GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

„Dadurch, dass wir Mädchen sind, war die Erwartung von allen viel größer.“ Geschlechtsspezifische Besonderheiten der informellen Pflege

Brügger, Sarah; Perler, Laura; Jaquier, Adrienne; Sottas, Beat

2015

https://doi.org/10.25595/2653

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Brügger, Sarah; Perler, Laura; Jaquier, Adrienne; Sottas, Beat: *„Dadurch, dass wir Mädchen sind, war die Erwartung von allen viel größer.“ Geschlechtsspezifische Besonderheiten der informellen Pflege*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 7 (2015) Nr: 2, 113–129. DOI: https://doi.org/10.25595/2653.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/gender.v7i2.19316

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Sarah Brügger, Laura Perler, Adrienne Jaquier, Beat Sottas

„Dadurch, dass wir Mädchen sind, war die Erwartung von allen viel größer." Geschlechtsspezifische Besonderheiten der informellen Pflege

Zusammenfassung

Die informelle Pflege und Betreuung von Menschen am Lebensende ist ein Bereich, der auf vielfältige Weise geprägt ist von geschlechtsspezifischen Vorstellungen, Zuschreibungen und Normen. Der vorliegende Beitrag geht auf der Grundlage einer aktuellen Studie zu den Erfahrungen, Bedürfnissen, Sorgen und Ressourcen pflegender Angehöriger der Frage nach, inwiefern geschlechtsspezifische Zuschreibungen die Erfahrungen pflegender Frauen und Männer beeinflussen. Dabei wird deutlich, dass pflegende Männer gemäß der bis heute dominierenden klassischen Rollenverteilung zwar seltener sind, gleichzeitig aber auch mehr Anerkennung und Unterstützung erhalten – nicht zuletzt von den Fachpersonen des Gesundheitswesens. Während in ihren Narrativen die Übernahme der als weiblich konnotierten pflegerischen Handlungen viel stärker thematisiert wird als bei den Frauen, betonen diese vielmehr die „Natürlichkeit" ihrer Tätigkeit, stehen damit aber auch unter einem viel größeren Druck. Die informelle Pflege am Lebensende ist für die Pflegenden – Männer wie Frauen – mit hohen Belastungen verbunden. Weil diese Belastungen aber unterschiedlich erlebt werden, ist ein Bewusstsein für die machtvollen Zuschreibungen und Geschlechterbilder, die sich in Normen und Handlungen perpetuieren, unabdingbar für eine gendergerechte Politik und Praxis.

Schlüsselwörter
Care, pflegende Angehörige, Lebensende, Rollenverteilung, Geschlechterzuschreibungen

Summary

"Because we are girls, everybody had much higher expectations." Gender aspects of informal care at the end of life

Informal care at the end of life is in many ways shaped by gender-specific concepts, ascriptions and norms. On the basis of a recent study into the experiences, needs, concerns and resources of informal caregivers, the article addresses the question of how gender ascriptions influence the experiences of male and female informal caregivers providing care at the end of a person's life. On the one hand, given the still dominant traditional division of labour between men and women, only few men provide informal care at home. On the other hand, men who care for relatives get more recognition and support than female caregivers – not least from health care professionals. While in the narratives of male informal caregivers the taking over of nursing tasks which are typically seen as feminine is an important subject, female informal caregivers tend to emphasize the "naturalness" of their activities, leading them to experience much more (internal and external) pressure than men do. Informal care entails high levels of stress for both male and female caregivers. Because this stress is experienced differently according to gender, awareness of the powerful gender ascriptions which are perpetuated in norms and actions is essential when it comes to gender-sensitive policy and practice.

Keywords
care, informal caregiver, end of life, division of labour, gender ascriptions

1 Die Bedeutung der Angehörigenpflege

Die Menschen werden immer älter und immer öfter leiden sie in ihren letzten Lebensjahren unter mehreren chronischen Krankheiten, oft mit schweren Verläufen. Die letzte Lebensphase wird deshalb immer häufiger von einer längeren Phase der Pflegebedürftigkeit begleitet. Aufgrund der politischen Devise „ambulant vor stationär" verlagert sich gleichzeitig die Pflege und Betreuung zunehmend in den häuslichen Bereich (Exley/Allen 2007). Dies entspricht dem Wunsch der meisten Menschen, die auch im Alter und mit gesundheitlichen Einschränkungen möglichst lange in ihrem vertrauten Umfeld und im Kreise von nahestehenden Menschen verbleiben wollen (GfK Custom Research 2010). Gefordert sind hauptsächlich die Angehörigen, die einen großen Teil der Pflege und Betreuung im häuslichen Umfeld übernehmen und so der erkrankten Person den Verbleib im eigenen Heim ermöglichen (Perrig-Chiello/Höpflinger/Schnegg 2010). Wo das familiäre oder informelle Netz nicht oder nur beschränkt zur Verfügung steht, ist ein Lebensende in den eigenen vier Wänden hingegen nur schwierig zu realisieren. Dies ist umso mehr der Fall, da auch die Gesundheitspolitik in zunehmendem Maße mit den Leistungen der Angehörigen rechnet. So wird in Strategiepapieren immer wieder von einer stärkeren Einbindung der Angehörigen gesprochen (z. B. Bayerischer Bezirketag 2013; Schweizerische Eidgenossenschaft 2014).

Für viele ist es eine Selbstverständlichkeit, einer nahestehenden Person den Wunsch nach einem Lebensende zu Hause zu erfüllen. Familienmitglieder, Bekannte und FreundInnen engagieren sich oft über längere Zeit und in unterschiedlichster Weise, um einer schwerkranken Person den Verbleib im vertrauten Daheim zu ermöglichen. Die Begleitung und Betreuung einer nahestehenden Person bis zu ihrem Tod ist jedoch – obwohl häufig auch bereichernd und lohnenswert – äußerst anspruchsvoll. Nicht selten geraten die Pflegenden an die Grenzen ihrer Belastbarkeit und gefährden dadurch die eigene Gesundheit (Perrig-Chiello/Höpflinger 2012: 128). Daraus ergibt sich auch ein erhöhtes Risiko für häusliche Gewalt, denn „die Anwendung von Gewalt gegen alte Menschen [ist] vor allem eine Folge von Überforderung in Pflegesituationen" (Hörl/Schimany 2004: 201).

Den Anforderungen und Belastungen, denen Angehörige, die eine nahestehende Person am Lebensende zu Hause pflegen, ausgesetzt sind, widmet sich ein Forschungsprojekt, das im Rahmen des nationalen Forschungsprogramms „Lebensende" des Schweizerischen Nationalfonds durchgeführt wird. In narrativen Interviews und Fokusgruppen wurden in den deutsch- und französischsprachigen Regionen der Kantone Freiburg und Wallis pflegende Angehörige, die eine Person am Lebensende zu Hause betreuen bzw. betreut haben, zu ihren Erfahrungen, Bedürfnissen, Sorgen und Ressourcen befragt. Das Interesse galt insbesondere der Frage, was aus Sicht der Angehörigen besondere Schwierigkeiten und kritische Situationen sind und wie sie damit umgehen. Die Interviews und Fokusgruppen wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und gemäß der *constant comparative method* (Glaser/Strauss 1967) ausgewertet.

