandenen Pflegebedarf der BewohnerInnen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes schließen. Außerdem erlaubt es, das Potenzial abzuschätzen, das HelferInnen des sozialen Netzwerkes in seinen unterschiedlichen Kategorien zukommen kann. 26% der BewohnerInnen weisen nach dieser Abgrenzung einen ständigen Pflegebedarf auf, insbesondere aufgrund vorhandener Einschränkungen bei der Toilettennutzung, bei der Nahrungsaufnahme oder aufgrund vorhandener Inkontinenz. Weitere 21% haben einen mehrfach täglichen Pflegebedarf aufgrund von Einschränkungen im Bereich der täglichen Hygiene und im Bereich der Mobilität. Für weitere 16% wurde täglicher Pflegebedarf im Sinne des

²⁰ Vgl. mit Bezug auf den Familienstand Dinkel, Lebok & Hartmann (1999).

Modells erhoben – hier treten bei mindestens zwei körperbezogenen Aktivitäten Beeinträchtigungen auf und es wird täglich Hilfe benötigt.

Vorrangig hauswirtschaftlichen Hilfebedarf unterhalb der definierten Schwelle weisen 28% der BewohnerInnen auf, während für immerhin 9% der BewohnerInnen gar kein Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Ausübung von alltäglichen Verrichtungen festzustellen ist.²¹ „Charakteristisch ist, dass Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes rund 83% der Pflegeplätze, 39% der Altenheimplätze sowie 33% der Alten-Wohnheimplätze belegen“ (Schneekloth, 1997, S. 166). Neben den Mobilitätseinschränkungen stehen die ebenfalls gehäuft auftretenden psychischen Veränderungen bzw. Störungen im Vordergrund. Die befragten PflegerInnen bzw. BetreuerInnen berichten für 47% aller BewohnerInnen von Heimen bzw. für 60% der Pflegebedürftigen eine demenzielle Erkrankung oder sonstige psychische Störung. Dies hat erhebliche Auswirkungen nicht nur für die professionelle Arbeit, sondern auch für Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung durch soziale Netzwerkpersonen.

Die Befunde zur durchschnittlichen tatsächlichen (nicht stichtagsbezogenen) Verweildauer stellen sich differenziert dar: Es werden in der Untersuchung pflegeorientierte Einrichtungen (75% und mehr Pflegeplätze) von Mischeinrichtungen (Pflege- und Wohnheimplätze) unterschieden. Während in ersteren die durchschnittliche Verweildauer 36 Monate bis zum Ableben beträgt, liegt sie bei den Mischeinrichtungen bei 73 Monaten. In pflegeorientierten Einrichtungen verstirbt mit 19% bereits jeder fünfte Bewohner innerhalb von sechs Monaten nach dem Heimeintritt. Dieser Befund legt praktische Konsequenzen nahe, unterstreicht er doch „die Bedeutung der Phase des unmittelbaren Heimübergangs. Eingewöhnungshilfen und orientierungsfördernde Maßnahmen sowie eine entsprechende Betreuung, die zu einer schnelleren Vertrautheit der Bewohner mit ihrer neuen Umgebung führen, sind in dieser Zeit elementar“ (Schneekloth, 1997, S. 168), die diesbezüglichen Einbindungen sozialer Netzwerkpersonen aber bleiben konzeptionell wie in der konkreten Handlungspraxis weit hinter ihren Möglichkeiten zurück. Mehr als jeder vierte BewohnerIn der Alteneinrichtungen (28%) verstirbt im Verlauf eines Jahres.

Der andere Pol ist allerdings ebenso bemerkenswert: auch in pflegeorientierten Einrichtungen verweilen 18% der BewohnerInnen fünf Jahre oder länger, in Mischeinrichtungen verbringen gar 22% der BewohnerInnen über zehn Jahre in der Einrichtung. Auch dieser Befund legt Konsequenzen nahe: „Es wäre (...) insgesamt betrachtet zumindest bisher noch verfehlt, Alteneinrichtungen allein als Orte einer funktionalen Pflege und einer Sterbebegleitung zu definieren. In Anbetracht des Anteils der BewohnerInnen mit einer sehr langen Verweildauer muss vielmehr davon ausgegangen werden, dass Alteneinrichtungen in Deutschland auch eine wirkliche Wohnalternative für beeinträchtigte ältere Menschen darstellen. Bei den BewohnerInnen ergeben sich demnach die unterschiedlichsten Problemkonstellationen. Lebensansprüche und erwünschte Selbständigkeit sowie die benötigte pflegerische Versorgung und die unmittelbare Perspektive eines möglichst würdevoll zu gestal-

²¹ Zugleich ist bekannt, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen im Jahre 1995 von den knapp 2 Mio. Anträgen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung 28% als nicht erheblich pflegebedürftig beschieden hat.

tenden Sterbens liegen hier so dicht beieinander wie in kaum einem anderen sozialen Sektor unserer Gesellschaft“ (Schneekloth, 1997, S. 168).

Sowohl die kurzen wie die langen Verweildauern fordern auch in puncto des „innerstationären Unterstützungsmix“ heraus, was heute allzu häufig in der auf die ambulante Sphäre abnormierten Aufmerksamkeit vergessen wird. Das soziale Netzwerk ist dabei in seinen unterschiedlichen Segmenten der zentrale Angelpunkt von Gestaltungsüberlegungen. Sie können an die schon älteren Strategien der „Heimöffnung“, der Gemeinwesen- und Sozialraumorientierung sowie der Normalisierung anknüpfen. Schnittstellen zu Formen bürgerschaftlichen Engagements sind dabei ebenso stark ausbaufähig wie die systematische Berücksichtigung von (pflegenden) Angehörigen (vgl. z.B. den praxisorientierten Bericht von Neubauer & Gatterer, 2003) auch in Sonderwohnformen.

Prognosen über das zukünftige Verhältnis von häuslicher zu institutionalisierter Pflege sind zwar von höchstem Interesse, stehen aber methodologisch vor kaum überwindlichen Schwierigkeiten. Angesichts der Vielzahl schon der wichtigsten Parameter und ihrem bis heute nicht geklärten Verhältnis zueinander wird versucht, den möglichen Korridor durch alternative Szenarien aufzuhellen. Dabei werden – etwa in der Expertise von Blinkert & Klie (2001) für die Enquêtekommision Demografischer Wandel – Modellrechnungen zur Veränderung der Alterszusammensetzung, zur Ehe- und Familienstruktur, zur Erwerbsbeteiligung von Frauen sowie zum Verhältnis von Berufstätigkeit und Pflege angestellt bzw. herangezogen.

In allen Szenarios, die die politischen Rahmenbedingungen im Wesentlichen fortschreiben, ergeben sich dabei Erhöhungen der Heimquote von derzeit rund 30 auf 34-42%²², daneben würde auch bei den häuslich Versorgten die Geldleistungsquote gegenüber den in Anspruch genommenen professionellen Pflegeleistungen deutlich geringer werden. Besonders aufschlussreich ist indes das auf einen besser balancierbaren formell-informellen Pflegemix ausgerichtete Szenario. Dabei wird vorausgesetzt, dass sich durch eine flexiblere, auf die Pflege Tätigkeit abgestimmte Arbeitsorganisation, ein erweitertes Angebot an unterstützenden ambulanten Diensten und durch einen Wandel der pflegeskulturellen Orientierungen in Richtung auf mehr Offenheit gegenüber gemischten Pflegearrangements die Vereinbarkeit von Berufs- und Pflege Tätigkeit verbessern lässt.

