

Astrid Hedtke-Becker

Die Pflegenden pflegen
Gruppen für Angehörige
pflegebedürftiger alter Menschen
Eine Arbeitshilfe



Astrid Hedtke-Becker

Die Pflegenden pflegen

Gruppen für Angehörige
pflegebedürftiger alter Menschen

Eine Arbeitshilfe

Lambertus

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Hedtke-Becker, Astrid :

Die Pflegenden pflegen : Gruppen für Angehörige
pflegebedürftiger alter Menschen; eine Arbeitshilfe /
Astrid Hedtke-Becker. – 2. Aufl. – Freiburg im Breisgau :
Lambertus, 1999

ISBN 3 - 7841 - 1019 - 3

2. Auflage 1999

Alle Rechte vorbehalten

© 1990, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Umschlaggestaltung: Christa Berger, Solingen

Umschlagfoto: Christoph Maas, Solingen

Herstellung: F. X. Stückle, Ettenheim

ISBN 3 - 7841 - 1019 - 3

Inhalt

9	EINLEITUNG
15	TEIL A FAMILIE UND HÄUSLICHE PFLEGE – EINE EINFÜHRUNG
18	I. Die Situation pflegender Angehöriger – Normen, Motivation, Belastung
18	1. Mythen und Normen
26	2. Motivation für die Übernahme von Pflege
29	3. Belastungen
35	4. Pflegeprobleme als Beziehungsprobleme im Fami- liensystem
38	5. Pflege in der Ehe
44	II. Die Situation chronisch kranker Menschen
48	III. Entlastungsmöglichkeiten – oder: Wie Pflege gelingen kann
50	1. Vor Eintritt einer Pflegesituation
53	2. Zu Beginn der Pflegesituation
57	3. Während der Pflegesituation
60	4. Nach der Pflegesituation
63	TEIL B SCHRITTE ZUM AUFBAU VON ANGEHÖRIGENGRUPPEN
64	I. Die Angehörigengruppe als Beitrag zur Entlastung Pfleger
64	1. Der Stellenwert von Gruppen im Spektrum der Arbeit mit Angehörigen
66	2. Motivation und Erwartungen der Teilnehmerinnen
68	2.1 Konkrete Hilfen
69	2.2 Psychosoziale Entlastung
70	3. Hinderungsgründe für die Teilnahme

73	4.	Entlastung durch die Gruppe
73	4.1	Entlastung durch Gruppen allgemein
74	4.2	Spezifische Entlastung durch die Angehörigen- gruppe
79	5.	Effektivität und Grenzen von Angehörigengruppen
83	II.	Umsetzung in die Praxis
83	1.	Klärung der Ziele und Absichten von Träger und Leitung
86	2.	Träger und Veranstalter
88	3.	Definition der Zielgruppe/Gewinnung von Teilnehmerinnen
93	4.	Organisatorische Rahmenbedingungen
97	5.	Kosten und Finanzierung
99	6.	Leitung der Gruppe
99	6.1	Berufliche Voraussetzungen der Leiterinnen
100	6.2	Leitung im Team
101	6.3	Allgemeine Voraussetzungen
102	6.4	Anleitung und Begleitung der Leiterinnen
103	6.5	Zusammenarbeit mit Vertreterinnen anderer Fachgebiete
104	7.	Art des Angebots unter Berücksichtigung der jeweiligen Berechtigung
104	7.1	Einzelveranstaltung
105	7.2	Vortragsreihe
105	7.3	Seminar
107	7.4	Kurs
107	7.5	Gesprächskreis – offen/geschlossen
108	7.6	Therapeutische Gruppen
109	7.7	Selbsthilfegruppen
110	7.8	Gruppengröße
111	7.9	Probleme und Hinweise
112	8.	Inhalte und Methoden der Gruppenarbeit
113	8.1	Inhalte und Themen
113	8.1.1	Finanzielle und rechtliche Informationen
114	8.1.2	Hilfen zur Entlastung
115	8.1.3	Medizinisch-pflegerische Themen
116	8.1.4	Psychosoziale Themen
118	8.1.5	Entspannung und Meditation
118	8.1.6	Geselligkeit und Kultur
119	8.2	Methodische Anmerkungen