Die Analyse der erhobenen Daten zeigt, dass die Pflege und Betreuung am Lebensende ein Bereich ist, der auf vielfältige Weise geprägt ist von geschlechtsspezifischen Vorstellungen und Normen. Wie pflegende Männer und Frauen ihre Pflegetätigkeit erle-

ben, hängt zu einem großen Teil von diesen geschlechtsspezifischen Zuschreibungen ab, die auf unterschiedliche Weise auf das Denken und Handeln der Pflegenden und deren Umfeld einwirken.

2 Wer sind die pflegenden Angehörigen?

Pflegende Angehörige sind Familienmitglieder, aber auch FreundInnen, NachbarInnen oder andere Personen aus dem persönlichen Umfeld, die ihre Zeit zur Verfügung stellen, um einer nahestehenden Person zu helfen, die in ihrer Gesundheit und Autonomie eingeschränkt ist. Sie pflegen nicht nur, sie helfen auch mit bei den verschiedenen Arbeiten des täglichen Lebens, bei administrativen Angelegenheiten und noch bei vielem mehr. Damit leisten sie einen entscheidenden Beitrag, damit pflegebedürftige Personen so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung verbleiben können.

2.1 Angehörigenpflege als Domäne der Frau

Die Pflege von Angehörigen ist bis heute größtenteils Frauensache. Von den 25 Angehörigen, die im Rahmen dieser Studie befragt wurden, sind 20 Frauen und 5 Männer. Bei den meisten Studien zu pflegenden Angehörigen ist das Geschlechterverhältnis ähnlich. So ist etwa in der SwissAgeCare-Studie die Rede davon, dass zwei Drittel der pflegenden Angehörigen Frauen und ein Drittel Männer sind (Perrig-Chiello/Höpflinger/Schnegg 2010: 23). Ähnliche Zahlen sind u. a. auch aus Großbritannien (Hirst 2005), Australien (Australian Bureau of Statistics 2003) und Deutschland (Becker-Schmidt 2011: 16) bekannt.

Dass Frauen häufiger pflegen, hat einerseits demografische Gründe. Weil Frauen im Durchschnitt länger leben und gleichzeitig häufig ältere Männer heiraten, ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Ehefrau im Alter ihren Ehemann pflegt, größer als der umgekehrte Fall. Andererseits pflegen Frauen aber nicht nur ihre Ehemänner, sondern auch Eltern, Schwiegereltern oder Geschwister. Männer hingegen werden meist nur „pflegende Angehörige“, wenn die Ehefrau erkrankt (vgl. Langehennig 2012: 5). Dies zeigt sich auch in unseren Daten. Während alle von uns befragten Männer ihre Ehefrauen pfleg(t)en, sind die Pflegesituationen der Frauen heterogener.

Es sind zum einen strukturelle Zwänge, die hier wirken. So führen geschlechtsspezifische Arbeitsmarktdisparitäten dazu, dass es eher die Frauen sind, die ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder reduzieren, um ein Familienmitglied zu Hause zu pflegen. Zum anderen üben aber auch kulturell verankerte Geschlechterbilder Einfluss aus. Eine Basis dafür bildet die historisch gewachsene Dichotomie zwischen Öffentlichkeit und Privatheit sowie die damit einhergehende Zuordnung der Frau in den privaten Bereich, die mit der Industrialisierung begann. Weil „Hausarbeit und Zuwendung […] Tätigkeiten [sind], die der Sphäre der Reproduktion, der Familie und der Frau […] zugeordnet sind“ (Arnold 2008: 75), werden Frauen als die „natürlichen“ Akteurinnen des privaten Raums wahrgenommen. Auch sind pflegerische Tätigkeiten wie Essen verabreichen oder Körperpflege, da mit Zuwendung und Emotionalität verbunden, weiblich konno-

tiert (Arnold 2006: 160). Die informelle Pflege für ein schwerkrankes Familienmitglied ist quasi die Extension der Mutterrolle.

Wie im Folgenden aufgezeigt wird, beeinflussen diese geschlechtsspezifischen Zuschreibungen nicht nur die Arbeitsverteilung zwischen den Geschlechtern, sondern auch, wie die Pflege eines kranken Familienmitglieds von pflegenden Frauen und Männern erlebt wird.

2.2 Auch Männer pflegen

Obwohl die Mehrheit der pflegenden Angehörigen Frauen sind, darf nicht vergessen werden, dass auch Männer pflegen. Ihre Anzahl nimmt im deutschsprachigen Raum seit einigen Jahren kontinuierlich zu. Langehennig spricht davon, dass über ein Drittel der Hauptpflegepersonen inzwischen Männer sind, dieser Anteil werde aber meist unterschätzt (Langehennig 2012: 5). Haushaltsbefragungen zeigen aber auch, dass Männer, wenn sie pflegen, im Durchschnitt weniger Stunden für die Pflege und Betreuung einsetzen (müssen) als pflegende Frauen (Carmichael/Charles 2003: 788f.; Mager/Eisen 2002: 15). Wie bereits erwähnt, pflegen Männer ihre Ehefrauen und Partnerinnen, kommen bei anderen Familienmitgliedern bislang aber nur selten zum Einsatz. Seit einiger Zeit wird zwar beobachtet, dass auch Söhne immer häufiger in die Pflege der Eltern involviert sind, insgesamt handelt es sich dabei aber noch um ein Randphänomen (Schneekloth 2005; Langehennig 2012: 5). Die Dominanz der Partnerinnenpflege gegenüber anderen Pflegebeziehungen (z. B. Elternpflege) hat zur Folge, dass Männer meist erst in einer späteren Lebensphase zu pflegenden Angehörigen werden. Während viele Frauen bereits in den mittleren Lebensjahren Angehörige pflegen, sind pflegende Männer nicht selten über 80 Jahre alt (Langehennig 2012: 5). Das Problem der fehlenden Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege stellt sich bei ihnen somit in viel geringerem Maße als bei Frauen. Wenn aber davon ausgegangen wird, dass es in modernen Gesellschaften zu einer Neuorientierung in den Geschlechterverhältnissen kommt und Lasten sowie Ressourcen in den Familien neu verteilt werden, so ist anzunehmen, dass der Anteil pflegender Männer in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Angesichts des großen Pflegebedarfs und der wachsenden Erwerbstätigkeit der Frauen werden daher auch jüngere Männer immer öfter gefordert sein, einen Beitrag für die Pflege und Betreuung kranker Familienmitglieder zu leisten.

3 Belastungen und Bewältigungsstrategien pflegender Frauen und Männer

Die informelle Pflege einer nahestehenden Person am Lebensende ist äußerst anspruchsvoll und für die Pflegenden mit hohen Belastungen verbunden. Diese Belastungen sind nicht nur physischer, sondern auch psychischer, sozialer und emotionaler Art und sie werden – wie im Folgenden aufgezeigt wird – von Frauen und Männern unterschiedlich erlebt und bewältigt.

3.1 Die höhere Belastung pflegender Frauen

Studien aus dem In- und Ausland belegen, dass Frauen nicht nur häufiger pflegen, sondern dass sie auch stärker darunter leiden als pflegende Männer. So zeigt eine Meta-Analyse von 229 Studien, dass pflegende Frauen insgesamt stärker belastet sind, sie häufiger unter Depressionen und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden und ihr subjektives Wohlbefinden deutlich schlechter einschätzen als pflegende Männer (Pinquart/Sörensen 2006).

