GENDER OPEN REPOSITORIUM

Gestaltung von Care-Prozessen in individuellen Care-Netzen zwischen privaten Unterstützungen, sozialen Dienstleistungen und sozialstaatlicher Versorgung

Brückner, Margrit

2011

https://doi.org/10.25595/1695

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Brückner, Margrit: *Gestaltung von Care-Prozessen in individuellen Care- Netzen zwischen privaten Unterstützungen, sozialen Dienstleistungen und sozialstaatlicher Versorgung*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 3 (2011) Nr: 3, 39–54. DOI: https://doi.org/10.25595/1695.

Diese Publikation wird zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Verlag Barbara Budrich.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Margrit Brückner

Gestaltung von Care-Prozessen in individuellen Care-Netzen zwischen privaten Unterstützungen, sozialen Dienstleistungen und sozialstaatlicher Versorgung

Zusammenfassung

Der Beitrag geht Gestaltungsweisen langfristiger Care-Prozesse in privaten Haushalten im Rahmen des Wohlfahrtsregimes nach, um Bedingungen subjektorientierter Care-Praxen in Unterstützungsnetzen zu erfassen. Struktur- und handlungsbezogene Facetten des Doing Care werden anhand einer qualitativen Studie herausgearbeitet und in den Kontext der internationalen feministischen Care-Debatte gestellt. In den erfassten Praxisfeldern psychisch erkrankte, physisch beeinträchtigte und hilfebedürftige alte Menschen werden Bewältigungsmuster der AkteurInnen herausgearbeitet, die sich auf Thematisierungen des Unterstützungsbedarfs – Ortlosigkeit, körperliche Einschränkungen und Verlust von Eigenständigkeit – beziehen. Diese Thematisierungen sind als Dimensionen von Angewiesenheit zu verstehen, die deutlich machen, dass Care Achtsamkeit voraussetzt.

Schlüsselwörter
Care, Unterstützungsbedarf, Angewiesenheit

Summary

Organising care in individual care networks based on private support, social services and the welfare state

The paper investigates the organisation of long-term care processes in private households in a welfare regime to map the conditions of subject-oriented care in support networks. In a qualitative analysis structural and task related aspects of providing care are analyzed and interpreted in the context of the international feminist care debate. The paper goes on to describe the patterns of how care givers cope with psychiatrically ill, physically handicapped and dependent elderly people, and how they address issues such as exclusion, physical restrictions and loss of independence. These issues are dimensions of dependency that stress the importance of awareness in care.

Keywords
Care, Need of Support, Dependency

1 Doing Care im Wohlfahrtsregime

Doing Care als subjektorientierte Gestaltung von Sorge durch beteiligte unterstützte und unterstützende Akteurinnen und Akteure lässt sich am besten in langfristigen Prozessen in privaten Haushalten untersuchen, da hier die verschiedenen AkteurInnen über eine Zeitspanne selbst tätig werden müssen. In diese Gestaltungsweisen fließen individuelle Muster des Sich-Einlassens im Sinne der Balance zwischen Fürsorge und Selbstständigkeit ebenso ein wie geschlechts- und generationsspezifische Orientierungen und ethisch überformte Handlungsmuster. Die Analyse individueller Care-Netze mit ihren jeweiligen Strukturen und interaktiven Besonderheiten ermöglicht Verstehensprozesse von Care-Netzwerkdynamiken und eine kritische Reflexion des sozialstaatlichen Rahmens einschließlich professioneller Handlungsbedingungen und -Möglichkeiten.

Struktur- und handlungsbezogene Facetten des Doing Care sollen anhand einer multimethodisch angelegten Studie zur Frage ‚Wer sorgt wie für wen' an der Fachhochschule Frankfurt a. M.[1] herausgearbeitet und im Kontext der internationalen feministischen Care-Debatte interpretiert werden. Aus drei Praxisfeldern – hilfebedürftige alte, psychisch erkrankte und physisch beeinträchtigte Frauen und Männer – wurden erwachsene Unterstützte und Unterstützende[2] in zwölf Netzwerken mittels themenzentrierter Leitfadeninterviews mit narrativen Anteilen (vgl. Friebertshäuser 2003) befragt und Netzwerkkarten des Unterstützungsumfeldes (vgl. v. Kardorff 1995) erstellt sowie Care-Prozesse teilnehmend beobachtet (vgl. Legewie 1995) und anschließend die Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. Schmidt 2003) ausgewertet.[3] Die Untersuchung bestätigte, dass Praxen der Fürsorglichkeit in und außerhalb von Familie und sozialen Institutionen existieren (vgl. Roseneil/Budgeon 2005) und sozial- und pflegeberufliche Rahmenbedingungen fürsorgliches Handeln sowohl ermöglichen als auch erschweren (vgl. Senghaas-Knobloch 2008). Als fruchtbar erwies sich das care-theoretische Konzept einer besonderen „Fürsorgerationalität" (Waerness 2000), welches das Augenmerk auf Verständigung und Abstimmung von Bedürfnissen und Sichtweisen legt, die auf Grenzen der Normierungen und Standardisierungen von Sorgetätigkeiten verweisen (vgl. Bauer/Gröning 2008). In Einklang mit diesem Konzept bestanden für alle Befragten zentrale Momente von Care in verlässlicher Zuwendung bei gleichzeitig ausreichendem Handlungsspielraum sowie einem stabilen institutionellen Rahmen. Dem steht eine von sozialstaatlichen Instanzen zunehmend favorisierte, schematische und in Minuten abgezählte Hilfeform gegenüber, die sich gerade bei langfristigen Unterstützungsprozessen eher an quantifizierbaren und ökonomistischen Prinzipien orientiert (vgl. Bonvin 2009).

2 Geschlechtertheoretische Grundlagen der internationalen Debatte um Care

Um den Stellenwert des als Interpretationsfolie genutzten Konzeptes der Fürsorgerationalität im Kontext der Care-Debatte zu verdeutlichen, soll deren Entstehen und Anliegen kurz skizziert werden. Ausgangspunkt der Debatte vor drei Jahrzehnten war es, Care als zumeist von Frauen un- oder unterbezahlt ausgeführte, gesellschaftlich notwendige Tätigkeit sichtbar zu machen (vgl. Brückner 2010). Ziel ist die „radikale Vision" (Maurer 2011: 126) einer gleichrangigen Anerkennung von Sorgetätigkeiten mit anderen Formen der Arbeit angesichts zwischenmenschlicher Interdependenz und asymmetrischer Beziehungen als Normalfall (vgl. Fraser 2003). Care wurde der Schleier der Naturhaftigkeit entzogen und die Konstruktion von Care-Prozessen und deren sozialpolitische Rahmung in den Blick genommen (vgl. Sauer 2006). Die Aktualität dieser

1 Dem Forschungsteam gehörten neben der Autorin an: Dr. Marianne Schmidbaur, die Dipl.-Sozialarbeiterinnen Gisela Heimbeck, Franziska Peters und Tanja Reimann sowie wechselnde Studierende.

2 In unserer Untersuchung haben wir *carereceiver* und *caregiver* mit Unterstützte und Unterstützende übersetzt.

3 Zugang zum Untersuchungsfeld bekamen wir über Professionelle. Es wurden 30 Frauen und 10 Männer (1–2 Std.) interviewt und 12 professionelle Care-Prozesse (11/2–4 Std.) beobachtet. Alle Daten wurden anonymisiert und Interviewpassagen sprachlich angepasst.