120 | 9. Beendigung oder Weiterführung von Gruppen

123 | TEIL C

LITERATUR UND MATERIALIEN

124 | 1. Zur Lebenssituation (chronisch kranker) alter
Menschen und ihrer Angehörigen

126 | 2. Einige Studien zur Lebenssituation pflegender
Angehöriger

130 | 3. Material/ Veröffentlichungen/ Studien zur
Angehörigenarbeit

134 | 4. Konzepte für Pflegekurse nach § 45 SGB XI

135 | 5. Videofilm

136 | Die Autorin

Einleitung

„Die Pflegenden pflegen“ ist ein programmatischer Titel, der deutlich machen soll, daß der Blick nicht nur dem kranken alten Menschen in Familie und Heim gelten soll, sondern auch dem pfleglichen Umgang mit denen, die den Löwenanteil der Versorgung und Betreuung leisten: den Angehörigen. Die Mitarbeiterin einer Sozialstation kennzeichnete das notwendige Umdenken: „Bisher stand für mich das Bett mit dem Patienten im Mittelpunkt, aber ich fange an zu begreifen, daß es um die ganze Familie geht.“

Seit Anfang der 80er Jahre sind zahlreiche Angehörigengruppen in unterschiedlichster Form entstanden. Deutlich machte dies erstmals eine Fragebogenerhebung zum Thema, die das Referat Altenhilfe im Deutschen Caritasverband Freiburg¹ zu Beginn des Jahres 1988 durchführte und die den Anstoß zur ersten Auflage dieses Buches gab: Es kamen Rückmeldungen von 75 Gruppen aus dem Bundesgebiet innerhalb des Caritasverbandes, obschon man erwartet hatte, auf diese Weise lediglich vereinzelte Angebote ausfindig machen zu können. Rechnet man die geplanten Gruppen hinzu, kommt man auf eine Zahl von ca. 100 Gruppen. 135 weitere sowie 22 geplante Gruppen, die nicht mit denen der Caritas identisch sind, ermittelte das Kuratorium Deutsche Altershilfe Anfang 1989.²

An dem wachsenden Interesse an Fortbildungsveranstaltungen zu Themen wie „Umgang mit pflegenden Angehörigen“, „Hilfen zum Aufbau von Angehörigengruppen“ usw., die von den Wohlfahrtsverbänden angeboten werden, ließ sich ebenso ablesen, wie groß der Bedarf und die Notwendigkeit waren, pflegende Angehörige sinnvoll zu unterstützen.

Aus dem Eindruck heraus „Wir müßten viel mehr für die Angehörigen tun, sind aber jetzt schon überlastet und haben keine Zeit“, wie Mitarbeiterinnen von Sozialstationen es formulieren, erschien die Gründung von Gruppen als eine angemessene Alternative zu ständigen, in ihrer Wiederholung durchaus belastenden und anstrengenden Einzelgesprächen. Diese können Schwestern und Pfleger an den Rand der Verzweiflung bringen, zumal sie in der Regel neben der eigentlichen pflegerischen Arbeit geleistet werden müssen. Die Angehörigenpro-

¹ Im folgenden Text: Caritas-Erhebung.

² Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Reihe „thema“: Gesprächskreise und Seminare für pflegende Angehörige. Projektberichte und Kurzbeschreibungen. Köln 1989.

blematik aus dem überwiegend pflegerischen Zusammenhang herauszulösen, war dringend geboten, da, wie eine pflegende Ehefrau es formulierte, „die körperliche Pflege noch das ist, womit ich am wenigsten Probleme habe“.

Der Rahmen häuslicher Pflege,
die Lebensbedingungen,
der soziale Hintergrund,
die Geschichte der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten,
die vorhandenen Kraftquellen, die Bewältigung,
die eigene Lebensplanung,
die Entwicklung der Krankheit des gepflegten Menschen
sind nur einige der Probleme, mit denen Pflegende sich auseinandersetzen müssen und deren Lösung der kompetenten Hilfestellung bedarf.