Spätestens ab 2020 würde – unter diesen Vorzeichen – ein zusätzliches Potenzial an informell Pflegenden zur Verfügung stehen, das die derzeitige Heimquote von rund 30% auf rund 25% im Jahr 2050 absenken könnte. Auch die absolute Anzahl der stationär Versorgten würde dann bis ungefähr 2025 stagnieren und erst danach wieder zunehmen, während die Zahl der in privaten Haushalten versorgten Pflegebedürftigen stark zunehmen würde – auf rund 2,6 Mio. im Jahr 2050. Damit ginge eine erheblich zunehmende Nachfrage nach ambulanten Pflege- und Unterstützungsleistungen einher. Es käme damit keineswegs zu einer generellen Abnahme der Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen, sondern nur zu einer strukturellen Verschiebung weg von der stationären Versorgung hin zu den

²² Vgl. allerdings die Kritik von W. Schmähl und H. Rothgang, die aufgrund anderer Rechenwege zu nochmals deutlich höheren Werten kommen (vgl. BMFSFJ, 2002, Fn. 275).

ambulanten Sach- und Kombileistungen. So würde sich etwa die absolute Zahl derer verdreifachen, die professionelle Dienste in der Häuslichkeit in Anspruch nehmen würde, der Anteil dieser Gruppe würde von 30 auf rund 58% im Jahre 2050 steigen.

3. Ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital

Zu den empirischen Grundbefunden gehören auch im Netzwerkkontext solche hinsichtlich sozioökonomischer und soziokultureller Ungleichheit. Die Wechselwirkungen reichen von Einflüssen der ökonomischen Ressourcenausstattung auf die Komposition des sozialen Netzwerkes bis zu sehr unterschiedlich gelagerten – auch schlicht ökonomischen – Kosten der Pflege des eigenen Netzwerkes und hören bei den Einflüssen sozialer Netzwerke auf die Gewinnung ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapitals noch längst nicht auf. So kann in unserem Zusammenhang etwa angenommen werden, dass in mancher Hinsicht die Attraktivität von Personen ebenso in Zusammenhang mit ihrer Ressourcenausstattung – auch hinsichtlich der Möglichkeiten zum Ausgleich von „Reziprozitätsbilanzen“ (vgl. Otto, 2003; zu empirischen Hinweisen z.B. Kohli et al., 1999, S. 23) – steht wie dadurch eine Reihe bedarfsbeeinflussender Faktoren und Faktoren bezüglich der Möglichkeiten der marktlichen Bedarfsdeckung berührt werden. In ganz groben Linien lassen sich folgende Befunde zusammenfassen:

Ökonomische Ressourcen in Form von Erwerbseinkommen nehmen im Zuge des Übergangs in das Rentenalter zwar ab, doch ist – ein weiterer Baustein innerhalb einer potenziatorientierten Sichtweise – die ökonomische Lage der Älteren vielfach so gut, dass entspart werden kann oder – was wiederum für die Netzwerkperspektive sehr wichtig ist – Transfers an Dritte geleistet werden können (vgl. Motel, 2000, S. 74; Fachinger, 2001). Gerade der Alters-Survey hat eindrucksvoll belegt, wie sehr „die Familie auch als ein wirksames materielles Austauschsystem über die Trennung der Haushalte hinaus bestehen bleibt“ (Kohli, 2000, S. 13). Bezüglich der Länderdisparitäten ist im Durchschnittsbefund durch die Wiedervereinigung in den Neuen Bundesländern die finanzielle Lage gerade der Älteren in besonderem Maße verbessert worden (vgl. BMFSFJ, 2001, S. 210). Alte Menschen unterliegen schließlich nicht besonders hohen Armutsrisiken (vgl. Expertenkommission, 2001) und in der Längsschnittbetrachtung erweisen sich die Wohlfahrtspositionen im Alter als stabil (vgl. z.B. Wagner & Motel, 1998).

In belastungsorientierter Perspektive muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass gerade dann besondere Gefährdungen der Selbständigkeit älterer Menschen auftreten, wenn vielfältige ökonomische (geringes Einkommen und Vermögen) und ökologische (insbesondere Wohnungsmängel) Probleme gleichzeitig mit gesundheitlichen Belastungen und mangelhaften sozialen Netzen auftreten. Dass der Berliner Altersstudie zufolge Einkommensarmut gerade bei hilfsbedürftigen (26%), immobilen (25%), hörbehinderten (25%), demenzen (23%) und multimorbiden (20%) älteren Personen signifikant gehäuft auftritt (nach BMFSFJ, 2002, S. 190), beeinflusst dabei die sozialen Netzwerke vermutlich gleich in mehrfacher Weise – angefangen von geringeren Möglichkeiten baulicher Anpassungen o-

der unterstützender kommerzieller Dienste bis zu stärkeren ökonomischen Gründen, Heimeintritte hinauszuzögern oder beispielsweise Pflegegeld in Anspruch zu nehmen.

In diesem Kontext sind auch jene Daten zu interpretieren, die für 29% der Hauptpflegepersonen im Osten und 18% im Westen finanziellen Gründen eine bedeutende Rolle bei der Nichtinanspruchnahme professioneller Dienste attestieren – ambulante Hilfen werden von pflegenden Familien als zu teuer eingeschätzt (Halsig, 1998). Gemäß der Infratest-Repräsentativerhebung nehmen mit 24% rund ein Viertel der Pflegebedürftigen zusätzliche, selbst finanzierte Hilfeleistungen in Anspruch. Auch hier weisen die höheren Pflegestufen kaum erhöhte Inanspruchnahmewerte auf. Bei den sonstigen Hilfebedürftigen, die keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, sind es 13% (Schneekloth & Leven, 2003, S. 26).