Debatte beruht darauf, dass weder die im privaten Raum erbrachten Care-Leistungen (vgl. Jurczyk 2010) noch diejenigen des Wohlfahrtsstaates (vgl. Preglau 2010) aufgrund sich verändernder Strukturen ausreichend gesichert und im transnationalen Kontext[4] unter Einbeziehen von Intersektionalität neu zu verhandeln sind (vgl. Theobald 2008). Die Sicherung zwischenmenschlicher Sorgebedürftigkeit muss nach Martha Nussbaum (2003) auf Gerechtigkeitsvorstellungen aufbauen und Menschen in einer Weise zur Handlungsmächtigkeit (agency[5]) befähigen sowie ihnen Entscheidungsmöglichkeiten eröffnen, die zur Achtung von FürsorgeempfängerInnen beiträgt und die Lebensgrundlage von FürsorgespenderInnen berücksichtigt. Eine solche Befähigung[6] erfordert entsprechende Infrastrukturen und Berechtigungen auf der Basis ausreichender Ressourcen, Seins- und Handlungsmöglichkeiten und geht von dem menschlichen Vermögen aus, zwischen eigenen Vorteilen und als richtig erkannten Erfordernissen abwägen zu können (vgl. Giullari/Lewis 2005). Daher kommt dem Konzept einer bewussten „Fürsorgerationalität“ (Waerness 2000) mit seiner interaktionell ausgerichteten Sichtweise, der Forderung zureichender Handlungsspielräume für alle AkteurInnen und der Reflexion des Spannungsverhältnisses von Fürsorge und Selbstständigkeit eine besondere Bedeutung zu. Für eine subjektorientierte, über eine Zweck-Mittel-Orientierung hinausweisende Care-Perspektive bedarf es einer Logik des Sorgens, die Bedürfnisse und Würde umsorgter und sorgender Menschen einbezieht. Das setzt entsprechende Rahmenbedingungen voraus (vgl. Friese 2010).[7]

3 Doing Care: Strukturen der Unterstützungsnetze in den erfassten Praxisfeldern

3.1 Das Sample

In allen erfassten zwölf Netzwerken wurden jeweils mindestens drei Personen interviewt und/oder beobachtet: die unterstützte Person, eine informell unterstützende (familial, befreundet oder ehrenamtlich) und eine formell unterstützende Person (Soziale Arbeit oder Pflege). Im Praxisfeld psychisch erkrankter Menschen wurden vier Netzwerke von drei Frauen und einem Mann im erwerbsfähigen Alter mit unterschiedlichen Erkrankungen (Manische Depression, Psychose, Borderline, Burnout) und in verschiedenen Lebenslagen (allein lebend, Wohngemeinschaft, Ehe) erhoben. Wichtig war allen Unterstützten eine – ihnen derzeit kaum gelingende – soziale Einbindung durch Arbeit, aber auch Arbeit als Existenzsicherung.

4 Zur Bedeutung transnationaler Migrationsprozesse siehe z. B. Apitzsch/Schmidbaur 2010. In unseren Netzen waren nur Frauen mit Migrationshintergrund tätig, da wir institutionalisierte Netze erforscht haben.

5 Zur Bedeutung des Begriffes vgl. Homfeldt/Schröer/Schweppe 2008.

6 Der Befähigungsansatz basiert auf der menschlichen Kapazität zu praktischer Vernunft und Bindung, einschließlich Entscheidungsfreiheit über die Nutzung körperlicher, emotionaler und gedanklicher Fähigkeiten (vgl. Nussbaum 1999).

7 Im Kontext neoliberaler Subjektivierungsweisen wird dieses Spannungsverhältnis einseitig durch Selbststeuerungsanforderungen und Reprivatisierungen sozialer Einrichtungen in Richtung Selbstverantwortung aufgelöst (vgl. Ludwig 2006).

Im Praxisfeld körperlich eingeschränkter Menschen haben wir vier Netze zur Unterstützung von drei Männern und einer Frau befragt, alle ebenfalls im erwerbsfähigen Alter, mit unterschiedlichen Erkrankungen (seit Geburt oder dem Erwachsenenalter) und verschiedenen Graden des Unterstützungsbedarfs (durch Lähmungen des Unterleibs, teils auch der Arme, oder Erblindung) und in unterschiedlichen Lebenslagen (familial bis allein lebend), wobei in zwei Netzen langjährigen Freundschaften eine hohe Bedeutung zukam. Alle Unterstützten wollten tätig sein oder werden (Erwerbstätigkeit und/oder ehrenamtliche Arbeit).

Im Praxisfeld hilfebedürftiger alter Menschen wurden vier Netze der Unterstützung von drei Frauen und einem Mann mit unterschiedlichen krankheits- und altersbedingten Einschränkungen (Diabetes, Alzheimer, Depression, Gebrechlichkeit) untersucht. Alle erhielten Unterstützung von jeweils einer Angehörigen[8] (die drei Frauen von ihrer Tochter, der Mann von seiner Ehefrau), mit denen sie in einem Haushalt oder Haus zusammenlebten.

3.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Strukturen untersuchter Care-Netze

Um die Rahmenbedingungen der Gestaltungsmöglichkeiten und -grenzen des Doing Care zu verdeutlichen, werden zunächst charakteristische Merkmale der Netzwerke in den verschiedenen Praxisfeldern aufgezeigt. Einige Gemeinsamkeiten sind durch die Untersuchung vorgegeben, denn sie bilden unsere Erhebungskriterien ab: Alle Unterstützten bedürfen kontinuierlicher Hilfe, erhalten informelle und formelle Betreuungen und leben in einem privaten Haushalt.[9] Durch Bildung von Auswertungskategorien mittels offenen Codierens, das heißt in Auseinandersetzung mit dem Material[10] (vgl. Schmidt 2003), konnten weitere Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet werden. Als zentral erwiesen sich die Kategorien: Lebensmittelpunkt, Netzwerkgestaltung, Zusammenhalt von Generationen und Geschlechtern, Rolle verschiedener Unterstützungsgruppen, Themen des Unterstützungsbedarfs. Die anhand dieser Kategorien gefundenen konkreten Merkmale charakterisieren die untersuchten Netze in folgender Weise:

- Ein wichtiger Aspekt der Lebenssituation der zwölf unterstützten Frauen und Männer bezieht sich auf den Lebensmittelpunkt, der entweder auf das häusliche Umfeld konzentriert oder zwischen häuslichem Umfeld und ambulanten Maßnahmen angesiedelt ist.[11] In allen drei Praxisfeldern lässt sich jeweils die Hälfte als derzeit einpolig respektive zweipolig beschreiben, wobei sich Lebensmittelpunkte lebensgeschichtlich verschieben können.

8 Gemeinsam ist diesen Netzen, dass sich andere Verwandte kaum an der alltäglichen Sorge beteiligen.

9 Es sollten längerfristige Prozesse erfasst werden, in denen sich Beziehungen entwickeln und wo die Herstellungsleistung von Care bei den Beteiligten liegt. Unterstützte Frauen und Männer sollten befragt werden, da Gender Individuen und soziale Strukturen prägt, sowie informelle, ehrenamtliche und professionelle Kräfte eingebunden sein, um das Zusammenspiel untersuchen zu können.

10 Zugrunde gelegt wurden: je 40 Sachfragebögen zu Sozialdaten, Interviewprotokollbögen, Interviews, Netzwerkkarten und 12 teilnehmende Beobachtungen.

11 Dennoch finden sich auch unterschiedliche Haltungen der Unterstützten zu formellen Unterstützungsangeboten, besonders bezüglich stationärer und teilstationärer Einrichtungen.