Schon lange war aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und der abnehmenden Geburtenrate bei gleichzeitiger Zunahme der Multimorbidität ein wachsender Anteil pflegebedürftiger Menschen in den westlichen Industrieländern zu erwarten. Doch erst die Socialdata-Studie „Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger“, die 1980 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Jugend und Gesundheit erstellt wurde, hat den Nachweis für die Bundesrepublik erbracht. Auf einmal wurde deutlich, daß nicht, wie weit verbreitet angenommen, die Mehrzahl der pflegebedürftigen alten Menschen „abgeschoben“ im Heim lebte, sondern die Relation mehr als zwei Millionen zu Hause lebende Pflegebedürftige zu ca. 130 000 in Alten- und Pflegeheimen lebenden betrug.

Der Blick dieser Studie aber lag, und auch das war einschneidend, bei den pflegenden Familienangehörigen. Ihre Probleme wurden benannt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.³

Ein Jahr später, 1981, erschien die Studie von Jens Bruder und Mitarbeitern „Die Situation von Patienten und ihren Angehörigen bei chronischer Erkrankung im höheren Lebensalter“, die gezielt nach Lebensbedingungen und Bewältigung fragte. Im Anschluß an das Forschungsprojekt gründeten die Autoren in Norderstedt in der Nähe von Hamburg die erste „Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen“, in der therapeutisch orientierte Angehörigengruppen angeboten wurden.

³ Im Bereich des Caritasverbandes wurde zum ersten Mal in: Caritas. Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft 4/81 und 3/82 über die Thematik berichtet. Bis 1984 blieben die Veröffentlichungen zu diesem Themenbereich ansonsten spärlich.

Seither kamen jedes Jahr neue Veröffentlichungen zu diesem Thema hinzu, während sich bundesweit Angehörigengruppen nur vereinzelt und zaghaft bildeten, in der Regel nicht als Selbsthilfegruppen, sondern angeleitet von Mitarbeiterinnen sozialer Dienste, die dringenden Handlungsbedarf sahen. Seit Anfang der 90er Jahre ist ein regelrechter Boom entstanden, allerdings stehen umfassende Untersuchungen und Reflexionen zum Thema Angehörigengruppen noch aus.

Ein weiterer Meilenstein war die Infratest-Studie⁴ im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Familie und Senioren. Breiter angelegt als die Studie von *Socialdata* 1980, lieferte sie zuverlässige Daten, die Grundlage für die Berechnungen der Pflegeversicherung wurden – und die Bedeutung der pflegenden Angehörigen für die häusliche Pflege bekräftigte. Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1994 wurde dann deutlich, daß die mühevoll geleistete Lobbyarbeit für pflegende Angehörige nicht vergeblich war – viele der (auch von uns in der ersten Auflage dieses Buches) aufgestellten Forderungen nach besserer Absicherung der Angehörigen und ihrer persönlichen Unterstützung waren im Gesetz aufgenommen worden⁵.

Eine in unserem Zusammenhang wesentliche Verbesserung ist, daß die Pflegekassen pflegenden Angehörigen sowie anderen „... an einer ehrenamtlichen Pflēgetätigkeit interessierten Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten ...“⁶ sollen. Davon erhofft sich der Gesetzgeber, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken sowie Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern, aber auch, pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu vermindern.

Diese Pflegekurse sorgten zu Beginn für Unsicherheit – werden jetzt die früheren Kurse in häuslicher Krankenpflege, die meistens von kirchlichen Sozialstationen angeboten wurden, überflüssig, treten die Pflegekassen in Konkurrenz? Werden Angehörigengruppen mit ihrem Schwerpunkt der persönlichen Bewältigung von Belastungen überflüssig? Inzwischen haben sich viele Fragen geklärt: Viele Pflegekassen greifen auf bewährte Konzepte vor Ort zurück und schließen Verträge mit den Anbietern – oder entwickelten mit großen Wohlfahrtsverbänden oder bekannten Autoren eigene Konzepte, die von erfahrenen Anbietern umgesetzt werden⁷.