Inwiefern die weiter oben angesprochene Eltern-Kinder-Reziprozitätsthematik im Kontext der Pflegeübernahmen durch die Geldleistungen der Pflegeversicherung nochmals ganz anders modifiziert wird, ist empirisch kaum solide erforscht. Wenn wir den Ausgleich vorgängiger Schulden hier außer acht lassen, kann das Pflegegeld in einer im Zeitverlauf immer stärker asymmetrischen Austauschrelation als ein überindividueller Ressourcenausgleich betrachtet werden. Unabhängig von seiner geldwerten Funktion wäre die Frage als eine der Wahrnehmung zu überprüfen: inwiefern es dadurch einerseits für Hilfebedürftige einfacher wird, Hilfe anzunehmen, inwiefern es andererseits für Hilfegeber akzeptabler wird, Hilfe zu geben (vgl. Otto 2003, 2004a). Ein besonders wichtiger Aspekt besteht dabei darin, inwiefern Leistungen wie das Pflegegeld gerade auch jene Netzwerkpersonen für Pflegeleistungen mobilisieren können, die nicht zum „engsten Kreis“ gehören. Entsprechende Beobachtungen wurden im Kontext der Einführung der Pflegeversicherung geäußert²³, können allerdings bezüglich ihrer Kausalitäten noch nicht zuverlässig nachgewiesen werden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich die finanzielle Situation mit dem Beginn der familialen Pflege in der Mehrzahl der Fälle verschlechtert (vgl. Gräßel, 1998). Allerdings muss der Kenntnisstand über die finanzielle Lage pflegender Angehöriger als unbefriedigend bezeichnet werden (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 199).²⁴

Es wurde bereits mehrfach auf den hohen Stellenwert kulturellen Kapitals für die Bildung sozialer Netzwerke hingewiesen. Aufgrund unterschiedlicher u.a. kohortentheoretischer Befunde ist davon auszugehen, dass die älteren Menschen der nächsten Jahrzehnte über mehr Bildung verfügen werden und damit über mehr kulturelle und kognitive Ressourcen als die heutige Generation der über 60-Jährigen. „Versteht man unter dem Zweck der Bildung nicht eine Qualifikation für einen bestimmten Beruf, sondern die Ausbildung von Fähigkeiten zur Teilhabe an einer tradierten Kultur, als Voraussetzung der Erbringung von Sinn- und Orientierungsleistungen, der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt und der

²³ Nach Tesch-Römer (2001, S. 31) hat sich der Anteil von „other relatives, neighbours and friends“ – also UnterstützerInnen, die nicht zur Gruppe der PartnerInnen, Eltern oder Kinder gehören – von 10 auf 17% fast verdoppelt.

²⁴ Zur Einschätzung, dass der große Anteil der Geldleistungen innerhalb der Pflegeversicherung auf finanziellen Missbrauch hinweisen könnte vgl. Hoefler (1995); zum Aufweis einer nur untergeordneten Rolle finanzieller Motive bei der Übernahme familialer Pflegeverpflichtungen vgl. Gräßel, (1998); Bracker et al. (1988).

Geschichte´ (Mayer, 1994, S. 525), dann wäre zu vermuten, dass hohe Bildung dazu beiträgt, mit den negativen Seiten des Alterns – und dazu gehört auch ein Rückgang der Sozialkontakte – gut fertig zu werden und diese Prozesse durch Aktivitäten anderer Art zu kompensieren“ (Wagner & Wolf, 2001, S. 550). Dabei sollte die Erwartung höherer Bildung in keiner Weise die kommenden Herausforderungen schmälern. Dafür sprechen u.a. so selten rezipierte Befunde wie derjenige, dass ein höherer Bildungsgrad von Eltern und Kindern in Unterstützungsperspektive auch problematische Entwicklungen mit sich bringt, insofern er in unmittelbarem Zusammenhang mit größeren Wohnentfernungen steht (Lauterbach & Pillemer, 1997; Lauterbach, 1998, S. 118f.). Dennoch ist der gerade verdeutlichte Bedarf nach gesundheits- und bewältigungsorientierten Interventionen bei den weniger privilegierten Schichten und Gruppen der Bevölkerung von besonderer Dringlichkeit.

4. Perspektiven

Das besondere Potenzial der netzwerkbezogenen Perspektive auf die in diesem Aufsatz verhandelten Phänomene besteht darin, dass sie die strukturellen Aspekte der Verfügbarkeit von Netzwerkressourcen sowohl mit den normativen und motivationalen Grundlagen zur Übernahme von Unterstützungsleistungen wie mit jenem Bündel an Kompetenzen verschränkt, die von der Problemwahrnehmung und -definition über die Hilfesuche bis zu unterschiedlichsten Verknüpfungen mit UnterstützerInnen nötig sind, um netzwerkgestützte Potenziale – Motivationslagen, strukturelle Möglichkeiten und Kompetenzen – tatsächlich in positive Unterstützung „umzumünzen“. Einige Aspekte sind zusammenfassend hervorzuheben, wobei hier nochmals an die Thematisierung heutiger und künftiger Orientierungsmuster im Rahmen modernisierter Lebensführung der unterschiedlichen Netzwerk-Beteiligten angeknüpft wird.

Die meisten der bis hier referierten Befunde thematisieren bis heute eingetretene demografische Entwicklungen. Wie dramatisch sie in vieler Hinsicht auch bereits sind – sie beziehen sich in einer übergroßen Mehrheit auf eine Population, die mit Bezug auf Netzwerkcompositionen sowie pflegekulturelle Orientierungen noch als „vormodern“ bezeichnet werden kann, wie Klie es zuspitzend ausdrückt. Auch hier schließt sich die Frage an, was es bedeuten wird, wenn kohortenbezogen die Modernisierung der Lebens- und Beziehungsverhältnisse für die ältere Bevölkerung zu größeren Teilen gelten wird und ihre Ressourcen, Kompetenzen und Ansprüche mitgeprägt haben wird (vgl. Blinkert & Klie, o.J.).

Die bislang das Bild beherrschenden Pflegeverhältnisse sind noch nicht deutlicher vom Trend zur Individualisierung erfasst. Nur bei einer kleinen Minderheit von rund 10% der Pflegebedürftigen kann man eine relativ deutliche Tendenz zu einem modernen Lebensentwurf erkennen: sie haben keine Kinder oder nur ein Kind, sind ledig oder geschieden oder leben vom Partner getrennt. Sie haben einen mittleren und höheren Schulabschluss, weisen räumliche Mobilität auf und leben noch nicht sehr lange in ihrem Wohnumfeld. „Die ´vormodernen Pflegebedürftigen´ (...) wählen eher Pflegegeld und nehmen allenfalls Krankenkassenleistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflegesituation in Anspruch, eher aber nicht die (Sach)leistungen der Pflegeversicherung. Die Pflege wird hier zumeist von

einer Hauptpflegeperson geleistet, mit einer relativ geringen Anzahl weiterer Helfer. Den 'modernen' Pflegebedürftigen, in der Minderheit, gelingt es, informelle Hilferessourcen zu aktivieren, die nicht auf verwandtschaftlichen Verpflichtungen beruhen. Sie sind auch in dieser Hinsicht modern, dass sie zumindest als junge Alte auf ein soziales Kapital zurückgreifen können, das Entscheidungen, Initiativen und Bemühungen voraussetzt“ (Klie, 2001, S. 92). Mit Bezug auf Stadt-Land-Differenzen auf der Grundlage von SOEP-Berechnungen (Scherger, Brauer & Künemund, 2004, S. 181ff.) konnte in diesem Zusammenhang gezeigt werden, dass in städtischen Zusammenhängen die allgemeine Bereitschaft, Verwandte zu pflegen, genauso groß ist wie auf dem Lande, dass aber in urbanen Regionen darüber hinaus auch nichtverwandte Personen häufiger gepflegt werden.