Die AutorInnen erklären die Differenzen zwischen den Geschlechtern damit, dass Frauen und Männer die Pflege und die damit verbundenen Herausforderungen unterschiedlich erleben. Frauen, so heißt es, haben bei der informellen Pflege mit größeren Schwierigkeiten zu kämpfen als Männer, die Betreuungsaufgaben übernehmen. Der höhere Zeitaufwand pflegender Frauen (siehe oben) scheint dabei als Erklärung nicht auszureichen, denn auch bei vergleichbaren objektiven Anforderungen leiden Frauen stärker unter persönlichen Einschränkungen, mangelnder sozialer Anerkennung und familiären Rollenkonflikten (Lüdecke et al. 2006). Es stellt sich die Frage, weshalb das Geschlecht die Erfahrungen der pflegenden Angehörigen so intensiv beeinflusst und welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass Frauen vergleichbare objektive Anforderungen im Durchschnitt als belastender erleben. Im Folgenden werden einige Ergebnisse unserer Forschung präsentiert, in denen Unterschiede in den Erfahrungen pflegender Männer und Frauen beobachtet werden können und mit denen sich das höhere Belastungsempfinden pflegender Frauen teilweise erklären lässt. Obwohl das Sample der befragten Männer relativ klein ist, zeigen sich in ihren Narrativen trotz individueller Unterschiede große Gemeinsamkeiten, die sich in den Erzählungen der Frauen so nicht finden.

3.2 Abhängigkeit und Machtumkehr

Unabhängig vom Geschlecht hat die Übernahme der Pflege und Betreuung eines schwerkranken Familienmitglieds grundlegende Transformationen der eigenen Rolle sowie der Beziehungen innerhalb der Familie zur Folge. Pflegende Angehörige müssen neben den hohen Anforderungen durch die Übernahme von pflegerischen Aufgaben deshalb auch lernen, mit einer neuen Rolle umzugehen und ihre Beziehung zum pflegebedürftigen Familienmitglied neu zu gestalten. Die Krankheit begründet eine neue und ungewohnte Abhängigkeit und erfordert „das bewusste Realisieren, dass die bisherigen partnerschaftlichen oder familialen Rollen nicht mehr stimmen und eine Übernahme von Verantwortung notwendig ist“ (Perrig-Chiello/Höpflinger 2012: 135). Herr S., der seine Frau, die an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) litt, drei Jahre lang pflegte, berichtet, wie die plötzliche Abhängigkeit seiner Partnerin die Beziehung stark veränderte. Erst im Nachhinein bemerkte er, dass sein großer Einsatz auch negative Auswirkungen hatte.

„Dann habe ich nachträglich auch gemerkt, dass das im Verhältnis zwischen Mann und Frau ein Ungleichgewicht bringt, weil in einer Beziehung ja jeder dem anderen auch etwas geben will. Und plötzlich

konnte mir meine Frau nichts mehr geben, ich habe alles gemacht. Und deshalb verstehe ich jetzt besser, warum sie gesagt hat, ich mache zu viel" (Herr S., pflegender Ehemann, FRD_R6)[1].

Grundsätzlich sind Frauen und Männer gleichermaßen von solchen Rollen- und Beziehungstransformationen betroffen. Laut Gunzelmann et al. (1996) sind es jedoch vor allem „emotional abhängige" pflegende Angehörige, die durch die veränderte Abhängigkeits- und Machtkonstellation gefährdet sind. Sie stellen ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten der erkrankten Person zurück und können für sich selbst außerhalb der Pflegesituation kaum Perspektiven formulieren. In unserem Sample befinden sich mehrere Frauen (aber keine Männer), auf die diese Beschreibung zutrifft. Frau L., deren Ehemann an einer schweren Demenz leidet, ist sich dessen bewusst, kann aber trotzdem nichts dagegen unternehmen.

„Ich hoffe schon, dass er noch ein bisschen lebt. Jetzt bin ich so in dieser Pflege, in dieser Aufsichtsphase drin, dass ich fast …, dass ich mir schon gedacht habe: Was mache ich, wenn ich ihn nicht mehr habe? […] Jetzt könnte ich ihn ja in ein Heim geben. Aber jetzt bin ich so weit, dass ich nicht kann. Ich kann es nicht" (Frau L., pflegende Ehefrau, FRD_L2).

Es ist davon auszugehen, dass diese aufopfernde Haltung, die bei Frauen häufiger zu finden ist als bei Männern (vgl. Salomon 2009), zur höheren Belastung der Frauen beiträgt. Dass dies nicht nur mit der individuellen Persönlichkeitsdisposition der betroffenen Frauen zusammenhängt, wird deutlich, wenn wir im Folgenden die unterschiedlichen Aussagen aus den Interviews mit pflegenden Frauen und Männern miteinander vergleichen.

3.3 Männer in einer „weiblichen" Rolle

Bei den Männern ist es vor allem die Rollentransformation, in der sie durch die Übernahme der Pflege plötzlich die „weibliche" Rolle übernehmen müssen, die in den Gesprächen stark thematisiert wird. Durch die Krankheit und Pflegebedürftigkeit der Ehefrau müssen sie nicht nur Pflegeaufgaben übernehmen, auch der Haushalt fällt nun in ihren Zuständigkeitsbereich. Ihre Rolle wechselt vom „Versorger" zum „Fürsorger". Gerade wenn das Paar vor der Erkrankung der Ehefrau oder Partnerin eine traditionelle Rollenverteilung innehatte, kommt es durch die Übernahme der Pflege durch den Mann zu (Um-)Brüchen im Geschlechterverhältnis. Während viele Frauen bereits vor der Pflegesituation einen großen Teil ihrer Arbeit als Mutter und Hausfrau im privaten Raum verrichten und dadurch gewissermaßen prädestiniert sind für die Angehörigenpflege, ist das bei Männern seltener der Fall. Die von uns befragten Männer leb(t)en in ihrer Ehe alle mehr oder weniger das nach wie vor gesellschaftlich stark verankerte bürgerliche Familienmodell „mit einem Vollzeit erwerbstätigen Vater und einer nicht oder nur Teilzeit erwerbstätigen Mutter" (Bundesamt für Statistik 2013: 1). Obwohl sie mit einer Ausnahme alle im Pensionsalter sind, waren die Männer bei der Übernahme der Pflegetätigkeit durch politische

1 Alle Interviews erhielten einen Code. Die ersten drei Buchstaben geben an, in welchem Kanton (FR = Freiburg, VS = Wallis) und in welcher Sprache (D = Deutsch, F = Französisch) das Interview stattfand. Der Buchstabe vor der Zahl gibt an, ob der Patient/die Patientin bereits verstorben ist (R) oder ob die Pflegebeziehung noch Bestand hat (L).

Aktivitäten und ein aktives Vereinsleben weiterhin stark der Öffentlichkeit zugewandt. Bei dieser Ausgangslage und weil Pflege und Haushalt als Angelegenheit der Frauen angesehen werden, ist es für pflegende Männer nicht selbstverständlich, sich in dieser neuen Rolle zurechtzufinden. Der pflegende Mann muss Aufgaben erfüllen und Rollen übernehmen, die er vorher nicht kannte. Dieser Wandel wird von den Männern als entscheidender Aspekt ihrer Pflegeerfahrung erlebt. So gehen alle befragten Männer in ihren Erzählungen ausführlich darauf ein, wie sie plötzlich als weiblich konnotierte Tätigkeiten wie Haushaltsarbeiten und Körperpflege übernehmen und erlernen mussten.