⁴ Ulrich Schneekloth und Peter Potthoff: *Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten*. Kohlhammer-Verlag. Stuttgart, Berlin, Köln 1993

⁵ Die wichtigsten Verbesserungen im SGB XI sind in Kapitel B 8.1.1 zu finden

⁶ § 45 Abs. 1 SGB XI

⁷ vgl. die im Kapitel C 4. beschriebenen beispielhaften Konzepte

Angehörigengruppen in ihrer Vielfalt und unterschiedlichen Schwerpunkten haben weiterhin ihren Platz und werden häufig im Anschluß an Pflegekurse oder als Einstieg durchgeführt.

Wie bereits die Caritas-Erhebung und die vom Kuratorium Deutsche Altershilfe herausgegebene Zusammenstellung von Beispielen und Adressen von Angehörigengruppen zeigten, gibt es ein breitgefächertes Spektrum von Angeboten, variabel in Inhalt, Form, Dauer, Leitung, Zielen und Rahmenbedingungen. Diese Arbeitshilfe möchte zwar die Vielfalt berücksichtigen, andererseits Interessenten aber auch ermöglichen, ein eigenes Konzept zu entwickeln.

Mit dieser Arbeitshilfe wollen wir einen Impuls oder auch den letzten Anstoß für noch Unentschlossene geben zum Aufbau von Angehörigengruppen. Sie wendet sich an:

Leiterinnen und Mitarbeiterinnen von Sozialstationen und ambulanten Diensten,

Sozialarbeiterinnen in der Altenhilfe,

Mitarbeiterinnen von Pflegekassen,

Mitarbeiterinnen von Bildungseinrichtungen wie Familienbildungsstätten und Volkshochschulen,

Mitarbeiterinnen im pastoralen und gemeindlichen Dienst,

die mit Angehörigenarbeit befaßt sind und/oder in ihren beruflichen oder persönlichen Zusammenhängen mit Angehörigen pflegebedürftiger alter Menschen zusammenkommen und diese durch Angehörigengruppen unterstützen wollen.

Zum Aufbau und Umgang mit dieser Arbeitshilfe

Sie finden die Arbeitshilfe in drei große Teile gegliedert:

A Einführung in die Lebenssituation pflegender Angehöriger

B Schritte zum Aufbau von Gruppen

C Literatur und Materialien für die praktische Arbeit

Zu A

Die Einführung erscheint sinnvoll, um auch für jene Leser Möglichkeiten der Information und Einfühlung zu schaffen, die ohne genaue Kenntnis des Lebensumfeldes pflegender Angehöriger mit dieser Aufgabe betraut werden. Zum anderen bietet sie dem mit der Problematik vertrauten Leser die Möglichkeit, seine Erfahrungen zu verdichten und zu ergänzen.

Zu B

Der zweite Teil, der stark strukturiert und gegliedert ist, kann zum einen wie ein Nachschlagewerk genutzt werden, um einzelne, noch unklare Aspekte zu klären. Zum anderen empfiehlt es sich, ihn im Ganzen zu lesen, da wir unsere Arbeitshilfe nicht als Rezeptbuch verstehen, sondern als Anregung zum Selbertun und Ausprobieren auf der Basis der Reflexion eigener Grenzen und Möglichkeiten. Dies möchten wir in jedem einzelnen Schritt immer wieder neu anregen.