Daraus sollte aber keinesfalls vorschnell „angesichts des generellen Trends zur Individualisierung auf eine zukünftig steigende Bedeutung außerfamilarer informeller Helfer in den Pflegearrangements geschlossen werden“ (BMFSFJ, 2002, S. 241). Mit zunehmendem Alter verlieren auch bei modernen Pflegebedürftigen die über Freundschafts-, Bekanntschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen mobilisierten Hilferessourcen an Bedeutung. Das hat mit allgemeinen Veränderungen der Netzwerkkomposition im Prozess des Älterwerdens ebenso zu tun wie damit, dass die informellen HelferInnen außerhalb der Familie bei zunehmendem Hilfebedarf der Pflegebedürftigen rasch überfordert sind (vgl. Blinkert & Klie, 1999, S. 193f.). Die Älteren dieser Gruppe werden zunehmend angewiesen auf professionelle Hilfen, die aber nicht bedarfsdeckend von der Pflegeversicherung finanziert werden. Insofern ist die Institutionalisierungswahrscheinlichkeit für diese Personengruppe wesentlich höher (vgl. Klie, 2001, S. 92). Allerdings lassen sich nach Blinkert & Klie (1999) bei fast der Hälfte der Pflegebedürftigen bereits Tendenzen zu einer stärkeren Individualisierung erkennen.

Zusammenfassend geht es keineswegs um irgendwelche Entdramatisierungen, aber um differenziertere Wahrnehmungen von Potenzialen und Grenzen und ihrer künftigen Relativierung. „Die gesellschaftstheoretische und vor allem die gesellschaftspolitische Aufarbeitung sozio-demographischer Fragestellungen leidet häufig an ihrer Einbettung in kultur- und strukturpessimistische Traditionen: Rasch wachsende Bevölkerung, aber auch der gegenteilige Prozess einer schrumpfenden Bevölkerung wurden und werden vielfach von vornherein negativ beurteilt. (...) Sowohl hohe Sterblichkeit als auch Hochaltrigkeit und steigende demographische Alterung sind Anlass für pessimistische Zukunftsbetrachtungen. Was auch immer demographisch geschieht, scheint gesellschaftspolitisch zu 'sozialen Problemen' (...) zu führen. Ein wesentlicher Teil der (...) Diskussion demographischer Trends ist (...) von kulturpessimistischen Vorstellungen durchdrungen“ (Höpflinger, 2000, S. 17) – am deutlichsten sei dies bei dem Stichwort der demografischen Alterung, während ideal implizit oft nur eine stationäre Bevölkerung erscheine, mithin eine Situation, in der sich demografisch nichts bewegt.

Wesentlich aus drei Gründen plädiert Höpflinger dafür, weder die direkten Folgen demografischer Trends zu überschätzen, noch die komplexen indirekten Wechselwirkungen zwischen demografischem und gesellschaftlichem Wandel zu vernachlässigen: 1) Bei den „Beziehungen zwischen demografischen Veränderungen und gesellschaftlichen, wirtschaftli-

chen und kulturellen Veränderungen handelt es sich immer um langfristig angelegte Wechselwirkungen. 2) demografische Größen haben nur in Kombination und Interaktion mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einen Einfluss auf soziale, wirtschaftliche und kulturelle Faktoren. Wir müssen primär von interaktiven Effekten ausgehen. 3) Die kurz-, mittel- und langfristigen Folgen demografischer Veränderungen auf gesellschaftliche Wandlungen sind zumeist unterschiedlich, und sie weisen möglicherweise gegensätzliche Vorzeichen auf. Dasselbe gilt auch für die Folgen gesellschaftlicher Folgen auf demografische Trends“ (Höpflinger, 2000, S. 18).

Die empirischen Abschnitte lassen sich in diesem Horizont zusammenfassend durchaus so bewerten, dass die neuere empirische Forschung der Behauptung von der Auflösung des familialen Generationsverhältnisses zunehmend die Grundlage entzogen hat. „Sie weist nach, dass die Beziehungen zwischen den Generationen in der Familie überwiegend nach wie vor eng sind und dass darin auch beträchtliche Versorgungsleistungen erbracht werden, etwa im Bereich der Betreuung jener Älteren, die nur noch eingeschränkt zu eigenständiger Lebensführung in der Lage sind“ (Kohli & Künemund, 2001, S. 514). Die Relativierung der modernitätstheoretischen räumlichen Mobilitätsprämisse stützt diesen Befund ebenso wie Auswertungen zu solidarischen – unerwartet häufig aber auch reziproken – Austauschakten im Generationenverhältnis.

Auch die familial-externen Netzwerke Älterer deuten auf ein entgegen zeitdiagnostischer Verlautbarungen relativ stabiles Maß an sozialer Einbindung ebenso hin wie auf vergleichsweise stabile Unterstützungspotenziale. Dennoch zeigen sich problematische Netzwerkstrukturen bei bestimmten Teilen der Population der Älteren schon heute, zumal dann, wenn es um die Übernahme verbindlicherer Aufgaben geht. Dies wird dramatisiert der Fall sein, wenn sich einige der verschiedenen benannten Risikokonstellationen in einigen Jahren aufgrund demografischer Trends drastisch häufen werden. Und dies gilt trotz der bezüglich der Empirie richtigen und deren Aussagekraft einschränkenden Erkenntnis, dass die meisten der bis hier referierten und sonstigen verfügbaren Daten auf der Basis von Operationalisierungen gewonnen wurden, die sich wesentlich an juristischen oder versicherungstechnischen Kriterien orientieren. „Aber über den Bedarf an Pflege wissen wir damit noch nicht viel“, so bringt Rosenbrock (1998, S. 123) das Problem von der Bedarfsseite auf den Punkt. Und von der Potenzialseite sind zusätzlich zu den strukturell-demografischen Befunden sehr genau die Entwicklungen im Bereich „unterstützungskultureller Orientierungen“ zu beobachten – sowohl bei den familialen wie den nicht-familialen NetzwerkpartnerInnen.

Eines ist durch die Netzwerkbefunde ganz eindeutig klar geworden. Hier im Feld der nicht-stationären Pflege besteht die prominenteste Herausforderung im Kontext der unterschiedlichen Trends in der Frage, wie künftig im Zusammenwirken informeller und formeller Instanzen Unterstützungssettings geschaffen, flankiert und abgesichert werden können, die sowohl für die Hilfebedürftigen wie für die Unterstützungspersonen den Idealen der Selbstbestimmung und Autonomie sowie dem Erhalt von Wohlbefinden und Gesundheit möglichst nachhaltig zuträglich sind – und dies mit Blick auf sich immer stärker ausdifferenzierende sozial-, familial- und pflegekulturelle Orientierungen. Mit Blick auf die Aufgaben der Pflege –

aber auch sozialer Unterstützung allgemein – lässt sich auf der Makro-Ebene das Assessment so zusammenfassen²⁵:

- Epidemiologische, demografische und soziologische Befunde belegen einen vorläufig kaum begrenzten und weiterhin wachsenden Bedarf nach Interventionen zur Senkung gesundheitsrelevanter Belastungen und zur Mehrung gesundheitsrelevanter Ressourcen, sowohl zur Prävention als auch zur Bewältigung der überwiegend chronisch-degenerativen Erkrankungen. Wichtige demografisch bedingte Belastungsfaktoren werden dabei erst in einigen Jahren, dann aber mit großer Nachhaltigkeit eintreten.
- Sowohl für präventive als auch für gesundheitsförderliche und pflegerische Interventionen gilt der sozial- und gesundheitswissenschaftlich gut begründete Grundsatz, dass die Orientierung auf Fürsorge und Betreuung wo immer möglich von Strategien der zielgruppen- und lebensweltspezifischen Aktivierung sowohl der Betroffenen als auch ihres sozialen Umfeldes abgelöst werden muss. Es geht um Befähigung (enabling) und Bewältigungsmöglichkeiten (empowerment). Die Förderung von subjektbezogener Autonomie gewinnt Vorrang vor professioneller Kompensation von Autonomiedefiziten.
- U.a. gesundheitswissenschaftlich ist ebenso belegt, dass Interventionen zur Stärkung von Ressourcen – z.B. Selbstbewusstsein, Zusammenhalt, reflektiertes Belastungs- und Ressourcenmanagement, sozial verantwortliche Autonomie bzw. dem Streben danach – nicht erst nach dem Auftreten von Symptomen oder chronischer Erkrankung einsetzen, sondern als Bestandteil der familialen, schulischen und beruflichen Sozialisation gefördert werden können und sollten. Das bedeutet auch den Abschied von der Vorstellung, dass professionelle, z.B. gesundheitsbezogene Arbeit nur in Phasen akuter Hilfsbedürftigkeit vonnöten ist. Sie muss – verglichen mit dem derzeitigen Zustand – früher einsetzen und kontinuierlich begleiten, ohne zu bevormunden (vgl. Rosenbrock, 1998, S. 123).²⁶
- Bezogen auf den Bereich der häuslichen – und hier vor allem: familialen – Pflege muss die Bereitschaft der primären Netzwerke zur Verteilung der Pflegelast auf mehrere Schultern gefördert werden. Dies gilt insbesondere für das – weithin unterschätzte – Pflegeengagement der Männer. Höpflinger (2000, S. 17) formuliert es eindringlich: „Die Solidarität zwischen den Generationen wird sich (...) nicht zuletzt daran entscheiden, ob zukünftig auch Männer bereit sind, einen Teil des 'Daseins für Alte' mitzutragen“. Es gilt aber auch bezüglich der jüngeren Personen und der (Vollzeit-)erwerbstätigen (vgl. Zeman, in diesem Band). Allerdings werden hier fundamentale arbeitsmarkt- und sozialpolitische Rahmenbedingungen herausgefordert. „Ein optimaler Pflegemix lässt sich (...) erst dann erreichen, wenn auch die Arbeitsbedingungen der erwerbstätigen Pflegepersonen flexibilisiert werden“ (BMFSFJ, 2002, S. 243).
- Für die Verteilung der Pflegelast in einem besseren Unterstützungsmix sind die Zugänge zu entsprechenden Beratungs- und Unterstützungsinstanzen – im Kontext von deren institutioneller Ansiedlung und ihrer Aufgabenbeschreibung – von entscheidender Bedeutung.

²⁵ Einige der Aspekte folgen Rosenbrock(1998).

²⁶ Diese Überlegungen konvergieren im Feld sozialer Arbeit mit Vorstellungen lebensweltorientierter Altenarbeit, vgl. z.B. Otto & Bauer (2004).

- Ebensoviele hängt ab von der künftigen Entwicklung pflegekultureller Orientierungen mit Blick auf unterschiedliche Modelle der Verantwortungsteilung und Zuständigkeiten. Keith (1995) identifizierte beispielsweise die drei Modi „primary caregiver“, b) „partnership“ und c) „team“, wichtige Forschungsergebnisse sprechen auch für eine Aufteilung der Pflegeaufgaben nach dem Prinzip der Funktionsaufteilung (vgl. fast schon klassisch Dobrof & Litwak, 1977; Lebowitz, 1978; Litwak, 1985). Es sollten in diesem Horizont nicht nur die verbindlichen, intensiven und HauptunterstützerInnen beachtet werden, sondern auch all jene Netzwerkpersonen, die Beiträge unterhalb dieser Schwelle einbringen können. Für alle gilt als Leitorientierung, dass sich „entsprechende pflegekulturelle Orientierungen (...) nur dann halten oder neu bilden können, wenn die sozialen und ökonomischen Kosten der informellen Pflegetätigkeit begrenzt“ (BMFSFJ, 2002, S. 243) bleiben.
- Wenn dabei einerseits die Potenziale der familiären Netzwerke in einigen Bereichen nicht zur Verfügung stehen oder erschöpft sind, andererseits mit Bezug auf die verbindlicheren Aufgaben Freunde und Nachbarn nur vergleichsweise begrenzte Unterstützungsbeiträge liefern können, kommt sowohl Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen als auch der deutlich intensivierten Kultivierung bürgerschaftlichen Engagements besondere Bedeutung zu.
- Die Potenziale systematischen Unterstützungsmanagements gerade in Bezug auf die Verschränkung der unterschiedlichen – auch informellen – Hilfeinstanzen im Horizont des Wunsches, in der Häuslichkeit weiterleben zu können, sind dabei in Deutschland noch längst nicht ausgeschöpft. Dies verweist zentral sowohl auf die einzelfallbezogene („case-management“, vgl. z.B. Wissert, 2001) wie träger- und gebietsübergreifende Vernetzung sozialer Dienste und die dies basal abstützende Koordination der verschiedenen Arten von Leistungserbringern im Horizont des „Wohlfahrtsmix“.²⁷
- Bezogen auf den Bereich des Lebens in Sonderwohnformen sind viel stärker als heute Koproduktions- und Ko-betreuungsformen zwischen den professionellen und den Netzwerkpersonen zu ermöglichen. Dies bedarf einer breiten Palette von Umorientierungen – von gründlichen konzeptionellen Veränderungen (hin zum durch alle Professionen getragenen Leitbild einer „einladenden Kultur“) über eine systematische Öffnung zum Sozialraum bis hin zu einer entsprechenden Einbindung von qualifiziertem (Sozialdienst-)Personal usw. Die „Gestaltungschancen des Zwischenraums von privater Häuslichkeit und vollstationärer Pflege“ (Schmidt, 2000) sind dabei in Deutschland nur in Ansätzen wahrgenommen.
- Für die gesellschaftliche und individuelle Bewältigung aller Formen der Pflegebedürftigkeit geht es keineswegs nur um *mehr* oder *mehr bezahlte professionelle* Dienste. Hier liegt die zentrale Herausforderung in einer besser balancierten und bedarfsgerechteren Vernetzung der informellen sozialen Netzwerke mit professionell-formellen Netzwerken – „von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements“, so ein Aufsatztitel von Evers & Olk (1996) schon vor vielen Jahren. Ohne geeignete sozialpolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen kann dies nicht gelingen – umgekehrt zeigt z.B. die Empirie der Veränderungen im Ge-