„Während fast zwei Jahren war ich es, der den Haushalt gemacht hat, der alles gemacht hat. Ich habe auch gelernt zu kochen. […] Ich habe gemerkt, was eine Frau alles macht im Haushalt" (Herr T., pflegender Ehemann, FRF_R5).

„Ich musste immer mehr am Morgen die Toilette machen. Ich war auch stolz, dass ich gelernt habe zu schminken" (Herr S., pflegender Ehemann, FRD_R6).

Die Tatsache, dass dieses Thema in den Interviews so präsent ist, zeigt, dass die Übernahme dieser Aufgaben für die Männer alles andere als selbstverständlich ist. Haushaltsarbeiten, Pflege und Betreuung stehen im Widerspruch zum traditionellen Bild von Männlichkeit (Hanlon 2012: 63). Trotzdem nehmen die befragten Männer dies nicht als Bedrohung wahr, denn die Pflege und Betreuung wird im jeweils konkreten Fall durch die Liebe und Zuneigung zur Partnerin legitimiert.

„Morphium-Spritzen gegeben. Waschen. Toilette. Am Anfang konnte ich sie noch bis zur Toilette bringen. Ich bin mit ihr mit und habe ihr geholfen. Dann habe ich sie getragen, aber zuletzt wurde das auch zu viel. Dann noch im Bett, mit Becken und so. Aber das hat mir eigentlich nichts ausgemacht. Sie ist ja meine Frau. Bei einer fremden Person wäre das natürlich etwas anderes. Aber sie ist meine Frau" (Herr M., pflegender Ehemann, FRD_R2).

Es ist die Qualität der Beziehung zur Partnerin, die diesen Ausflug der Männer in die Frauendomäne rechtfertigt. Die durch die Krankheit bedingte und der Care-Arbeit inhärente Zuwendung und Emotionsnähe wird dabei als Bereicherung empfunden.

„Wenn die Leute mir sagen: ‚Du hast eine schwierige Zeit hinter dir' sage ich: ‚Ja, auf der einen Seite. Auf der anderen Seite war es auch eine Zeit, die mir selbst viel gebracht hat.' Es ging auch um viele essentielle Fragen, die ich mit meiner Frau zum Glück auch diskutieren konnte" (Herr S., pflegender Ehemann, FRD_R6).

3.4 Von der Ehefrau zur Pflegeperson

Auch Frauen thematisieren in ihren Berichten den Wandel ihrer Rolle innerhalb der Beziehung. Dieser Wandel ist jedoch ganz anderer Art als bei den Männern. Während Letztere durch die Übernahme von bislang als weiblich angesehenen Tätigkeiten eine Vertiefung ihrer Beziehung zur Partnerin erleben, berichten mehrere der befragten Frauen, dass die Beziehung durch die Pflege gefährdet wurde. So bedauert Frau A., dass sie sich aufgrund ihrer Pflegetätigkeit schon lange vor dem Tod ihres Ehemannes von ihrer Rolle als Ehefrau verabschieden musste. Im Nachhinein wünscht sie sich, dass sie für die Pflege eine andere Person gehabt hätte.

„Ich bin zur Krankenschwester mutiert. Aber eben, das ist auch etwas, das ich heute … Im Nachhinein ist man trotzdem diejenige, die plagt, die pickt, die die unangenehmen Handlungen macht" (Frau A., pflegende Ehefrau, FRD_R5).

Es wäre für sie einfacher gewesen, wenn sie die Ehefrau hätte bleiben können, die mit ihrem Mann die privilegierten Seiten hätte teilen können. Stattdessen gab sie ihre Rolle als Ehefrau auf und wurde zur Krankenschwester. Als Pflegerin des Ehemannes – so beschreibt es auch Frau F. – ist man diejenige, die ihn durch die Verabreichung einer Spritze möglicherweise quält und die immer wieder geduldig und motivierend sein muss, damit der Partner als Patient die verschriebenen Medikamente einnimmt, sich bewegt etc. Nicht immer ist das ohne Streit und Aggressionen möglich:

„Für die Beziehung ist das gar nicht gut. Es wäre besser, wenn das eine externe Person machen würde" (Frau F., pflegende Ehefrau, FRD_L1).

Auch eine Tochter, die ihre Mutter pflegte, berichtet, dass sie dadurch in eine Rolle gedrängt wurde, in der sie nicht mehr Tochter sein konnte.

„Ich war Pflegende, ich war nicht mehr die Tochter. Ich habe sie gepflegt und darum konnte ich keine Mutter-Tochter-Beziehung mehr haben mit ihr. Die hatte ich erst wieder, als sie im Spital war" (Frau F., pflegende Tochter, FRF_R4).

Es sind vor allem die intimen Seiten der Pflege, die von den Frauen als belastend erlebt werden. Auch wenn in den Erzählungen meist nur am Rande darauf eingegangen wird, wird deutlich, dass der Umgang mit dem nicht mehr richtig funktionierenden Körper des geliebten Menschen eine Herausforderung ist. Körperfunktionen und alles, was damit zusammenhängt, werden als etwas Individuelles und Privates angesehen (Elias 1939). Intime Körperpflege ist zwar ein akzeptierter (und erwarteter) Bestandteil der Eltern-Kind-Beziehung, hat in der modernen westlichen Gesellschaft in der Regel aber keinen Platz in engen Beziehungen zwischen Erwachsenen (Exley/Allen 2007: 2322). Wenn nun pflegende Angehörige bei der Pflege eines nahestehenden – erwachsenen – Menschen plötzlich mit dieser ungewohnten Intimität konfrontiert werden, so wird das oft von beiden Seiten als eine unangenehme Grenzüberschreitung wahrgenommen. Eine Hospitalisierung bzw. der Einbezug von Fachpersonen wird in dieser Situation nicht selten als Erleichterung erlebt, die es erlaubt, wieder die frühere Beziehung zu leben. Die Mutter von Frau H. verbrachte die letzten zehn Tage vor ihrem Tod im Spital.

„Dort war es wieder einfacher, ihr zu begegnen. Für bestimmte Sachen sind ja die Pflegerinnen da. Da konnte ich wieder einfach Tochter sein" (Frau H., pflegende Tochter, FRD_R1).

Einerseits ist eine enge und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient/Patientin und Pflegender/Pflegendem eine wichtige Voraussetzung für die Übernahme der Pflege, andererseits wird gerade diese enge und vertrauensvolle Beziehung durch die Handlungen der Pflege auch gefährdet (Exley/Allen 2007: 2325). Mehrere der befragten Frauen sagen deshalb im Nachhinein, dass sie für gewisse Tätigkeiten bereits zu einem frühe-

ren Zeitpunkt externe Hilfe hätten beiziehen sollen. Nachdem sie bereits ihren Mann gepflegt hat, will Frau A. deshalb bei ihrer Mutter nicht noch einmal die gleiche Rolle übernehmen müssen.

„Das habe ich der Mama auch gesagt. Es geht ihr nicht so gut. Ich habe ihr gesagt: ‚Du weisst, diese Pflege da, die mache ich nicht mehr.' Ich will einfach die privilegierten Seiten mit ihr erleben und möchte das nicht mehr machen" (Frau A., pflegende Ehefrau, FRD_R5).