- Relevant für alle Netzwerke ist die Frage, wer für die Herstellung und Aufrechterhaltung des Netzes die Verantwortung übernimmt. Während diese Aufgabe in den Netzen hilfebedürftiger alter Menschen nur noch wenig bei ihnen selbst liegt, sind in den Netzen psychisch erkrankter und physisch beeinträchtigter Menschen eher die Unterstützten selbst aktiv – in Kooperation mit entsprechenden Diensten. Für fast alle Netze gilt, dass die Genehmigung von Maßnahmen seitens betreffender Stellen eine Rolle spielt, das heißt, es gilt sozialstaatliche Möglichkeiten herauszufinden und durchzusetzen.
- Recht verschieden gestaltet sich der Zusammenhalt von Generationen und Geschlechtern: Während die Norm der Sorgeübernahme zwischen den Generationen[12] (insbesondere Töchter) und das darin eingebettete Geschlechterverhältnis (vor allem Frauen) und die besondere Gefühlsaufgeladenheit dieser Unterstützungsform in den Netzen alter Menschen hervortreten, spielt intergenerationelle Sorge in den Netzen psychisch erkrankter Menschen eine vergleichsweise geringe Rolle. In den Netzen behinderter Menschen zeigt sich der Zusammenhalt zwischen den Generationen vor allem auf der Mutter-Kind-Ebene bei angeborenen Beeinträchtigungen. Bei Beeinträchtigungen, die im Erwachsenenalter entstanden sind, gibt es auch alternative Modelle, wie die Versorgung durch FreundInnen. Insgesamt finden sich unter den 28 zentralen Unterstützenden vier Männer (zwei informell und zwei professionell Sorgende), die anderen 24 sind – der weiblichen Konnotierung von Care entsprechend – Praxisfeld-übergreifend Frauen.
- In allen Praxisfeldern sind unterschiedliche Ausgestaltungen der Sorgeübernahme durch die verschiedenen Unterstützungsgruppen anzutreffen. Aufgrund des hohen Grades der Professionalisierung in den untersuchten Netzen psychisch erkrankter und behinderter Menschen hat dort ehrenamtliche Arbeit eine relativ geringe Bedeutung, hingegen wird die Rolle dieser Tätigkeit in den untersuchten Netzen alter Menschen deutlicher sichtbar. Ehrenamtlich Helfenden kommt teils eine Scharnierfunktion zwischen professioneller und familialer Sorge zu, teils versuchen alle AkteurInnen, die Ehrenamtlichen auf ihre Seite zu ziehen, woraus sich für diese ein mehr oder weniger großer Handlungsspielraum ergibt. Die untersuchten Ehrenamtlichen selbst sind engagierte ältere Frauen in zumeist kirchlichen Organisationen. Bezogen auf professionelle Sorge finden sich hinsichtlich Grad und Art und Weise des Sich-Einlassens mannigfaltige Formen – von zurückhaltend minimalistisch bis mütterlich versorgend.
- Für den jeweiligen Unterstützungsbedarf relevante Themen sind in allen Netzen erkennbar und verweisen auf die asymmetrische Situation zwischen Unterstützten und Unterstützenden und Konstruktionen von Abhängigkeit. Diese praxisfeldspezifischen Ausprägungen von Angewiesenheit werden in den folgenden Unterpunkten bezogen auf zentrale Merkmale skizziert und in Kapitel 4 hinsichtlich der verschiedenen Handlungs- und Bewältigungsmuster dargelegt.

12 Für diesen Gedanken danke ich Marianne Schmidbaur.

3.3 Netzwerkthema psychisch erkrankter Menschen: Ortlosigkeit und die Bedeutung sozialer Angebote

Alle Unterstützten haben ihren früheren Lebensmittelpunkt (Erwerbsarbeit, Familie, soziales Umfeld) verloren, befinden sich mehr oder weniger auf der Suche nach sozialen Orten und halten Kontakt zu verschiedenen Einrichtungen. Selbst die in eine Partnerschaft Eingebundenen sind entweder gemeinsam isoliert oder die Partnerschaft als solche ist hoch problematisch. Das macht neue Freundschaften wichtig, nicht selten aus dem Umfeld psychisch Erkrankter, die sich als gegenseitig unterstützend verstehen. Die hohe Bedeutung alltagsstrukturierender sozialer Einrichtungen wirft für die am Netz beteiligten Professionellen die Frage auf, wie dieser Raum zu gestalten ist, wenn er eine schützende Funktion haben soll, ohne die Isolierung zu festigen. Es gilt, vor den Anforderungen des erwachsenen Lebens abzuschirmen, was aber eine Verinselung fördert, welche die Fiktion nährt, dass das Schwierige draußen gehalten werden könne. Doch für eine Zeit schafft ein solcher Ort Entlastung, bietet Halt und dient der Krisenbewältigung.

3.4 Netzwerkthema physisch beeinträchtigter Menschen: körperliche Einschränkungen und die Sicherung von Teilhabe und Pflege

Kennzeichnendes Thema dieser Netze ist die Auseinandersetzung mit körperbezogener Angewiesenheit, sowohl hinsichtlich der Ermöglichung eines Zugangs zur Welt – räumlich und sozial – als auch hinsichtlich der Körperfunktionen und -pflege. Eine entsprechend hohe Bedeutung kommt dem Umgang mit dem Körper und dem Verhältnis zur Pflege zu, wobei sich folgende Aspekte unterscheiden lassen, die Varianten körperbezogener Angewiesenheit verdeutlichen: Körperpflege, Ausscheidungen, Essen, Sexualität, bewegt werden/sich selbst bewegen. Insbesondere der Umgang mit Sexualität scheint gesellschaftlichen Normen entsprechend geschlechtsspezifisch unterschiedlich zu sein (von Tabuisierung/Ignorierung bis Einforderung). Die Bewältigung der leiblichen Ebene von Angewiesenheit zeigt sich in diesem Praxisfeld besonders prägnant, weil deutlich wird, wie sehr das Gelingen der Unterstützung angesichts notwendiger Überschreitung von Körpergrenzen von zwischenmenschlicher Kooperation abhängt. Für die vier Netze lässt sich das Verhältnis von informeller zu formeller Betreuung auf einer Stufenleiter beschreiben, wobei die Netzwerkorganisation desto eher in den Händen der Unterstützten liegt, je zentraler die professionelle Hilfe ist: 1. vor allem familial (insbesondere die Mutter) und punktuell professionelle Dienste, 2. eher informell (durch den Freund), aber auch teilstationäre Rehabilitation, 3. eher professionell (insbesondere durch tägliche Pflege), aber auch kontinuierliche familiale Ergänzung (durch die Ehefrau), 4. vor allem professionell (tägliche Pflege und Assistenz), verstanden von den AkteurInnen als ein Familiensystem/Familienbetrieb.

3.5 Netzwerkthema hilfebedürftiger alter Menschen: Verlust von Eigenständigkeit und das Maß der Umsorgung

Alle Unterstützten dieser Netze äußern Wünsche nach Eigenständigkeit bei gleichzeitig deutlichen Bedürfnissen nach Umsorgung respektive Anwesenheit familial Sorgender.