²⁷ Vgl. das von Eloniemi-Sulkava et al. (2004) beschriebene Modell der Familienpflegekoordinatoren für Demenzzranke, deren Intervention speziell auf solche Patienten abzielen soll, bei denen die Kontinuität der Gemeindepflege problematisch ist.

folge der Pflegeversicherung, wie deutlich „Umsteuerungen“ individuellen Verhaltens unter geeigneten Bedingungen *möglich* sind (vgl. BMFSFJ, 2002, 243). Im internationalen Kontext kann inzwischen aus vielfältigen Ansätzen gelernt werden, die community care-Debatte hat hier besonderen Stellenwert. „What is required (...) is an expansion of long-term care support, in the community, to enable care to be shared between the family and the formal sector. The most effective form of support is likely to be multi-skilled community workers, who are capable of both basic nursing and social care tasks, thereby overcoming the common barrier between health and social care“ (Walker, 1999, S. 395). Bewältigen lässt sich künftig die gesellschaftliche Unterstützungsherausforderung nur, wenn diese Fachkräfte ebenso wie alle weiteren Beteiligten darauf eingeschworen werden, an ebenso flexiblen wie dauerhaft tragbaren Maßanzügen der Hilfe und Unterstützung mitzuwirken. Und wenn eine integrative Perspektive an Einfluss gewinnt, wie sie gegenwärtig z.B. unter dem Label „integrated health and social care“ (als internationaler Überblick: Leichsenring & Alaszewski, 2004; für Deutschland: Roth & Reichert, 2004) entwickelt wird.

- Flankierend dazu braucht es Politikansätze, die pfleglich und fördernd mit den individuellen und gesellschaftlichen caring-Ressourcen umgehen: Werden die heute vorfindlichen „welfare regimes“ unter dem geschlechter- wie generationensensiblen Fokus – als „caring regimes“ (Sainsbury, 1994) analysiert, zeigen sich ebenso die diesbezüglichen Blindstellen wie Ungleichheiten schnell. Altenpolitik müsste sich – ihre zu engen Ressortgrenzen überwindend – ebenso zu einer „Generationenpolitik“ (Lüscher & Liegle, 2003, S. 201ff.) bzw. „generationally aware public policy“ (Walker, 2002, S. 302) entwickeln wie die Familienpolitik, die sich viel offener im Horizont einer Netzwerkpolitik zu verorten hätte. Damit sind nicht weitere Überformungen bislang unversehrter lebensweltlicher Räume gemeint, sondern eine dynamische Ausbuchstabierung der Welfare mix- und Solidaritätsmix-Perspektive (vgl. Blüher, 2003, S. 114) im Wissen um die lebensweltlichen Strukturierungen durch Generationen, Geschlechter und den Lebenslauf.
- In soziokultureller und normativer Hinsicht könnte dabei – um der Nachhaltigkeit der Ressourcen- und Netzwerkschonung und der Qualität der Unterstützung sowie der Lebensqualität aller Beteiligten willen – der „sich abzeichnende Wandel weg von traditionellen familialen Solidaritätsnormen hin zu rationalem Kalkül die wünschenswerte Konsequenz haben, dass die für beide Seiten belastenden Überforderungssituationen verhindert werden und eine dem tatsächlichen Bedarf angemessene Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen gewährleistet“ (Deutscher Bundestag, 2002, S. 240) wird.

Literatur

- Attias-Donfut, C. (2001). The Dynamics of Elderly Support. *ZGerontolGeriat*, 34, 9-15.
- Attias-Donfut, C. & Wolff, F. C. (2000). Complementary between private and public transfers. In S. Arber & C. Attias-Donfut (eds.), *The Myth of Generational Conflict: The Family and the State in Ageing Societies* (pp. 47-68). London: Routledge
- Bender, D. (1993). *Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Angehörigen in Mehrgenerationenfamilien*, unv. Ms., Deutsches Jugendinstitut. München.
- Bender, D. (1994). Betreuung von hilfs- und pflegebedürftigen Angehörigen in Mehrgenerationenfamilien. Geleistete Hilfen innerhalb der Familie und zwischen den Generationen unter Berücksichtigung der wahrgenommenen Belastung der Helfenden. In W. Bien (Hrsg.), *Eigeninteresse und Solidarität* (S. 223- 248). Opladen: Leske + Budrich.
- Blinkert, B. & Klie, T. (o.J.). *Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität*. Internet unter www.sozioogie.uni-freiburg.de/blinkert/publikationen/pflegemilieu.htm (08.03.2004).
- Blinkert, B. & Klie, T. (1999). Pflege im sozialen Wandel. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2001). Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Berlin, Freiburg.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2002). *Die Verankerung von Solidarität in der Sozialstruktur. Eine empirische Untersuchung über milieuspezifische Pflegebereitschaften und bürgerschaftliches Engagement*. Freiburg: unv. Forschungsbericht.
- Blüher, S. (2003). Wie langlebig ist die Solidarität? Generationsbeziehungen in den späten Lebensjahren. *ZGerontolGeriat*, 36, 110-114.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS). (1994). *Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland – Zukunft des Humanvermögens. Fünfter Familienbericht*. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1998). *Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter - Bericht der Sachverständigenkommission*. Bonn, BT-Drs. 13/9750.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft*. Berlin: BT-Drs. 14/5130.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: BT-Drs. 14/8822.
- Bracker, M., Dallinger, U., Karden, G. & Tegethoff, U. (1988). *Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen*. Wiesbaden: o.V.
- Brandenburg, H. & Zimprich, D. (1995). Lebenssituationen im Alter und Nutzung der sozialen Dienste – ein empirischer Beitrag aus der Studie: Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter. *Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie*, 8 (4), 237-246.
- Brody, E. M., Litvin, S. J., Hoffmann, C. & Kleban, M. H. (1995). Marital Status of Caregiving Daughters and Co-Residence with dependent Parents. *Gerontologist*, 35 (1), 75-85.
- Brög, W., Häberle, G. F., Mettler-Meibom, B. & Schellhaas, U. (1980). *Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Chapell, N. & Blandford, A. (1991). Informal and formal Care: exploring the Complementary. *Aging and Society*, 11, 299-317.
- Cohler, B. J. & Grunebaum, H. U. (1981). *Mothers, Grandmothers and Daughters. Personality and childcare in three-generation families*. New York: Wiley.
- Daatland, S. O. (1997). Welfare policies for older people in transition: Emerging trends and comparative perspectives. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6, 153-161.
- Daatland, S. O. (2001). Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives. *ZGerontolGeriat*, 34, 16-20.
- Dallinger, U. (1997). Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege* (Schriftenreihe, Band 106/1) (S. 111-154). Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Dautzenberg, M. G. H., Diederiks, J. P. M., Philipsen, H., Stevens, F. C. J., Tan, F. E. S. & Vermooij-Dassen, M. J. F. J. (2000). The Competing Demands of paid Work and parent Care. *Research on Aging*, 22, 165-187.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2002). Schlussbericht der *Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik* (BT-Drs. 14/8800). Bonn.
- Dinkel, R. H., Hartmann, K. & Lebok, U. (1997). Langfristige Veränderungen in der Verfügbarkeit häuslicher Unterstützungspotentiale aufgrund familiärer Strukturverschiebungen – eine Modellrechnung. *Gesundheitswesen*, 59 (4), 1-54.
- Dobrof, R. & Litwak, E. (1977). *Maintenance of family ties of long term care Patients: Theory and Guide to practice*. US Government Printing Office. Washington DC.
- Eloniemi-Sulkava, U. et al. (2004). Supportive Community Living in Demented Patients and their Caregivers: A Randomized Trial. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17 (1), 31-40.
- Engstler, H./Menning, S. (2003). Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographische Entwicklung in Deutschland. Studie im Auftrag des BMFSFJ in Zusammenarbeit mit dem statistischen Bundesamt. Erweiterte Neuauflage. Internetpublikation: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24184-Gesamtbericht-Familie-im-Spieg.property=pdf.pdf (20.07.2004).
- Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1993). *Familiale Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der EU.