Obwohl die Frauen heute anders handeln würden, war das im Moment der Pflege keine Option. Wenn die erkrankte Person den Wunsch äußert, nur von ihnen gepflegt zu werden, ist es für sie selbstverständlich, die Versorgung zu übernehmen und dies als ihre Aufgabe zu betrachten (siehe Kap. 4.3). Der Ratschlag, externe Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird von den Frauen somit deutlich seltener umgesetzt als von den befragten Männern. Die Tatsache, dass Männer bestimmte Aufgaben eher auslagern, trägt dazu bei, dass sie die eigene Pflegetätigkeit als Bereicherung erleben können. Bei den Frauen hingegen, die auch schwierige Aufgaben selber bewältigen, steht der Verlust der bisherigen Beziehung im Vordergrund.

4 Der Einfluss kulturell verankerter Geschlechterbilder

Die Erfahrungen pflegender Männer und Frauen sind geprägt von machtvollen Zuschreibungen und Geschlechterbildern, die sich in Normen und Handlungen perpetuieren. Es sind nicht nur gesellschaftliche Erwartungen, sondern auch internalisierte Normen, die dazu führen, dass Frauen und Männer die informelle Pflege unterschiedlich erleben.

4.1 Mehr Unterstützung für pflegende Männer

Ein Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt, dass die Unterstützungsnetzwerke pflegender Männer in der Regel größer sind als bei pflegenden Frauen. Es sind mehr HelferInnen eingebunden, weil den Männern diese Hilfe von ihrem Umfeld auch eher angeboten wird. Alle pflegenden Männer, die von uns befragt wurden, berichten, wie FreundInnen und Bekannte während der gesamten Pflegedauer präsent waren und ihnen insbesondere mit – den zur weiblichen Sphäre gehörenden – Haushaltsarbeiten zur Hand gingen.

„Alle Freundinnen meiner Frau haben etwas gemacht, um mir zu helfen: Staubsaugen, Staub wischen, Bügeln" (Herr T., pflegender Ehemann, FRF_R5).

„Jeden Tag kommen zwei, drei Personen. Die Schwestern, sie hat sechs Schwestern. […] Wir brauchen immer mehr Hilfe, von den Nachbarn, auch zum Essen. Eine Nachbarin macht die Wäsche" (Herr M., pflegender Ehemann, FRD_L3).

FreundInnen des erkrankten Mannes, die zur Entlastung der Ehefrau oder Tochter einen Teil der Haushaltsarbeit übernehmen, werden hingegen in keinem Interview erwähnt.

Dies zeigt, wie sehr Männer- und Frauenbilder unser Verhalten beeinflussen. Weil diese Tätigkeiten bei einem Mann als „unnatürlich" erscheinen, springen (weibliche) FreundInnen und Bekannte ein, um ihn zu entlasten. Es geht dabei nicht nur um die konkrete Hilfe. Das Vorhandensein eines sozialen Unterstützungsnetzes ist gleichzeitig ein zentraler Faktor, der hilft, Depressionen bei pflegenden Angehörigen zu verhindern (Knight et al. 1998). Ein Vergleich der Narrative pflegender Männer und Frauen zeigt zudem, dass den Männern auch von den Fachpersonen des Gesundheitswesens mehr Unterstützung angeboten wird. Frauen erzählen hingegen öfter, wie sie von den Fachpersonen überschätzt und in eine Rolle gedrängt werden, die sie nicht wollen.

„Ich habe den Wunsch, nicht als Ärztin meines Vaters betrachtet zu werden, laut hinausgebrüllt. Aber das wurde nicht gehört. Ich habe wieder und wieder gesagt, dass es nicht meine Rolle sei, meinem Vater die Morphin-Spritzen zu verabreichen […]. Schlussendlich musste ich es trotzdem machen. Das war schrecklich" (Frau T., pflegende Tochter, FRF_R7).

„Mein Vater war zu Hause bis zu seinem Tod. […] Er hatte Lungenkrebs. […] Familienhilfe oder so, so etwas hat man mir nie vorgeschlagen. Und ich habe damals noch gearbeitet. Sie können sich nicht vorstellen, in welchem Zustand ich war. Am Morgen konnte man mich mit dem Löffelchen einsammeln" (Frau B., pflegende Tochter, VSF_R3).

4.2 Hohe Erwartungen gegenüber pflegenden Frauen

Dadurch, dass die informelle Pflege mehrheitlich als Domäne der Frau wahrgenommen wird, erhalten Frauen vom privaten Umfeld wie auch von den Fachpersonen viel weniger Unterstützung als pflegende Männer. Vielmehr werden von der erkrankten Person und vom Umfeld hohe Erwartungen an sie herangetragen. Vor allem Töchter und Schwiegertöchter berichten, dass der Patient oder die Patientin explizit gewünscht habe, von ihnen gepflegt zu werden.

„Sie wollte mich. Ich weiß nicht wieso. Wir sind fünf Geschwister. Ich habe immer gedacht, die anderen könnten ja auch. Aber sie wollte mich" (Frau H., pflegende Tochter, FRD_R1).

Äußert eine nahestehende Person am Lebensende einen solchen Wunsch, bemühen sich die meisten Menschen, diesen Wunsch zu erfüllen. Pflegende Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter berichten außerdem, dass es auch für die Familie selbstverständlich gewesen sei, dass sie die Pflege übernehmen – jedenfalls solange es die Wohnsituation erlaubt. Zwei Schwestern, obwohl zum Zeitpunkt der Erkrankung ihrer Mutter noch nicht einmal volljährig, sahen sich von Anfang an mit großen Erwartungen der Familie konfrontiert.

„Ich hatte ein bisschen das Gefühl, dadurch, dass wir Mädchen sind, war die Erwartung auch von allen viel größer. Weil, es hat einfach geheißen: ‚Ja, das können ja die Mädchen' und ‚die können ja noch hier und können ja noch da'" (Frau K., pflegende Tochter, FRD_R4).

Frau K. bringt die großen Erwartungen der Familie ihr gegenüber explizit mit ihrem weiblichen Geschlecht in Verbindung. Als Sohn, so ist sie überzeugt, hätte man nie das

Gleiche von ihr erwartet –, obwohl auch sie eine Ausbildung absolvierte, erwerbstätig war und in den letzten Lebensjahren ihrer Mutter die eigenen Kinder zu versorgen hatte. Damit bestätigt sich, dass Frauen insgesamt „einem stärkeren Erwartungsdruck von außen ausgesetzt zu sein scheinen als Männer, da ihnen mehrheitlich die Rolle der Familienmanagerin (und damit der Familienbetreuerin bis hin zur -pflegerin) zugeschrieben wird" (Lüdecke et al. 2006: 87). Weil die Pflege als weibliche Tätigkeit angesehen wird, wird davon ausgegangen, dass Frauen – aufgrund ihrer Weiblichkeit – quasi von Natur aus in der Lage sind, eine kranke Person zu Hause zu pflegen. Sie erhalten deshalb weniger Hilfestellungen von außen und werden eher überschätzt.

„Ich habe wirklich gehofft, da in der schlimmsten Zeit, dass irgendjemand mal … Er hat ja noch vier Geschwister. Dass irgendjemand mal kommt und fragt: ‚Kann ich dir helfen?' Aber nichts, nichts. Das war für mich das Schlimmste in dieser Zeit. Dass niemand von der Verwandtschaft mal gekommen ist" (Frau L., pflegende Ehefrau, FRD_L2).