Insbesondere Letztere beschäftigen sich mit Fragen des Grades notwendiger Versorgung und eigenen Freiheitsräumen sowie mit Entlastungsmöglichkeiten und -grenzen formalisierter Unterstützungsformen. Während zwei der Unterstützten eine Tagesstätte besuchen und zudem ehrenamtlich versorgt werden, liegt die Hauptunterstützung in den beiden anderen Netzen bei den privat Sorgenden mit erheblichen Konsequenzen für deren Lebensführung. Damit stehen diese Netze für zwei unterschiedliche Modelle von Care: dem familienzentrierten mit etwas professioneller Unterstützung und dem Mixmodell, bei dem ein relevanter Teil der Sorge zwischen familialer Unterstützung und ambulanten Angeboten aufgeteilt wird. Beide Netzformen weisen Stärken und Schwächen auf: Die Zentrierung von Care auf eine Person des privaten Netzes mag dem Bedürfnis der Betreuten entgegenkommen, wirft aber die Frage auf, wie diese angesichts eines erwartbaren, zunehmenden Bedarfs verkraftbar ist oder durch steigende professionelle Betreuung aufgefangen werden kann, soweit die beteiligten AkteurInnen das wollen und dem keine finanziellen Hindernisse entgegenstehen. Ein eher zweipoliges Netz hat den Vorteil der Entlastung informell Unterstützender und für die unterstützte Person den Vorteil der Teilhabe an einem weiteren Lebensbereich, wirft aber die Frage nach Abstimmung und gegenseitiger Anerkennung auf.

4 Doing Care: Handlungs- und Bewältigungsmuster in den Unterstützungsnetzen der erfassten Praxisfelder

Im Folgenden sollen aus dem empirischen Material herausgearbeitete Thematisierungen des Unterstützungsbedarfs – Ortlosigkeit, körperliche Einschränkungen und Verlust von Eigenständigkeit – bezogen auf daraus hervorgehende Handlungs- und Bewältigungsmuster untersucht werden. Diese Thematisierungen sind weniger als getrennte Bereiche denn als Zuspitzungen des übergreifenden Themas Angewiesenheit zu verstehen, die in verschiedenen Feldern von Care unterschiedlich hervortreten.

4.1 Umgang mit Ortlosigkeit in Netzen psychisch erkrankter Menschen

Angesichts empfundener Ortlosigkeit steht für die Unterstützten Halt im Alltag in doppelter Weise im Vordergrund: als Einbindung in gesellschaftliche Strukturen und als Aufbau persönlicher Kontakte. Die Bedeutung, die sozialen Angeboten und dort tätigen Professionellen zukommt, soll am Beispiel zweier Netze[13] dargelegt werden, in denen es in unterschiedlicher Weise gelingt, den Bedarf nach Tagesstrukturierung abzudecken. Zudem werden verschiedene Formen sozialer Interaktion in Institutionen deutlich.

Insbesondere Tagesstätten scheinen die Aufgabe der Einbindung zu erfüllen, denn sie bieten tagesfüllende Beschäftigung und gute Kontaktmöglichkeiten. So findet Herr Appel[14] in einer Tagesstätte Orientierung und weitgehend selbstbestimmte Tätigkeit, ohne den Stress, der zu seiner Erkrankung geführt hat.

13 Die beiden anderen Netze ähneln in diesen Punkten jeweils einem der hier vorgestellten Netze.
14 Die fiktiven Namen aller Unterstützten beginnen mit A, nichtverwandter, informell Unterstützender mit D, formell Unterstützender mit E bzw. bei mehreren mit F.

Herr Appel: „Die Tagesstätte gibt mir sehr viel Halt. Dadurch hab ich einen geregelten Alltag. […] Hier hab ich en festen Rahmen, kann im Werkraum arbeiten oder andere Arbeiten machen. […] Hier wird kein Druck ausgeübt, das hilft mir, mich neu aufzurichten, nachdem ich ganz unten gewesen bin durch den Druck von außen. Wenn die Konzentration abreißt, bin ich zu nix mehr zu gebrauchen. Ich muss sehn, dass ich immer punktgenau fit bin, dass ich mich wirklich zusammenreiße und für eine Stunde konzentriert bin. Dadurch, dass ich krank geworden bin, habe ich net mehr die Möglichkeit, größere Sachen in Angriff zu nehmen. Wenn ich seh, es wird nix mehr, hör ich einfach auf."

Dennoch hat er weiterhin einen hohen Anspruch an sich, den er nicht durchhält. Daher ist ihm der enge Kontakt zu den MitarbeiterInnen, insbesondere seiner Betreuerin Frau Eich, wichtig, die ihn in seinen Bedürfnissen unterstützen und in seiner Aktivität und Hilfsbereitschaft anerkennen. Doch das fünfmal genutzte Wort „sehr" lässt auch erahnen, dass die Beziehungsgestaltung für die Betreuerin Kraft braucht.

Frau Eich (Betreuerin): „Er ist jemand, der sich sehr viel Hilfe selbstständig sucht und sehr aktiv sein möchte. Er macht sehr viel Kontakt mit uns, viel in der Werkstatt und holt sich dementsprechend Hilfe. Er geht aktiv auf Menschen zu, ist sehr hilfsbereit, kommt dadurch aber auch sehr schnell an seine Grenzen. Da müssen wir darauf achten, dass er sich nicht überfordert."

Im Netz von Frau Albrecht spielen Institutionen ebenfalls eine alltagsstützende Rolle, aber nur als stundenweise Angebote, wodurch große Zeitlücken entstehen, die sie mühsam überbrücken muss. Aber auch sie findet dort Kontakte, weniger zu den Professionellen als zu anderen KlientInnen.

Frau Albrecht: „Ich geh in 'ne Selbsthilfegruppe für Borderliner und da treff ich mich auch mit Freunden. Hab meine Termine bei der Therapeutin und bei der Frau Emmel (ihre Sozialarbeiterin, d. A.). Ich muss mich schon ganz straffen: Ich schreib mir immer auf, was ich alles machen will, weil, wenn ich nichts habe, fall ich immer runter. Dann weiß ich, dann steh ich gar nich erst auf. Deswegen brauch ich en ganz gutes Gerüst."

Auch die praktischen Hilfen[15] von Frau Emmel sind ihr in zweifacher Hinsicht wichtig: zur Bewältigung bürokratischer Alltagsaufgaben und als Wertschätzung, indem sich jemand für sie einsetzt. Insbesondere die gefühlsmäßige Beteiligung der Sozialarbeiterin an ihrem Schicksal und deren energischer Einsatz tun ihr gut.

Frau Albrecht: „Mit'm Arbeitsamt hatt ich Probleme, die (Frau Emmel, d. A.) is richtig sauer geworden und hat gesacht: „Das steht Ihnen aber zu". Das ist zwar so, dass ich dann selbst anrufe, aber damals konnt ich nich, als das war. Hat sie immer angerufen und gesagt: „Die Frau muss auch was essen, jetzt schreiben Sie mal nen Gutschein für 50 €!" Hat se für mich angerufen, dann musst ich mir das nur noch abholen. Das fand ich gut."

Frau Emmel selbst sieht in ihrer praktischen Unterstützung eine wichtige Aufgabe, aber gleichzeitig gerät sie ob der Alltagsnähe unter Rechtfertigungsdruck, weil sie sich auf „ganz einfache" Dinge bezieht, für die sie keine professionelle Wertschätzung erwartet. Damit wird ein Spannungsfeld zwischen Bedarf und Professionalitätsnormen deutlich.

15 Ihre Therapie wurde aus Kostengründen zu ihrem Bedauern ausgesetzt, die oben genannte Therapeutin ist nur für die Regelung von Maßnahmen zuständig; ein kostenfreies Therapieangebot bei einer Beratungsstelle hat sie aufgrund des Personenwechsels abgelehnt.