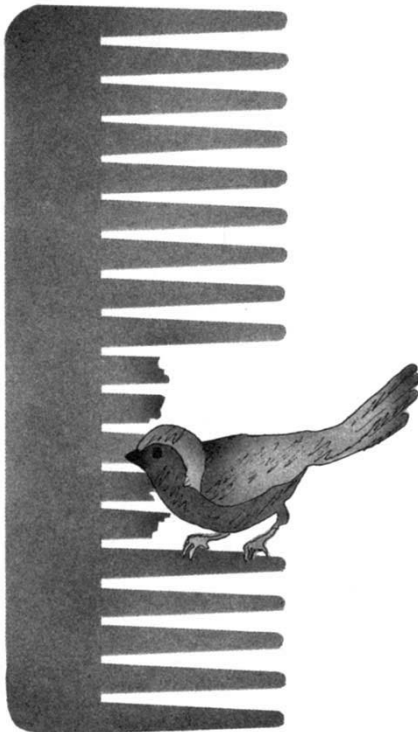
Zu C

Beispielhafte kommentierte Literatur soll die praktische Arbeit erleichtern.

Zur Vereinfachung und Lesbarkeit: Im ganzen Text verwenden wir jeweils die weibliche Form der Funktionsbegriffe wie Leiterin, Mitarbeiterin usw. sofern es sich überwiegend um von Frauen wahrgenommene Funktionen in unserem thematischen Zusammenhang handelt. Männliche Personen schließen wir damit keineswegs aus: Schon sprachlich ist die männliche Form im jeweiligen Begriff enthalten.

Teil A

Familie und häusliche Pflege – eine Einführung



Untersuchungen des Infratest-Institutes von 1993¹ zufolge ist davon auszugehen, daß ca. 3,2 Millionen Menschen in Privathaushalten der Bundesrepublik hilfe- und pflegebedürftig sind; das sind 4,1 % der Gesamtbevölkerung. 1,1 Millionen haben dabei einen regelmäßigen Pflegebedarf, der pro Tag einen zeitlichen Mindestaufwand von 90 Minuten übersteigt, und haben so Anspruch auf Geld- oder Sachleistungen aus der 1994 eingeführten Pflegeversicherung.

Die meisten Menschen, die zu Hause gepflegt werden, erhalten Hilfe von Verwandten, wie verschiedene Studien gleichermaßen nachweisen, und zwar um so eher, je schwerer der Pflegegrad ist. In fast zwei Dritteln der Fälle handelt es sich bei den Hauptpflegepersonen um den Ehepartner oder einen Elternteil der Hauptpflegeperson, in anderen Studien liegt dieser Anteil noch höher². Andere Pflegende sind z. B. Geschwister, Enkelkinder, Nichten, Neffen, wenn auch in erheblich geringerem Ausmaß. Seit Einführung der Pflegeversicherung werden auch schwerer Pflegebedürftige in etlichen Fällen ausschließlich von ambulanten Diensten und von Nachbarn oder Bekannten versorgt.

„Familienpflege“ ist dabei immer noch überwiegend Aufgabe weiblicher Familienmitglieder. Ihr Anteil beträgt ca. 83 %. Mit zunehmendem Pflegegrad der Betreuten wächst der Anteil der weiblichen Hauptpflegepersonen. Männer pflegen als Ehepartner bei leichteren bis mittelschweren Pflegegraden ihre Frauen. Pflegenden Söhne sind selten, und wenn, dann handelt es sich meist um solche, die keine eigene Familie haben und von jeher mit der Mutter zusammenleben. Die Mehrzahl der pflegenden Töchter ist im Durchschnitt etwa 55 Jahre alt. Das Alter pflegender Ehefrauen liegt erheblich höher, sie sind meist zwischen 70 bis 80 Jahre alt. Die Prozentzahl der pflegenden Ehefrauen/Männer an der Familienpflege liegt bei ca. 37 %, die der pflegenden Töchter und Schwiegertöchter bei ca. 31 %³.

Dabei pflegen die Töchter/Schwiegertöchter überwiegend ihre Mütter/Schwiegermütter und weniger häufig den Vater/Schwiegervater. Das ist zum einen darin begründet, daß ältere Frauen überwiegend verwitwet, ältere Männer dagegen überwiegend verheiratet sind (die Lebenserwartung der Männer ist geringer und sie sind zudem meist einige Jahre älter als ihre Frauen). Zum anderen ist die Erwartung an alte Ehefrauen, ihren – auch schwerstkranken – Mann bis zur eigenen Auf-

¹ Ulrich Schneekloth, Peter Potthoff: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Stuttgart, Berlin, Köln 1993

² Einige dieser Studien sind in Teil C aufgeführt

³ s. Schneekloth und Potthoff a. a. O.

opferung zu pflegen, erheblich höher als die Anforderung an einen alten Ehemann. Hier springen öfter die Töchter ein und helfen entweder dem Vater, die Mutter zu pflegen, oder sie nehmen sogar beide Elternteile zu sich.