„Ich kam an die Grenzen und es war eigentlich fahrlässig, uns in dieser Situation gehen zu lassen [vom Spital]. […] Und das ist auch die Zeit, in der ich wahnsinnig überschätzt worden bin – und mich auch selber überschätzt habe [im Sinne von]: Die schmeißt das" (Frau A., pflegende Ehefrau, FRD_R5).

Gerade im Fall von Frau A. wäre mehr Unterstützung notwendig gewesen, denn die Belastungen der Pflege, die Auswirkungen des Krankheitsverlaufs auf die junge Familie und das Gefühl des Alleingelassenseins lösten bei ihr Suizidgedanken aus, die – gemäß ihrer Aussage – nur aus Zufall nicht umgesetzt wurden. Es ist die Norm, die Frauen als „natürliche" Akteurinnen der Angehörigenpflege definiert, die ihnen automatisch und ungefragt eine Rolle zuweist, der sie unter Umständen nicht gewachsen sind.

4.3 Die Internalisierung gesellschaftlicher Normen

Die gesellschaftlichen Normen werden von vielen Frauen auch selbst übernommen und nicht hinterfragt. Zwar nennen auch sie Liebe und Zuneigung als wichtigste Gründe für die Übernahme der Pflege. Sie sagen aber ebenfalls, es sei für sie „selbstverständlich", „natürlich" und „schon immer klar gewesen", dass sie die Pflege der Mutter, des Schwiegervaters, des Onkels übernehmen. Damit setzen sie sich selber unter Druck. Die Zuneigung zieht bei ihnen im Unterschied zu den befragten Männern eine moralische Verpflichtung zur Versorgung nach sich. Zusätzlich fühlen sich Frauen im Gegensatz zu Männern oft unabhängig von der Qualität der Beziehung dazu verpflichtet zu pflegen (vgl. Langehennig 2012: 9). So beschreibt Frau R. ihre Mutter als sehr schwierige Person, trotzdem hat sie das Gefühl, ihr etwas zurückgeben zu müssen (VSD_L1). Frauen erachten die Übernahme der Pflege zwar als selbstverständlich, geraten dadurch aber auch in eine Situation, in der sie sich als fremdbestimmt und abhängig erleben. Sie erlauben sich wenig freie Zeit und stellen ihre eigenen Bedürfnisse zurück (siehe Kap. 3.2). Weil die gesellschaftlichen Erwartungen internalisiert werden, erhalten sie nicht nur weniger Unterstützung, sondern es fällt ihnen selbst auch schwerer, um Hilfe zu bitten und Hilfe anzunehmen. Aufgrund der Sozialisation betrifft das vor allem ältere und/oder aus einem traditionellen Umfeld stammende Frauen, wie die 86-jährige Ehefrau eines an Alzheimer erkrankten Mannes, die sich sogar verpflichtet fühlt, der

Nachtwache, die sie entlasten soll, ein Mitternachtspicknick und ein Frühstück bereitzustellen.

„Da habe ich halt um halb sechs den Wecker stellen müssen. […] Einfach, wie soll ich sagen, wenn ich jemanden im Haus habe, dann fühle ich mich für diese Person verantwortlich. Das ist einfach angeboren bei den Frauen. Zuletzt habe ich gedacht, ich bin ja blöd, das gibt mir ja mehr zu tun, als wenn ich es selber mache" (Frau U., pflegende Ehefrau, FRD_L4).

Auch andere Frauen verzichten beispielsweise auf die Unterstützung durch die Spitex[2], weil sie der Meinung sind, das doch selber machen zu können. Dabei taucht immer wieder das Argument auf, dass die von ihnen erbrachten Pflegetätigkeiten den Bedürfnissen des Patienten oder der Patientin eher gerecht würden als professionelle Leistungen.

„Ich habe alles gemacht, immer. […] Schon im Spital habe ich damit begonnen, als ich gesehen habe, dass es dort nicht gut funktioniert. Also habe ich ihn im Bett gewaschen" (Frau C., pflegende Ehefrau, FRF_R6).

Einerseits ziehen gemäß Salomon nicht wenige Frauen aus dem Gefühl der Unentbehrlichkeit und der daraus resultierenden Anerkennung persönlichen Gewinn. Sie spricht davon, dass „Phantasien und Wünsche, gut sein zu wollen, grenzenlose Mütterlichkeit bis zur Selbstaufgabe, der weibliche Drang, zu helfen und zu retten und in der Versorgerinnenrolle auch die eigene Mächtigkeit zu erleben" (Salomon 2009: 14), bei vielen pflegenden Frauen zu finden seien. Andererseits lässt sich damit aber auch ihre größere Belastung erklären. Die räumlich definierten Geschlechterzuordnungen sind dabei derart verankert, dass sie als solche gar nicht auffallen. Sie werden vielmehr als „natürlich" und „gegeben" wahrgenommen.

4.4 Die innere Distanz der Männer

Im Unterschied zu vielen Frauen ist es pflegenden Männern eher möglich, bestimmte Aufgaben ohne schlechtes Gewissen an Fachpersonen zu delegieren. Es ist für sie weniger problematisch, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie als pflegende Männer sowieso schon mehr machen, als ihrer gesellschaftlichen Rolle gemäß von ihnen verlangt wird. Tätigkeiten, die als besonders belastend erlebt werden, werden deshalb ohne Schuldgefühle an professionelle Fachkräfte abgegeben.

„Das Säcklein leeren und so, das ist Spitex. Dafür ist diese Organisation ja da. Sonst wären sie ja arbeitslos" (Herr M., pflegender Ehemann, FRD_R2).

Aussagen aus den Interviews machen zudem deutlich, dass Männer es zum Teil als selbstverständlich erachten, dass sie von den Frauen in ihrem Umfeld unterstützt werden. So kritisiert Herr T., der sehr viel Hilfe von den Freundinnen seiner Frau erhalten hat, dass seine Schwägerin sich kaum beteiligte.

2 In der Schweiz verwendete Bezeichnung für ambulante häusliche Pflegedienste.

„Ich will nicht sagen, dass sie sich nicht um ihre Schwester gekümmert hat. Sie war oft da. Aber sie hat nie auch nur einen Finger gerührt, um mir zu helfen. […] Ich gebe Ihnen ein Beispiel. Einmal kam sie zu uns, als ich gerade dabei war, Wäsche zu falten. Aber sie hat nicht gesagt, dass sie das übernehmen könnte" (Herr T., pflegender Ehemann, FRF_R5).

Auch sonst zeigen unsere Daten, dass pflegende Männer sich den Herausforderungen, welche die informelle Pflege mit sich bringt, ganz anders stellen als Frauen. Wie andere Untersuchungen bestätigen, praktizieren sie ein „gesünderes" Verhalten der Abgrenzung, weil sie sich weniger durch innere und soziale Normen zur Pflege verpflichtet fühlen. Sie wahren einen größeren inneren Abstand, setzen ihre Belastungsgrenzen früher, leisten seltener Schwerstpflege und fällen schneller die Entscheidung für eine Heimunterbringung (vgl. BMFSFJ 2002: 198). So berichten alle pflegenden Männer in unserer Studie, wie wichtig es ist, sich Zeit für sich selbst zu nehmen. Pflegende Frauen erleben ihre Situation zwar nicht immer, aber doch oft so, dass eine Auszeit nicht realisierbar erscheint. Dabei spielen die geringere Unterstützung aus dem Umfeld wie auch die Erwartungen, welche die Frauen an sich selbst stellen, eine Rolle. Natürlich sind auch pflegende Männer starken psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt und in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt, doch der „größere innere Abstand" erleichtert es ihnen, mit diesen Belastungen umzugehen. Mit Blick auf die oft genannten gesundheitlichen Risiken für die Pflegenden lässt sich ableiten, dass pflegende Männer wegen der deutlicheren Abgrenzung weniger exponiert sind.