Frau Emmel: „Das sind oft ganz einfache Alltagssachen oder Fragen, die für mich ganz logisch klingen, aber oft ist das für die Leute hier echt schwierig, weil sie dann überfordert sind, so mit Kleinigkeiten. Wo wir sagen würden „das ist doch kein Ding, da ruf ich jetzt an", weil sie Rechte durchsetzen müssen, das ist oft ganz schwer."

Die Suche nach Kontakt und die Bedeutung der Institutionen werden in beiden Netzen noch einmal aus der Perspektive informeller Bemühungen – einschließlich unterschiedlicher Erfolge – deutlich. Herr Appel und seine Frau leben in engster Partnerschaft und haben durch seine Erkrankung Freundeskreis und Familie (der sie seine Erkrankung wegen befürchteter Verständnislosigkeit verschweigen) verloren und jenseits der Kontakte in Institutionen ihre Suche aufgegeben.

Herr Appel: „Wir sind net nur Eheleute, mir sinn aach wie Zwillinge. Aber wir ham kein soziales Netz, wie mer des nennt. Wir ham des immer mal probiert, mit annere Mensche Freundschafte zu schließe, aber des is immer in die Hose gegangen. Jetzt mache mer 's net mehr."

Auch Frau Appel, die zu ihrem Mann steht und der es mit ihrer umfassenden Unterstützung „gut" geht, aber unter der Isolation leidet, richtet ihre sozialen Kontakte zusammen mit ihrem Mann auf Einrichtungen psychisch Kranker aus: Sie nimmt an Freizeitveranstaltungen der Tagesstätte teil, geht mit zu gesundheitlichen Beratungen ihres Mannes und hat selbst schon Rat gesucht. Beide sind voll des überschwänglichen Lobes auf die Tagesstätte, auf die vielleicht deshalb kein Schatten fallen darf, weil sie ihnen großen Halt bietet, auch wenn oder weil Herr Appel sie zwischenzeitlich aufgrund von Überforderung verlässt, denn jenseits dieser Einrichtung kommt nichts mehr. Es ist ein fragiles System, in das beide Eheleute eingebunden sind.

Frau Appel: „Wie der (ihr Mann, d. A.) hierher (in die Tagesstätte, d. A.) kam vor vier Jahren, es war ganz toll. Da hat er ne Struktur gehabt, wird zusammen was unternommen, wöchentlich ist en Café, wo Menschen auch von außen kommen, da bin ich immer mitgekommen. […] Dann ham wir mit'm Arzt gesprochen – er ist ja in psychiatrischer Behandlung, da geh ich immer mit – der sagt, wenn's ihm zu viel wird, lieber rausgehen in Wald, was er früher sehr gerne gemacht hat. […] Wenn er nach Hause kommt, sitzt auf der Couch und sacht „Ich bin heut platt, kann nicht mehr, lass mich mal ganz in Ruhe", dann sach ich „Werd erst mal ruhig, vielleicht sollst Du emal anrufen und en Tag wieder nich hingehn". Des is en ganz tolles Team, sehr engagiert, die sind total lieb und wir sind alle froh, dass es das hier gibt."

Während Herr Appel auf Kontakte zu MitarbeiterInnen in Institutionen setzt, geht Frau Albrecht einen anderen Weg, indem sie in Institutionen Beziehungen zu anderen Patientinnen aufbaut. Sie lebt derzeit in einer ihr wenig Kontakte bietenden institutionalisierten Wohngemeinschaft. Ihre derzeit engste Freundin, von der sie sich unterstützt fühlt, hat sie vor einem Jahr bei einem gemeinsamen Aufenthalt in der Psychiatrie kennengelernt.

Frau Albrecht: „Wir ham uns da super verstanden. Das ist eine, die nachfragt. Ob ich das und das erledigt habe (schmunzelt). Und ich hab sie einfach gerne. Sie kann vieles nachvollziehn, weil sie ne ähnliche Geschichte hat wie ich. […] Dann sind wir mal Schwimmen gegangen, warn auch schon mal spaziern, zurzeit stricken wir."

Die Freundin, Frau Debus, betont, wie wichtig auch ihr die gegenseitige Unterstützung in der Klinik war und wie sich die Freundschaft weiter entwickelt hat, indem sie gemeinsam

etwas unternehmen, auch wenn der Kontakt geringer geworden ist. Welche gemeinsame „Thematik" sie verbindet, bleibt offen, doch beide waren auf der Frauenstation.

Frau Debus: „Wir ham uns letztes Jahr in der Klinik kennengelernt. Wir war'n jetzt auch wieder zusammen in der Klinik gewesen. Da wir beide mit derselben Thematik da sind, haben wir uns ziemlich unterstützt gegenseitig, war uns gegenseitig sehr große Hilfe gewesen. Einfach für den andern nur da zu sein, ohne großartig reden (lacht leise). […] Auch nach der Klinik (in Kontakt, d. A.) geblieben. […] Es ist schon ne ziemlich enge Freundschaft geworden in der Zeit."

In den exemplarisch vorgestellten Netzen stellen sozialpsychiatrische Einrichtungen eine bedeutende Stütze im Ringen mit der Ortlosigkeit dar, wenn sie zu Orten werden, in denen sich die Unterstützten anerkannt fühlen und eine soziale Heimat finden. Die von insgesamt drei der vier Unterstützten geäußerte Scham über die Erkrankung bewirkt einen Abstand zu nicht erkrankten Menschen und aktiviert Wünsche nach neuen Zugehörigkeiten. Eine Möglichkeit ist dann, sich im Umfeld der Institutionen „einzurichten" im Sinne einer Verankerung an sozialen Orten psychisch erkrankter Menschen, da diese einander Halt zu geben vermögen und Professionelle eine wichtige Stütze und oft die einzige Verbindung zur „normalen" Gesellschaft darstellen. Alltägliche Hilfen ermöglichen eine gesellschaftliche Anbindung, die die Unterstützten derzeit allein nicht bewältigen können. Doch auf professioneller Ebene verbindet sich mit diesen Aufgaben des Alltags die Frage: Wie kann eine Wertschätzung des Alltäglichen in das Selbstverständnis Sozialer Arbeit einbezogen werden, nicht zuletzt, um die Geringschätzung des weiblich konnotierten „einfachen" Sorgens zu überwinden?

4.2 Umgang mit körperlicher Einschränkung in Netzen physisch beeinträchtigter Menschen

Alle vier befragten Unterstützten setzen sich mit ihrer Angewiesenheit auf körperbezogene Hilfe auseinander und entwickeln einen eigenen Standpunkt, von dem aus sie ihre Wünsche formulieren und deren Umsetzung auszuhandeln suchen. Dabei kommt der interaktiven Seite körperlicher Unterstützung eine zentrale Rolle zu, in der Formen der Kooperation ebenso wie Grenzziehungen ausbalanciert werden.

Für Frau Achenbach ist ihr Unterstützungsbedarf eine Tatsache, mit der sie lebt.

Frau Achenbach: „Ich bin von Geburt an querschnittgelähmt und von daher is es schon en Leben lang, dass ich Unterstützung brauch, zum Beispiel beim Kochen oder beim Duschen, bei Alltäglichem wie Haare machen."

Hingegen ist es für Herrn Alsmann, der erst vor gut einem Jahr erblindete, (noch) eine Frage des Ausbalancierens zwischen Hilfe brauchen und selbst machen, da er sich nur schwer an seinen Unterstützungsbedarf gewöhnt und sich bemüht, andere nicht zu sehr zu beanspruchen.