Die Pflege durch die Generation der erwachsenen Kinder, sprich: Töchter/Schwiegertöchter, ist dabei wissenschaftlich erheblich besser erforscht und auch durch die Zahl anderer Veröffentlichungen wie Romane, Artikel in Zeitschriften, Sachbücher usw. mehr im Blickpunkt als die Situation pflegender Ehepartner. Nur wenige Veröffentlichungen geben Aufschluß über ihre meist noch erheblich isoliertere und belastendere Situation⁴.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Pflege ist überwiegend eine Frauenaufgabe. Als Begründung für die „Selbstverständlichkeit“, die in allen Untersuchungen von Pflegenden als Motivation für die Übernahme der Pflege angegeben wird, ist neben dem „Mythos von der pflegenden Großfamilie“ (vgl. Teil A, I.1) und den Beziehungsmustern aus der Kindheit (vgl. Teil A, I.4) vor allem die weibliche Sozialisation zu nennen. Die hochgelobten weiblichen Fähigkeiten wie Wärme, Sensibilität und die „natürliche Begabung“ für Hege und Pflege kehren sich unter der übergroßen Belastung, die jahrezehntelange Pflege bedeuten kann, leicht um und führen zur Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen.

Die nun folgenden drei Kapitel

I. Die Situation pflegender Angehöriger

II. Die Situation des Kranken

III. Entlastungsmöglichkeiten

sollen einen Einblick geben in die noch immer verborgene häusliche Situation und in die Umstände, unter denen Familien mit einem zu pflegenden alten Menschen leben. Es werden Bereiche sichtbar gemacht, die von Außenstehenden meist nicht wahrgenommen werden und die so gar nicht den viel propagierten Vorzügen des Postulates „Ambulant vor stationär“ oder „Ein alter Mensch soll so lange wie möglich zu Hause bleiben“ entsprechen.

Nicht nur die Angehörigen sind häufig überfordert und überlastet, auch der pflegebedürftige Mensch mit all seinen Fähigkeiten, Wünschen, Bedürfnissen und Grenzen ist zu Hause bei seiner Familie oftmals isoliert und obendrein schlecht versorgt bzw. übertersorgt, was

⁴ z. B. Gisela Fischer et al.: Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann, Stuttgart, Berlin, Köln 1995

einer Verbesserung des seelischen und körperlichen Zustandes durchaus im Weg steht. (Vgl. Teil A II)⁵

Das Heim als negatives Gegenbild zur häuslichen Pflege mag bei der Beschreibung dieser Zustände seine Schrecken durchaus verlieren: Es wird im Folgenden deutlich, daß das Leid in den mit ihren Problemen alleingelassenen Familien dem der Bewohner von „totalen“ Institutionen durchaus gleichkommt oder es sogar übertrifft. Das letzte Wort in diesem einführenden Teil gilt dann den Entlastungsmöglichkeiten bzw. der Frage, wie Pflege gelingen kann. Dabei möchten wir den scheinbaren Gegensatz zwischen häuslicher Pflege und der im Pflegeheim auflösen und den Blick schärfen für Alternativen.

I. DIE SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER – NORMEN, MOTIVATION, BELASTUNG

Als Grundlage für ein vertiefteres Verständnis soll zuerst nach Ideologien, Normen und Werten gefragt werden, auf denen die Beurteilung häuslicher Pflege meistens beruht.