- Evers, A. & Olk, T. (1996). Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen. In A. Evers & T. Olk (Hrsg.), *Wohlfahrtspluralismus* (S. 347-372). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Expertenkommission (2001). *Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Daten und Fakten*. Materialband. Bonn.
- Fachinger, U. (2001). *Einkommensverwendung im Alter*. Expertise für die Sachverständigenkommission 5. Altenbericht der Bundesregierung. Bremen: Universität. Internet unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/einkommensverwendung-im-alter.property=pdf.pdf> (20.9.2004).
- Fuchs, J. (1998). Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. *Das Gesundheitswesen*, 60 (7), 392-398.
- Fuchs, J. (1999). *Wege zur Pflege. Determinanten der Pflegebereitschaft von informellen Helferinnen und Helfern*. Berlin: Dissertation an der FU Berlin.
- Gilberg, R. (2000). *Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen*. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Studien und Berichte, Band 68. Berlin: MPI.
- Görres, S. (1993). Familienpflege und Angehörigenkarrieren. Entwicklung eines Forschungsparadigmas zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26 (5), 378-385.
- Gräßel, E. (1998). *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter* (Deutsche Hochschulschriften 1134). Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen.
- Gräßel, E. & Leutbecher, M. (Hrsg.). (1993). *Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. Ebersberg: Vless.
- Halsig, N. (1995). Hauptpflegepersonen in der Familie. Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. *Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie*, 8 (4), 247-262.
- Halsig, N. (1998). Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: A. Kruse, M. Bullinger, H. P. Rosemeier & B. Strauß (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*. Band 2: *Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, (16. Aufl.) (S. 211-231). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Haupt, M. (1999). Demenz: Angehörigenbetreuung durch den Hausarzt ist essentiell. *Journal für Altersmedizin. Geriatrie Praxis*, 11 (Februar), 28-33.
- Hoefer, K. (1995). *Gewalt in der häuslichen Pflege – Pflegenden Angehörige zwischen Aufopferung und Aggression*. Hannover: Gesellschaft der Freunde und Förderer der Evang. FHS.
- Höpflinger, F. (2000). *Aspekte demographischer Alterung – Messung und gesellschaftliche Folgen*. Internetpublikation unter www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fh/top/fh/alter1E.html (13.04.2004).
- Holmes, D., Terese, J., Holmes, M., Bergman, S., King, Y & Bentur, N. (1989). Informal versus formal supports for impaired elderly people: Determinants of choice on Israeli Kibbutzim. *The Gerontologist*, 29, 195-202.
- Jansen, B. 1999. Informelle Pflege durch Angehörige. In B. Jansen, F. Karl, H. Radebold & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis* (S. 604-628). Weinheim, Basel: Beltz.
- Keith, C. (1995). Family caregiving systems. Models, resources and values. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 179-189.
- Klie, T. (2001). Pflegekulturelle Orientierungen im Wandel – Perspektiven für die Angehörigen. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 52 (3), 90-96.
- Kohli, M. (2000). *Soziologische Theoriebildung und empirische Altersforschung. Beitrag zum Symposium anlässlich des 75. Geburtstages von Leopold Rosenmayr*. Internetpublikation: www.fall-berlin.de/kohli/pub/lit/rosenmayr-symp.pdf (30.11.2003).
- Kohli, M. & Künemund, H. (2001). Geben und Nehmen. Die Älteren im Generationenverhältnis. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4, 513-528.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel, A. & Szydlik, M. (1999). Familiäre Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat: Die Bedeutung privater intergenerationeller Hilfeleistungen und Transfers. *WSI-Mitteilungen*, 52, 20-25.
- Koppelin, F. (2000). Soziale Ungleichheit, soziale Unterstützung und die Bewältigung chronischen Pflegestresses von Frauen in der häuslichen Pflege. In U. Helmert, K. Bammann, W. Voges & R. Müller (Hrsg.), *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland* (S. 201-222). Weinheim, München: Juventa.
- Künemund, H. (2000). Pfl egetätigkeiten in der zweiten Lebenshälfte – Verbreitung und Perspektiven. In W. Clemens & G. M. Backes (Hrsg.), *Lebenslagen im Alter*. Opladen: Juventa.
- Lamprecht, P. & Bracker, M. (Hrsg.). (1992). *Die Pflegebereitschaft von Männern. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben*. Kassel: Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie.
- Lauterbach, W. (1998). Die Multilokalität später Familienphasen. *Zeitschrift für Soziologie*, 27 (2), 113-132.
- Lauterbach, W. & Pillemer, K. (1997). *Familien in späten Lebensphasen: Zerrissene Familienbande durch räumliche Trennung?* Arbeitspapiere Nr. 23 der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Konstanz, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“ (Dezember 1996). Konstanz: Universitätsbibliothek. Internet unter: <http://www.ub.uni-konstanz.de/kops/volltexte/2000/388/> (30.09.2004)
- Lebowitz, B. (1978). Old age and family functioning. *Journal of Gerontological Social Work*, 1, 111-118.
- Leichsenring, K. & Alaszewski, A. M. (eds.). (2004). *Providing integrated health and social care for older persons. A European Overview of Issues at Stake* (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna). Aldershot: Ashgate. Kurzübersicht im Internet unter: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/procar e-providingeuropa-01.pdf>.
- Lesemann, F. & Martin, C. (Hrsg.). (1993). *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons Internationales*. Paris: Documentation Française.
- Linden, M., Gilberg, R., Horgas, A. L. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 475-495). Berlin: Akademie Verlag.
- Lingsom, S. (1997). *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. NOVA, Oslo, report 6.

- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: The Guilford Press.
- Lowenstein, A. (1999). Intergenerational family relations and social support. *ZGerontol/Geriat*, 32, 398-406.
- Lüscher, K. & Liegle, L. (2003). *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft*. Konstanz: UTB.
- Lutzky, S. M. & Knight, B. G. (1994). Explaining Gender Differences in Caregiver Distress: The Roles of Emotional Attentiveness and Coping Styles. *Psychology and Aging*, 9 (4), 513-519.
- Mager, H.-C. (1999). Pflegebedürftigkeit: Dimensionen und Determinanten. In R. Eisen & H.-C. Mager (Hrsg.), *Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern* (S. 29-78). Opladen: Leske + Budrich.
- Marbach, J. H. (2001). Aktionsraum und soziales Netzwerk: Reichweite und Ressourcen der Lebensführung im Alter. *ZGerontol/Geriat*, 34, 319-326.
- Mayer, K. U. (1994). Bildung und Arbeit in einer alternden Bevölkerung. In P. B. Baltes, J. Mittelstraß & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie* (S. 518-543). Berlin.
- McCaslin, R. (1988). Refraining research on service use among the elderly: An analysis of recent findings. *The Gerontologist*, 28, 592-599.
- Motel, A. (2000). Einkommen und Vermögen. In M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (S. 41-101). Opladen: Leske + Budrich.
- Naegele, G. & Reichert, M. (1998). *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven*, Band 1. Hannover: Vincentz.
- Neubauer, G. & Gatterer, G. (2003). Pflegende Angehörige in stationären Einrichtungen. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch* (S. 95-119). Berlin u.a.: Springer.
- Olbrich, E. et al (1994). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Otto, U. (2003). *Der Stellenwert von Reziprozität. Anmerkungen zu Austauschrechnungen in zwischenmenschlicher Hilfe* (Publikation in Vorbereitung, vorab als Internetpublikation unter <http://w210.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2003/689/>).
- Otto, U. (2004). Vom Hilfegeben und Hilfenehmen, oder: unter welchen Bedingungen und in welcher Qualität kommt aktive Unterstützung in sozialen Netzen zustande? (Publikation in Vorbereitung, vorab als Internetpublikation 2002 unter <http://w210.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2002/585/>).
- Otto, U. & Bauer, P. (2004). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit Älteren. In H. Thiersch & Grunwald, K. (Hrsg.), *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit* (S. 195-212). Weinheim, München: Juventa.
- Pöhlmann, K. & Hofer, J. (1997). Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegeperson und professionelle Hilfsdienste. *ZGerontol/Geriat*, 30, 381-388.
- Rosenbrock, R. (1998). Gemeindenahe Pflege aus der Sicht von Public Health. *Pflege*, 11, 120-128.
- Roth, G. & Reichert, M. (2004). Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Germany. In K. Leichsenring & A. M. Alaszewski (eds.), *Providing integrated health and social care for older persons. A European Overview of Issues at Stake* (S. 269-328). Aldershot: Ashgate.
- Rückert, W. (1999). Demografie. In B. Jansen et al. (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis* (S. 142-154). Weinheim, Basel: Beltz.
- Sainsbury, D. (1994). *Gendering Welfare States*. London: Sage.
- Scherger, S., Brauer, K. & Künemund, H. (2004). Partizipation und Engagement älterer Menschen – Elemente der Lebensführung im Stadt-Land-Vergleich. In G. M. Backes, W. Clemens & H. Künemund (Hrsg.), *Lebensformen und Lebensführung im Alter*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmähl, W. & Rothgang, H. (2001). *Kommentar zum Gutachten von Blinkert & Klie zur zukünftigen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen* (16. Januar 2001).
- Schmidt, R. (2000). Wohnen mit Dienstleistungsoption. Expertise zu Gestaltungschancen des Zwischenraums von privater Häuslichkeit und vollstationärer Pflege (DZA-Diskussionspapiere Nr. 31). Berlin: DZA. Internet unter www.berlin.de/SenGesSozV/Soziales/doku/anlage1.pdf (30.09.04)
- Schneekloth, U. (1997). Pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe. *ZGerontol/Geriat*, 30, 163-172.
- Schneekloth, U. & Leven, I. (2003). Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002 (Schnellbericht im Auftrag des BMFSFJ). München: Infratest Sozialforschung. Internet unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-privathaushalten.property=pdf.pdf (21.07.2004)
- Schneekloth, U. & Müller, U. (Hrsg.). (2000). *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Forschungsprojekt im Auftrag des BMG, durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München, und Infratest Burke Sozialforschung, München (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127). Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, U. & Potthoff, P. (1993). *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des BMFuS*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Schneekloth, U. et al. (1996). *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten* (Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 111.2). Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Schneider, T., Drobic, S. & Blossfeld, H.-P. (2001). Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. *Zeitschrift für Soziologie*, 30, 362-383.
- Schütze, Y. (1995). Ethische Aspekte von Familien- und Generationenbeziehungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8 (1/2), 31-38.
- Schulze, E. & Drewes, J. (2004). Die gesundheitliche Situation von Pflegenden in der Bundesrepublik Deutschland. *Materialien zur Bevölkerungswissenschaft*, H. 102d. Wiesbaden.
- Schupp, J. & Künemund, H. (2004). Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. *DIW-Wochenbericht* 20/04.
- Snider, E. L. (1980). Awareness and use of health services by the elderly: A Canadian Study. *Medical Care*, 18, 1177-1182.
- Statistisches Bundesamt (1999). *Pflegestatistik*.
- Stiefel, M.-L. (1983). *Hilfebedürftigkeit und Hilfebedarf älterer Menschen im Privathaushalt*. Berlin: DZA.

- Steiner-Hummel, I. (1997). Bürgerschaftliches Engagement und die Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. In U. Braun & R. Schmidt (Hrsg.), *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur* (S. 113-132). Regensburg: Transfer.
- Stoller, E. P. (1990). Males as helpers: The Role of Sons, Relatives and Friends. *The Gerontologist*, 30, 228-235.
- Stoller, E. P. & Cutler, S. J. (1992). The impact of gender on configurations of care among married elderly couples. *Research on Aging*, 14, 313-330.
- Stone, R., Cafferata, G. L. & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27, 216-226.
- Tesch-Römer, C. (2001). Intergenerational solidarity and caregiving. *ZGerontolGeriat*, 34, 28-33.
- Wagner, M. & Motel, A. (1998). Income Dynamics in old Age in Germany. In L. Leisering & R. Walker (eds.), *The Dynamics of modern Society. Policy, Poverty and Welfare* (pp. 125-142). London: The Policy Press.
- Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K.-U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 301-319). Berlin: Akademie Verlag.
- Wagner, M. & Wolf, C. (2001). Altern, Familie und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4, 529-554.
- Wahl, H.-W. & Kruse, A. (1999). Aufgaben, Belastungen und Grenzsituationen im Alter. Gesamtdiskussion. *ZGerontolGeriat*, 32, 456-472.
- Walker, A. (1999). Ageing in Europe – challenges and consequences. *ZGerontolGeriat*, 32, 390-397.
- Walker, A. (2002). The politics of intergenerational relations. *ZGerontolGeriat*, 35, 297-303.
- Wand, E. (1986). *Ältere Töchter alter Eltern. Zur Situation von Töchtern im 6. und 7. Lebensjahrzehnt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weyerer, S. & Schäufele, M. (2004). Die Versorgung dementer Patienten in Deutschland aus epidemiologischer Sicht. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17 (1), 41-50.
- Wissert, M. (2001). *Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen*. Aachen: Karin Fischer.
- Wolinsky, F. & Arnold, C. (1988). A differential perspective on health and health service utilization. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (eds.: G. Maddox & M. P. Lawton), 8, 71-101.