Herr Alsmann: „Es gibt schwierige Situationen, wo mir manchmal schwer fällt, Unterstützung anzunehmen, wo ich zu eigensinnig (fragend) bin. Weil ich Dinge selber erledigen möchte, die ich dann merke, dass ich sie nicht kann, dass ich Hilfe in Anspruch nehmen muss und das fällt mir noch sehr schwer, da bin ich noch zu unsicher. Ich möcht den Leuten nich zu sehr zur Last fallen, ich mach dann manchmal Fehler, im Haushalt oder so. Ich war anfänglich sehr ungeduldig."

Der Umgang mit Unterstützung ist bei den Einzelnen sehr unterschiedlich und reicht von Problemen mit der eigenen Unterstützungsbedürftigkeit wie bei Herrn Alsmann bis zur Vorgabe einzelner Unterstützungshandlungen wie bei Herrn Asanger, der davon ausgeht, dass alles genau so gemacht wird, wie wenn er es selber machen könnte. Das verschafft ihm ein Gefühl der Handlungsmächtigkeit, die ihm weitgehend nur über andere möglich ist:

Herr Asanger: „Grundsätzlich isses so, dass die Personen (seine Assistentinnen, d. A.) alles machen müssen, was ich nicht kann bzw. quasi meine verlängerten Arme sind. Das fängt an von helfen, Essen zuzubereiten, hauswirtschaftliche Sachen zu machen, was halt zu einem, ja, normalen Leben dazugehört. Kochen is en gutes Beispiel. Weil des etwas is, wo jeder Mensch benötigt. Wirklich zu kucken, dass ich nit da hinner stehn muss, sondern sag, des und des machste bitte, und derjenige macht des dann so."

Neben menschlicher Hilfe spielt besonders für zwei der männlichen Unterstützten die Aneignung von Techniken eine wichtige Rolle, für deren Umsetzung zum Beispiel Herr Adam, der seit kürzerer Zeit im Rollstuhl sitzt, wiederum auf einen Freund angewiesen ist.

Herr Adam: „Dadurch, dass ich langsam etwas fitter werde, werde ich auch etwas selbstständiger. Wobei, durch die Teillähmung meiner Hände bin ich noch sehr eingeschränkt. […] Essen ist derzeit noch nicht möglich, ich arbeite da dran mit entsprechenden Hilfsmitteln, die ich mir teilweise selbst bau. Im Prinzip ist es mir nicht möglich, ein Buch aus dem Regal zu ziehen, wo ich mir aber auch schon ein entsprechendes Hilfsmittel ausgedacht habe. Viel Zeit geht für entsprechende Konstruktionen drauf, wo ich glücklicherweise Freunde und meinen Kollegen hab, die mir bei der Realisierung von meinen teilweise etwas abwegigen Ideen (lacht leicht) helfen, die aber wirklich weitgehend funktionieren."

Während Ralf Adam und Martin Dürr früher gemeinsam berufsbezogene Sachen ausgetüftelt haben, basteln sie heute Hilfsmittel, denn letzterer spürt, wie wichtig seinem Freund größtmögliche Unabhängigkeit ist und möchte ihn dabei unterstützen.

Herr Dürr: „Wie kommt er durch kleinere oder größere Hilfsmittel wieder zu 'ner Mobilität, wo für ihn akzeptabel is? Da ham wa im Laden so 'ne Kralle gefunden, 'nen Rückenkratzer, ham wir ein Bändchen dran gemacht, dass er sich's richtig um den Arm hängen kann, ham wir vorne einen alten Ikea-Magneten dran geklebt, den wir ein bisschen besser befestigen müssen, un so Kleinigkeiten. Das sin so Ideen, da kann er sich mal selber was aufheben, das is unheimlich wichtig für'n Ralf, dass er net bei jeder Kleinigkeit sagen muss, kann mal jemand kommen."

Auch bezogen auf Körperpflege und körperliche Verrichtungen müssen und wollen sich die vier Unterstützten (in unterschiedlichem Maß) Freiheitsspielräume erarbeiten. Da kann angesichts des notwendigen Kathetersetzens der Unterleib der erwachsenen Tochter zu einem wichtigen Aushandlungsthema zwischen Mutter und Tochter werden beziehungsweise lebenslang bleiben. Während die Tochter, Rita Achenbach, sich als selbstständig sieht und Selbstkatheterisierung neben dem Erwerb des Führerscheins als die zwei „größten Einschnitte" in Richtung Selbstständigkeit erlebt, macht die Mutter, Frau Achenbach, sich weiterhin große Sorgen.

Rita Achenbach: „In der Klinik ham wir gsacht: „Könnt mer noch diesen Selbstkatheterismus lernen?" Das war für die kein Thema, die ham mir des sofort beigebracht, innerhalb von 14 Tagen hatt ich des drin und seit der Zeit mach ich des selbst. Früher hat mich meine Mutter kathetert und irgendwann hab ich gesagt: Ich bin alt genug, muss es selbst lernen, wenn du mal nimmer kannst, muss ich des alleine können."

Frau Achenbach: „Das Thema Urologie is ganz ein großes Thema bei uns, da kommen wir oft amal hinner nander. Also sie tut ihren Unterleib praktisch ab, der existiert für sie net. […] Dann war se im betreuten Wohnen (zur Ausbildung, d. A.), aber was die urologischen Probleme angegangen is, war's zum Teil so schlecht, dass se gedacht ham, sie muss in die Klinik. Das hat se so schleifen lassen, des ist ein Streitpunkt bei uns: Immer wenn sie unbeobachtet, also selbstständig war, dass se net zu Hause war, dann lässt se des schleifen, weil se net akzeptiern kann, dass se des braucht."

Hier wird deutlich, wie schwierig die Frage der Selbstverantwortung einerseits und der Fürsorglichkeit andererseits besonders in Kontexten informeller Sorge zu verhandeln ist.

Körperbezogenheit ist auch in professionellem Kontext ein Thema, wie sich besonders im Netz von Herrn Asanger zeigt, der nicht nur seinerseits die Unterstützenden als verlängerten Arm sieht, sondern seine Pflegerin Frau Eggers versteht sich selbst auch so.

Frau Eggers: „Pflegerisch ist es so, dass wir jeden Tag morgens hingehen, wo die komplette Grundpflege gemacht wird, einfach alles, was er anordnet. Man ist ja sein Handlanger. Wenn er's selber machen könnte, würd er's selber machen. So sind wir sein verlängerter Arm."

Damit wird die Frage der Selbst- und Fremdbestimmung über eigene und fremde Körperteile und -fähigkeiten zu einem wichtigen Thema für die beteiligten AkteurInnen. Herr Asanger fasst diese Lebensform zusammen als „Wir sin ne Einheit sozusagen". Grenzziehungen, die der Selbstachtung aller Beteiligten gerecht werden, sind immer wieder neu auszuhandeln, da Körpergrenzen einen zentralen Aspekt der eigenen Identität darstellen. Wie belastend das sein kann, berichtet die Pflegerin Frau Dallmann, zunächst angestellt, später mit dem Unterstützten auch freundschaftlich verbunden.

Frau Dallmann: „Wo ich gesacht hab, ich muss die Reißleine ziehn, es bringt nix! Ich hab des es erste Mal entschieden für mich, wo ich abends ganz spät nach Hause kam (von der Pflege, d. A.) und wir haben nen Hund. Der holt mich abends immer an der Haustür ab. Ich geh rein, der Hund kommt und ich geb dem en Tritt, dass der bis hintern Schirmständer fliegt. Da war für mich der Punkt: Schluss, aus! Jetzt oder nie! So hab ich's auch gemacht. En gutes Jahr hab ich pausiert."