5 Der Stellenwert der informellen Pflege

Die informelle Pflege hat im öffentlichen Bewusstsein nur einen geringen Stellenwert. Die Dichotomie der Sphären Öffentlichkeit/Privatheit geht deshalb nach Becker-Schmidt einher mit einer „Hierarchisierung", die „an eine frauendiskriminierende Rangordnung der Geschlechter gekoppelt" ist (Becker-Schmidt 2011: 11). Obwohl die geringere Bewertung der Arbeit in der privaten Sphäre grundsätzlich auch pflegende Männer betrifft, sind es vor allem Frauen, welche die fehlende Anerkennung und Entschädigung ihrer Leistungen beklagen.

„Es verlangen ja gar nicht alle einen Lohn […], aber dass man sie respektiert und auch wertschätzt. Denn sie erhalten vielfach zu wenig Wertschätzung. Von der Öffentlichkeit, weil es zu wenig bekannt ist und von der eigenen Familie auch sehr wenig" (Frau K., pflegende Tochter, FRD_R10).

Die stärkere Thematisierung der mangelnden Wertschätzung der informellen Arbeit durch die Frauen mag erstens damit zusammenhängen, dass sie die Erwartungen aus dem Umfeld viel stärker spüren und die Übernahme der Pflege dadurch viel weniger eine persönliche Entscheidung ist. Zweitens leiden sie im Allgemeinen eher unter den sozialen und finanziellen Folgen der informellen Pflege.

„Was für mich schwierig wurde gegen Ende, dass ich den Druck hatte, so und so viel arbeiten zu gehen, um meine eigenen Finanzen abzudecken. Dann komme ich nach Hause, bereite das Mittagessen vor und muss ihr zu Essen geben …" (Frau K., pflegende Tochter, FRD_R10).

Rigide Machtverhältnisse, bei denen Frauen der Privatheit und Männer der Öffentlichkeit zugeordnet werden (Ruhne 2011: 98), sowie geschlechtsspezifische Arbeitsmarktdisparitäten haben zur Folge, dass es die Frauen sind, die mehrheitlich auf eine Erwerbstätigkeit verzichten bzw. diese reduzieren, wenn ein Familienmitglied erkrankt. Damit entgehen ihnen Einkommens- und Karrierechancen, die ihre finanzielle und soziale Lage längerfristig beeinflussen (Carmichael/Charles 2003), inklusive reduzierter Rente. Weil Männer, wie wir gesehen haben, oft erst nach ihrer Pensionierung zu pflegenden Angehörigen werden, sind sie davon weniger betroffen. Die Tatsache, dass Männer – im Unterschied zu Frauen – Betreuungsaufgaben nur dann übernehmen, wenn diese mit ihren außerfamilialen Aktivitäten und Verpflichtungen vereinbar sind, ist ein weiterer Grund für ihre geringere Belastung (Lüdecke et al. 2006). Weil diese Unterschiede nicht unabhängig sind von Normen und Geschlechterbildern, ist die Kritik am Dualismus Privatheit/Öffentlichkeit ein zentrales feministisches Anliegen (Wastl-Walter 2010: 125).

6 Fazit

Angehörige erbringen immense Leistungen, um pflegebedürftigen Menschen den Verbleib in ihrem vertrauten Umfeld zu ermöglichen. Die Belastungen, die damit verbunden sind, werden – wie der vorliegende Beitrag zeigt – von Frauen und Männern unterschiedlich erlebt.

Die befragten Männer berichten, wie ungewöhnlich es für sie ist, Tätigkeiten zu übernehmen, die im traditionellen Rollenverständnis zum Aufgabenbereich der Frau gehören. Gleichzeitig erleben sie durch die Übernahme der Pflege und Betreuung der erkrankten Ehefrau aber auch eine neue Art von Zuwendung und Emotionsnähe, die als Bereicherung empfunden wird. Im Gegensatz dazu beschreiben die Frauen die Übernahme der häuslichen Pflege als „natürlich" und „selbstverständlich". Dadurch stehen sie aber auch unter einem viel größeren Druck. Anders als die Männer nehmen sie ihre Pflegetätigkeit häufiger als eine Gefahr für die bisherige Beziehung wahr, da ihnen dadurch verunmöglicht wird, weiterhin Ehefrau oder Tochter zu sein. Erklären lässt sich dieser Unterschied mit dem größeren Unterstützungsnetzwerk pflegender Männer. Während pflegende Frauen sich nicht selten aufopfern und Mühe haben, externe Hilfe in Anspruch zu nehmen, gelingt es Männern viel eher, sich abzugrenzen und belastende Arbeiten zu delegieren. Die Vorstellung, dass häusliche Pflege zum „natürlichen" Tätigkeitsbereich der Frau gehört, führt nicht nur dazu, dass Frauen sich selber unter Druck setzen; sie hat auch zur Folge, dass ihnen von ihrem Umfeld, aber auch von den Fachpersonen des Gesundheitswesens viel seltener Unterstützung angeboten wird als pflegenden Männern. Sie pflegen, weil das den Erwartungen entspricht, die von den Familien, von den Fachpersonen wie auch von der Gesellschaft an sie herangetragen werden. Diese Erwartungen werden von ihnen oftmals auch internalisiert und führen

zu einer entsprechenden Disposition und Bereitschaft. Pflegende Männer machen hingegen bereits mehr, als von ihnen ihrer gesellschaftlichen Rolle gemäß erwartet wird, FreundInnen und Bekannte springen deshalb ein, um sie bei der häuslichen Pflege zu entlasten. Pflegende Männer ziehen ohne Schuldgefühle Fachpersonen bei, gönnen sich Auszeiten und respektieren die eigenen Grenzen.

Es wurden im Rahmen dieser Studie zwar nur fünf Männer befragt. Die große Übereinstimmung in ihren Berichten und der deutliche Unterschied zu den Narrativen der Frauen ist jedoch ein klarer Hinweis darauf, dass die gesellschaftliche Bewertung der weiblichen und der männlichen Pflege die individuellen Erfahrungen wesentlich prägt. Dabei ist anzumerken, dass ausschließlich Männer über 60 Jahre befragt wurden, die alle ihre Ehefrauen pfleg(t)en. Die PartnerInnenpflege unterliegt jedoch anderen Regeln als die intergenerationelle Pflege durch Töchter und Söhne. Inwiefern die hier präsentierten Ergebnisse in Bezug auf die Erfahrungen der Männer auch auf pflegende Söhne übertragbar sind, wäre deshalb in einer umfassenderen Studie zu überprüfen. Trotz dieser Einschränkung wird deutlich, dass ein Bewusstsein für die machtvollen Zuschreibungen und Geschlechterbilder, die unser Denken und unser Handeln beeinflussen, unabdingbar ist für eine gendergerechte Politik und Praxis. Noch viel zu oft wird den Frauen unhinterfragt eine Rolle zugewiesen, die mit ihren heutigen Lebensumständen immer schwieriger zu vereinbaren ist. Die Rückverlagerung der Pflege in den privaten Bereich ist deshalb kritisch zu betrachten. Erst wenn die Pflege einer/eines Angehörigen besser mit der eigenen Erwerbstätigkeit und anderen Verpflichtungen vereinbar ist, wenn Hilfe und Unterstützung für alle pflegenden Angehörigen – Frauen wie Männer – verfügbar ist, wenn die Entscheidung für die Übernahme der Pflege auf Freiwilligkeit basiert und nicht durch äußeren Druck zustande kommt und wenn die Leistungen der Angehörigen von der Gesellschaft vermehrt anerkannt (und in irgendeiner Form auch entschädigt) werden, kann damit gerechnet werden, dass auch in Zukunft viele Frauen und viel mehr Männer bereit sein werden, diese zwar schwierige, aber auch bereichernde und lohnenswerte Aufgabe zu übernehmen.