1. Mythen und Normen

Fast alle grundlegenden und weiterführenden Veröffentlichungen zur Situation pflegender Angehöriger setzen sich mit dem „Mythos von der pflegenden Großfamilie“ auseinander. Aufgrund der vielen falschen Vorstellungen in diesem Bereich halten wir diese Auseinandersetzung ebenfalls für notwendig, weil Multiplikatoren in der Erwachsenenbildung, Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen in der Altenhilfe, Pfarrer u. a. mit ihrer Meinung intensiv zum Selbstverständnis pflegender Angehöriger beitragen.

Wir befinden uns, historisch gesehen, in einer völlig neuen Situation: Die Bevölkerungszahlen gehen zurück, weil immer weniger Kinder geboren werden. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Lebenserwartung gestiegen (um 1900 lag sie bei ca. 40 Jahren, heute liegt sie bei ca. 73 Jahren für Männer und 79 Jahren für Frauen) und damit auch die Wahrscheinlichkeit, chronisch krank und pflegebedürftig zu werden.

⁵ Durch die Einführung der Pflegeversicherung – vor allem § 37 Abs. 3 SGB XI („Pflichtbesuche“ von einem zugelassenen ambulanten Dienst beim Bezug von Pflegegeld) – wurde zwar die Position des Pflegebedürftigen gestärkt als auch die Situation von Angehörigen verbessert. Allerdings kommen weniger als die Hälfte aller Hilfe- und Pflegebedürftigen überhaupt in den Genuß von Leistungen nach SGB XI.

Aufgrund der hygienischen, ernährungsmäßigen, pflegerischen und medizinischen Verbesserungen ist die Wahrscheinlichkeit hoch, auch bei schwerer Pflegebedürftigkeit noch lange zu leben (durchschnittliche häusliche Pflegedauer drei bis fünf Jahre), im Gegensatz zu früheren Jahrhunderten, wo schon eine Lungenentzündung, als Folge auch kurzer Liegezeit, beim alten Menschen oft tödlich war. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit mag früher oft nur wenige Wochen, höchstens Monate betragen haben.

Gleichzeitig hat heute die Kinderzahl abgenommen (von ca. 4 pro Familie um die Jahrhundertwende auf ca. 1,3 heute), so daß für die Pflege von immer mehr Menschen für immer längere Zeit immer weniger Angehörige zur Verfügung stehen. Wir können also nicht mit Maßstäben einer – nur scheinbar – unproblematischen Großfamilienvergangenheit an die Probleme der heutigen Zeit herangehen. Auf neue Fragen müssen neue Antworten gesucht werden.

1.1 Alltagsmythen

Wir halten es für notwendig, auf den Mythos näher einzugehen. Folgende „Kernaussagen“ sind sehr verbreitet, trotz aller wissenschaftlichen Gegenbeweise:

Früher gab es die Großfamilie.

Alte Menschen wurden in der Familie problemlos gepflegt.

Alte Menschen wurden nicht abgeschoben, sondern geachtet.

Alte Menschen waren nicht einsam und isoliert.

Diese Aussagen möchten wir im folgenden differenzieren.

„Früher gab es die Großfamilie“

Es ist richtig, daß bis in dieses Jahrhundert hinein in Westeuropa Menschen kaum allein, sondern in Familien lebten, deren durchschnittliche Größe fünf Personen betrug (heute drei). Die Größe dieser Familien kam weniger durch das Zusammenleben mehrerer Generationen zustande als vielmehr durch die höhere Kinderzahl, Knechte und Mägde (auf dem Land), Inwohner, Schlaf- und Kostgänger (in der Stadt), Saisonarbeiter, engere oder entferntere unverheiratete Verwandte wie Brüder, Schwestern, Vettern, Basen des Haushaltsvorstandes. Nur selten waren die Großeltern mit dabei. Die Mitglieder dieser „Familien“, die man treffender Haushaltsgemeinschaften nennt, wechselten häufig.⁶

⁶ vgl. dazu Michael Mitterauer: Der Mythos von der vorindustriellen Großfamilie, in: Michael Mitterauer, Reinhard Sieder: Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Zum Strukturwandel der Familie, München 1977, S. 38–64.