Die Bedeutung zeitlicher Grenzziehungen in der intensiven Pflege hebt auch Herr Dantz hervor, der in einem anderen Netz täglich viele Stunden für seinen langjährigen Freund aufbringt und dessen „Hauptansprechpartner" ist. Dabei spielt der Glaube an eine absehbare gesundheitliche Stabilisierung eine große Rolle.

Herr Dantz: „Ich krieg das (die Unterstützung, d. A.) ganz gut geregelt, obwohl ich extrem viele Abstriche mache. Was mich ein bisschen positiver stimmt, dass es ne absehbare Zeit ist. Es is nich so ne abstrakte Hoffnung […], sondern ich bin der Meinung, dass es funktionieren kann. Sonst hätte ich gleich sagen können, das schaff' ich nicht, da lass ich die Finger von, soll sich 'n anderer drum kümmern."

Im Netz von Herrn Adam stellen – im professionellen Kontext – „Teamarbeit" und Kooperation auf Augenhöhe eine befriedigende Möglichkeit zur Bewältigung der Pflegeanforderungen für die AkteurInnen dar. Diese Haltung verweist auf die von beiden empfundene gegenseitige Angewiesenheit in der Bewältigung der Aufgabe, gestützt von der Bereitschaft der Pflegekraft Frau Enke, sich auf den Unterstützten einzulassen.

Frau Enke: „Dann hatt ich ihn jeden Morgen zur Pflege und wir waren dann ein eingespieltes Team. […] Die Schwierigkeit (am Anfang, d. A.) war, ihn zu behandeln – wie er es immer gerne möchte – als

gleichwertig und gleichzeitig aber zu sehen, dass er nun mal nicht mehr alleine kann. Da 'n gesundes Mittelmaß zu finden im Umgang mit ihm, mit der Sprache. Am Anfang war ich sehr vorsichtig, hab aber gemerkt, dass ihm das überhaupt net gefällt, dieses Betutteln und: wie geht's denn? Das mochte er gar nicht, lieber so: moin, wie hat denn Schalke gespielt?"

Der Teamgedanke lässt sich als eine den jeweils Anderen respektierende Form des Umgangs mit der notwendigen Überschreitung von Intimitätsgrenzen interpretieren, die den AkteurInnen die erforderliche körperliche Unterstützung erträglich macht, für die aber entsprechend Raum und Zeit vorhanden sein muss.

4.3 Umgang mit Eigenständigkeit in Netzen hilfebedürftiger alter Menschen

Neben tendenziell klaglosem Sich-Einfügen in das vorgesehene Betreuungsarrangement zeigen die vier unterstützten alten Menschen Grade von Eigensinn und Durchsetzungswillen, um sich in ihrem Netz Momente der Unabhängigkeit zu bewahren. Am Beispiel von Frau Anders zeigt sich besonders deutlich, wie sehr es darauf ankommt, zum einen Zugang zu Unterstützungsangeboten zu finden, zum anderen in diesen ausreichend Handlungsfreiheit zu erhalten. In allen vier Netzen nehmen auf diese Frage die jeweils informell Sorgenden Einfluss, indem sie weitere Unterstützungsformen entweder vorantreiben oder bremsen, wie in diesem Fall, zumindest in den Augen von Frau Anders. Frau Anders lebt im Haus ihrer Tochter und fühlt sich dort nicht gut eingebettet, daher besucht sie jetzt auch sonntags – von ihrem Geld – die Tagesstätte. Dieser Schritt lässt sich als Appell an ihre Familie verstehen, aber ebenso als Fähigkeit, sich selbst zu helfen und ihre Interessen durchzusetzen:

Frau Anders: „Seit September is des Sonntags auch offen. Da hab ich gesacht (zur Tochter, d. A.), ich geh net bloß einen Sonntag, ich geh jeden Sonntag hin. Ich krieg schließlich Rente. Ich sach, ihr seid jeden Sonntag fort, des is auch nichts, wenn man den ganzen Tach alleine is. Und wo will ich auch hin? Dann biste wenigstens unter Leut."

Auch in der Tagesstätte meldet Frau Anders laut der Leiterin, Frau Eggermann, ihre Wünsche an, die diese ihr nach Selbstaussage gestattet.

Frau Eggermann: „Wir ham zwo Ruheräume, des mag se net. Sie liegt lieber im Speiseraum in nem Sessel, wo se alles mitbekommt und wo se zwar oft gestört is, weil da andre sich auch aufhalten, die nicht schlafen, aber ihr ist es lieber so. Sie schläft trotzdem in dieser Geräuschkulisse ganz gut und fest."

Die Vorliebe von Frau Anders, im Gemeinschaftsraum zu schlafen, steht möglicherweise für die Erfüllung des Wunsches, Menschen um sich zu haben, denn bei der Tochter fühlt sie sich allein, und vielleicht gefällt ihr auch das Stück Kontrolle über das Geschehen.

Auch hinsichtlich einer zusätzlichen, ehrenamtlichen Einzelbetreuung nimmt sie ihre Interessen wahr und stimmt dieser nach Anfrage durch die Gemeinde zu, weil sie ihrem Wunsch nach Mobilität entspricht. Wobei dieser Wunsch vielleicht einfacher zu artikulieren ist als ein möglicher Beziehungswunsch.

Frau Anders: „Wir ham so nen Diakon, dann kam der, hab ich gesacht, gut, wenn ich da wo hingefahrn werd, nehm ich des in Anspruch."

Die ehrenamtliche Betreuerin, Frau Daum, betont ebenfalls die Wahlmöglichkeit von Frau Anders bei der Kontaktaufnahme, dabei beschreibt sie diese weniger als beidseitige denn als einseitige. Doch beide sind von einander angetan und sie selbst sieht in der Begegnung einen Gewinn aufgrund der ihr entgegengebrachten Offenheit, die ihren eigenen Kontaktwunsch deutlich macht.

Frau Daum: „Die Elfriede (Frau Anders, d. A.) hat sich bereit erklärt, mich mal anzugucken, dann bin ich hingegangen und hab mich vorgestellt. Sie war sehr ehrlich und offen, hat mir von den negativen Dingen von ihrm Leben erzählt, das hat mich tief beeindruckt. Da hab ich gedacht: des kann was werden, wenn jemand so offen auf mich zugeht und mir so viel Vertrauen entgegenbringt."

Sie machen gemeinsame Unternehmungen, einschließlich gesundheitlich verbotenen wie Kuchen essen, wozu Frau Anders trotz Diabetes steht und nicht ohne einen Moment des Trotzes auf ihrer Eigenständigkeit beharrt. Das Trotzige mag dafür stehen, dass es sie eine Willensanstrengung kostet, sich bewusst Eigenständigkeiten herauszunehmen und diese, ihrer Frauengeneration entsprechend, keineswegs selbstverständlich für sie sind.

Frau Anders: „Wir warn auch mal im Café. Da sag ich der Sozialstation die Wahrheit, wenn ich manchmal 'n Stückchen Kuchen gegessen hab und der Zucker war 'n bisschen höher. Was soll ich auch rummachen, wenn ich sach, ich hab 'n Stück Kuchen gegessen, dann hab ich's eben gegessen."