Literaturverzeichnis

Arnold, Doris. (2006). Pflege und Macht. Der Beitrag Foucaults. In Sabine Braunschweig (Hrsg.), *Pflege – Räume, Macht und Alltag* (S. 155–165). Zürich: Chronos.

Arnold, Doris. (2008). *„Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!" Ein ethnographischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege*. Frankfurt/Main: Mabuse.

Australian Bureau of Statistics. (2003). *Disability, Ageing and Carers: Summary of Findings*. Zugriff am 28. Juli 2014 unter www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/4430.02003?OpenDocument.

Bayerischer Bezirketag. (2013). *Tätigkeitsbericht.* Zugriff am 29. April 2014 unter www.baybezirke.de/baybezirke.php?id=272.

Becker-Schmidt, Regina. (2011). „Verwahrloste Fürsorge" – ein Krisenherd gesellschaftlicher Reproduktion. Zivilisationskritische Anmerkungen zur ökonomischen, sozialstaatlichen und sozialkulturellen Vernachlässigung von Praxen im Feld „care work". *GENDER, 3*(3), 9–23.

BMFSFJ. (2002). *Vierter Altenbericht: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Zugriff am 28. Juli 2014 unter www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=5362.html.

Bundesamt für Statistik. (2013). *Erwerbsarbeit und Beruf. Thematischer Überblick.* Zugriff am 28. Juli 2014 unter www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische_karten/gleichstellungsatlas/erwerbsarbeit_und_beruf.html.

Carmichael, Fiona & Charles, Susan. (2003). The opportunity costs of informal care: does gender matter? *Journal of Health Economics, 22(5),* 781–803. http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00044-4

Elias, Norbert. (1939). *Über den Prozess der Zivilisation.* Basel: Verlag Haus zum Falken.

Exley, Catherine & Allen, Davina. (2007). A critical examination of home care: End of life care as an illustrative case. *Social Science & Medicine, 65(11)*, 2317–2327. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.006

GfK Custom Research. (2010). *Palliative Care 2009*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Glaser, Barney & Strauss, Anselm. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research.* Mill Valley, CA: Sociology Press.

Gunzelmann, Thomas; Grässel, Elmar; Adler, Corinne & Wilz, Gabriele. (1996). Demenz im „System Familie". *System Familie, 9(1)*, 22–27.

Hanlon, Niall. (2012). *masculinities, care and equality. identity and nurture in men's lives.* New York: Palgrave Macmillan. http://dx.doi.org/10.1057/9781137264879

Hirst, Michael. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. *Social Science & Medicine, 61*(3), 697–708. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.001

Hörl, Josef & Schimany, Peter. (2004). Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in der Familie. Ein Zukunftsthema für die Generationenbeziehungen? *Zeitschrift für Familienforschung, 16*(2), 194–215.

Klott, Stefanie. (2012). Wenn Söhne pflegen … *Informationsdienst Altersfragen, 39*(4), 12–18.

Knight, Robert; Williams, Sheila; McGee, Rob & Olaman, Susan. (1998). Caregiving and well-being in a sample of women in midlife. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22*(5), 616–620. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.1998.tb01448.x

Langehennig, Manfred. (2012). Genderkonstruierte Angehörigenpflege: Wenn Männer „männlich" pflegen. *Informationsdienst Altersfragen, 39*(4), 5–11.

Lüdecke, Daniel; Mnich, Eva; Melchiorre, Maria Gabriella & Kofahl, Christopher. (2006). Familiale Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive. [Geschlecht, Altern und Gesundheit]. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien, 24*(2–3), 85–101.

Mager, Hans-Christian & Eisen, Roland. (2002). Noch ist häusliche Pflege Familiensache. Die Pflegeversicherung und ihre Folgen. *Forschung Frankfurt,* (1–2), 14–21.

Perrig-Chiello, Pasqualina & Höpflinger, François. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Bern: Huber.

Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François & Schnegg, Brigitte. (2010). *SwissAgeCare 2010. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz. Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. Zugriff am 28. Juli 2014 unter http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/2FF10C60B3.pdf.

Pinquart, Martin & Sörensen, Silvia. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social ressources, and health: an updated meta-analysis. *Journals of Gerontology. Series B (Psychological Sciences and Social Sciences), 61*(1), 33–45. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.1.P33

Ruhne, Renate. (2011). *Raum Macht Geschlecht. Zur Soziologie eines Wirkungsgefüges am Beispiel von (Un)Sicherheiten im öffentlichen Raum*. Wiesbaden: VS Verlag. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-93355-9

Salomon, Jutta. (2009). *Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung – Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme?* Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Schneekloth, Ulrich. (2005). *Leben mit Hilfe und Pflege zu Hause. Möglichkeiten und Grenzen. Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojekts MuG III im Überblick.* Zugriff am 18. Dezember 2014 unter www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/selbststaendigkeit-im-alter-ergebnisse,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf.

Schweizerische Eidgenossenschaft. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige.* Bern.

Wastl-Walter, Doris. (2010). Stadt – ein geschlechtsloser Raum? In Doris Wastl-Walter (Hrsg.), *Gender Geographien. Geschlecht und Raum als soziale Konstruktionen* (S. 124–138). Stuttgart: Franz Steiner.

Zu den Personen

Sarah Brügger, MA, Projektleiterin NFP 67 im Forschungsbüro *sottas formative works*. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsversorgung, informelle Pflege, Palliative Care, Interprofessionalität.
Kontakt: sottas formative works, Rue des Epouses 2, 1700 Freiburg, Schweiz
E-Mail: bruegger@formative-works.ch

Laura Perler, BA, wissenschaftliche Mitarbeiterin NFP 67 bei *sottas formative works*. Arbeitsschwerpunkte: Gender, informelle Pflege, ambulante Betreuung im Alter.
Kontakt: sottas formative works, Rue des Epouses 2, 1700 Freiburg, Schweiz
E-Mail: perler@formative-works.ch

Adrienne Jaquier, MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin NFP 67 bei *sottas formative works*. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsversorgung, informelle Pflege, Palliative Care.
Kontakt: sottas formative works, Rue des Epouses 2, 1700 Freiburg, Schweiz
E-Mail: jaquier@formative-works.ch

Beat Sottas, Dr. phil., selbstständiger Berater, Forscher und Publizist, Geschäftsinhaber von *sottas formative works*. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspolitik, Bildungspolitik, Versorgungsforschung, Palliative Care.
Kontakt: sottas formative works, Rue des Epouses 2, 1700 Freiburg, Schweiz
E-Mail: sottas@formative-works.ch