Die Wahrung von Eigensinn der Unterstützten, aber auch der Handlungsspielräume Unterstützender (Sonntagsabwesenheit der Tochter) entpuppen sich an diesem Beispiel als einerseits notwendig zum Erhalt der Lebensqualität, andererseits als nicht immer unproblematisch (wie beim Verstoß gegen Diätvorschriften). Hier wird das Spannungsverhältnis zwischen Eigenständigkeit und Care sichtbar, denn es bleibt abzuwägen, wie viel Eigensinn zu einer Sorgebeziehung gehört respektive wann eine Verantwortungsübernahme der Sorgenden angebracht ist. Gerade bei informell Sorgenden gilt es auszubalancieren, was ist zu viel, was zu wenig Versorgung und Beziehungsnähe, eine Balance, die erschwert wird, wenn Versorgte selbst eine andere Wahrnehmung des Maßes erhaltener Sorge (niedrigere Einschätzung) und des Grades eigener Selbstständigkeit (höhere Einschätzung) haben.

5 Von der Notwendigkeit mehrdimensionaler, subjektorientierter Care-Praxen im Kontext von Fürsorgerationalität

Als Bedingungen subjektorientierter Care-Praxen, die den Ansprüchen einer Fürsorgerationalität (vgl. Waerness 2000) – im Sinne eines sensibilisierenden Handlungsrahmens und einer kontextbezogenen Orientierung an Bedürfnissen auf der Basis von Abstimmungen – genügen, wurden in unserer Untersuchung dreier Praxisfelder folgende Aspekte herausgearbeitet:

- Achtsamkeit bezogen auf verschiedene, dennoch zusammengehörige Ebenen von Angewiesenheit – die soziale (Ortlosigkeit), die leibliche (Körperlichkeit) und die

des Selbst (Eigensinn), die der Abklärungen unter den AkteurInnen und zureichender sozialstaatlicher Rahmung bedürfen. Obwohl diese Ebenen aufgrund spezifischer Unterstützungsbedarfe unterschiedlich deutlich hervortreten, kommt ihnen in allen Praxisfeldern als Fragen menschlicher Einbindung, körperlichen Wohlbefindens und der Wahrung der Persönlichkeit eine grundlegende Bedeutung zu.

- Ressourcenorientierung bezogen auf den Aufbau respektive Erhalt förderlicher Strukturen hinsichtlich der Wahrung eines Lebensmittelpunktes, der Gestaltungsmöglichkeit eines Unterstützungsnetzwerkes, der Entscheidungsräume im Kontext des Zusammenhalts von Generationen und Geschlechtern und der Kooperation zwischen verschiedenen Unterstützungsgruppen von familial bis professionell.

Care setzt somit ein wissensbasiertes Maß der Achtsamkeit für ihr Gelingen voraus und bedarf eines haltenden Rahmens und entsprechender Ressourcen.

Literaturverzeichnis

Apitzsch, Ursula & Schmidbaur, Marianne. (Hrsg.). (2010). *Care und Migration*. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich

Bauer, Annemarie & Gröning, Katharina. (Hrsg.). (2008). *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel.* Frankfurt a. M.: Mabuse

Bonvin, Jean-Michel. (2009). Care, Respekt und New Public Management. *Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik: Care-Ökonomie*, 30, 82–89

Brückner, Margrit. (2010). Care und Soziale Arbeit: Sorgen im Kontext privater und öffentlicher Räume". In Wolfgang Schröer & Cornelia Schweppe (Hrsg.), *Fachgebiet Soziale Arbeit. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online.* Zugriff am 1. Dezember 2010 unter www.ErzwissOnline.de

Fraser, Nancy. (2003). Soziale Gerechtigkeit im Zeitalter der Identitätspolitik. In Nancy Fraser & Axel Honneth (Hrsg.), *Umverteilung oder Anerkennung?* (S. 13–128). Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Friebertshäuser, Barbara. (2003). Interviewtechniken – ein Überblick. In Barbara Friebertshäuser & Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 371–395). Weinheim: Juventa

Friese, Marianne. (2010). Die ‚Arbeit am Menschen'. Bedarfe und Ansätze der Professionalisierung von Care Work. In Vera Moser & Inga Pinhard (Hrsg.), *Care – wer sorgt für wen?* (S. 47–68). Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich

Giullari, Susy & Lewis, Jane. (2005). *The Adult Worker Model Family, Gender Equality and Care.* United Nations Research Institute for Social Development, Social Policy and Development Programme Paper No. 19, April (UNRISD/PPSPD19/05/2)

Homfeldt, Hans Günther; Schröer, Wolfgang & Schweppe, Cornelia. (2008). Transnationalität, soziale Unterstützung und agency. In Hans Günther Homfeldt, Wolfgang Schröer & Cornelia Schweppe (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Transnationalität* (S. 219–234). Weinheim: Juventa

Jurczyk, Karin. (2010). Care in der Krise? Neue Fragen zu familialer Arbeit. In Ursula Apitzsch & Marianne Schmidbaur (Hrsg.), *Care und Migration* (S. 59–76). Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich

Kardorff, Ernst von. (1995). Soziale Netzwerke. In Uwe Flick et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (S. 402–405). Weinheim: Beltz

Legewie, Heiner. (1995). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In Uwe Flick et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (S. 189–193). Weinheim: Beltz

Ludwig, Gundula. (2006). Zwischen „Unternehmerin ihrer selbst“ und fürsorgender Weiblichkeit – Regierungstechniken und weibliche Subjektkonstruktionen im Neoliberalismus. *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis*, 68, 49–60

Maurer, Susanne. (2011). GeschlechterUmOrdnungen in der Sozialen Arbeit? In Karin Böllert & Catrin Heite (Hrsg.), *Sozialpolitik als Geschlechterpolitik* (S. 123–148). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Nussbaum, Martha. (1999). *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Nussbaum, Martha. (2003). Langfristige Fürsorge und soziale Gerechtigkeit. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 2, 179–198

Preglau, Max. (2010). Betreuung und Pflege im Übergang vom „Fordismus“ zum „Postfordismus“. In Erna Appelt, Maria Heidegger, Max Preglau & Maria Wolf (Hrsg.), *Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich* (S. 153–164). Innsbruck, Wien, Bozen: Studienverlag

Roseneil, Sasha & Budgeon, Shelley. (2005). Kulturen von Intimität und Fürsorge jenseits der Familie – Persönliches Leben und gesellschaftlicher Wandel zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Feministische Studien*, 2, 259–275

Sauer, Birgit. (2006). Geschlechterdemokratie und Arbeitsteilung. Aktuelle feministische Debatten. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 31 (2), 54–76

Schmidt, Christiane. (2003). „Am Material“: Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews. In Barbara Friebertshäuser & Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 544–568). Weinheim: Juventa

Senghaas-Knobloch, Eva. (2008). Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. *Berliner Journal für Soziologie*, 2, 221–243

Theobald, Hildegard. (2008). Care-Politiken, Care-Arbeitsmarkt und Ungleichheit: Schweden, Deutschland und Italien im Vergleich. *Berliner Journal für Soziologie*, 2, 257–281

Waerness, Kari. (2000). Fürsorgerationalität. *Feministische Studien extra: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit*, 18, 54–66

Zur Person

Margrit Brückner, Prof. Dr., Soziologin und Supervisorin, Fachhochschule Frankfurt a. M., Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Arbeitsschwerpunkte: Geschlechterverhältnisse, Gewalt gegen Frauen, Internationale Care-Debatte

Kontakt: Fachhochschule Frankfurt a. M., Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt a. M.

E-Mail: brueckn@fb4.fh-frankfurt.de