Die Zahl der Mehrgenerationenfamilien wird mit ca. 13 % für die letzten Jahrhunderte angegeben (heute 3,2 %). Allerdings bestanden sie oft nur kurze Zeit. Die niedrigere Lebenserwartung und das höhere Heiratsalter sind der Grund dafür. Dagegen haben wir heute eine Vielzahl von Drei-, Vier- oder sogar Fünf-Generationen Familien, die zwar eher selten im selben Haushalt (3,2 %) miteinander leben, aber doch intensive und enge emotionale Kontakte pflegen, wie sie aus der Vergangenheit so nicht bekannt sind.

Im Gegenteil, wir müssen Abschied nehmen von unseren romantischen Vorstellungen von einem friedvollen Zusammenleben in vergangenen Zeiten: „Normale“ Menschen wohnten meist unter schlechten ökonomischen Bedingungen miteinander auf engstem Raum. Die soziale Kontrolle war groß, die Abweichung von ungeschriebenen Normen schwierig. Intimität im Sinne unseres heutigen Familienverständnisses war nicht möglich⁷. Auch heute noch beklagen dies pflegende Frauen auf dem Land, die von Beginn der Ehe an mit ihren Eltern / Schwiegereltern – meist aus ökonomischen Gründen – zusammengelebt haben.

„Alte Menschen wurden in der Großfamilie problemlos gepflegt“

Wir können davon ausgehen, daß Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahrhunderten ein bei weitem geringeres Problem von Familien und der Gesellschaft war als heute. Zum einen wurden viel weniger Menschen alt, zum anderen starben sie, einmal krank geworden, relativ schnell an Infektionskrankheiten, die die häufigste Todesursache waren. Heute erreichen immer mehr Menschen ein hohes Lebensalter, und gleichzeitig steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, von Multimorbidität betroffen zu sein, die oftmals Grundlage von Pflegebedürftigkeit ist. So hat sich nach Berechnungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe die Zahl der pflegebedürftigen alten Menschen seit 1950 verdoppelt! Wir können auch davon ausgehen, daß im letzten Jahrhundert die Pflege alter Menschen aufgrund der ökonomischen, hygienischen, medizinischen und ernährungsbedingten Verhältnisse nur wenige Tage, Wochen, höchstens Monate dauerte, während Pflege heute über Jahre und Jahrzehnte gehen kann. Zwanzig, dreißig Jahre sind sicherlich nicht die Regel, aber inzwischen, wie Untersuchungen und auch unsere praktische Erfahrung zeigen, keine Ausnahme mehr.

⁷ vgl. dazu: Marianne Künzel-Schön: Wenn Eltern älter werden, Frankfurt 1984, S. 70–83.

Auch wenn also dieses Problem „früher“ seltener auftrat, war es doch für viele Familien nicht einfach zu lösen, vor allem dann, wenn sie finanziell schlecht gestellt waren und jede Arbeitskraft gebraucht wurde. Von „Pflege“ in unserem heutigen Verständnis konnte da kaum die Rede sein, betrug doch schon die Säuglingssterblichkeit aufgrund der Lebensbedingungen mehr als 50%! So hieß denn auch z. B. die Lungenentzündung, eine häufige Folge längerer Bettlägerigkeit, bis in dieses Jahrhundert hinein „die Gnädige“, weil sie den Kranken gnädig, ohne große Schmerzen, von seinem Lager erlöste (das Penicillin wurde ja erst Ende der 30er Jahre marktreif!).

Ärzte waren, vor allem auf dem Land, eine Seltenheit und mußten selbst bezahlt werden. Das Wissen um Heilen und Pflegen war in der Bevölkerung verlorengegangen, und es war wenig Zeit, Kraft und Bildung vorhanden, um sich die nötigen Kenntnisse zu erwerben. Auch wurde der Tod damals von einer breiten Mehrheit eher hingenommen als heute, vermutlich kämpfte auch der Kranke nicht allzulange. Pflege ist also mit Sicherheit eher nebenbei abgelaufen, ohne große Bemühungen von beiden Seiten, den Tod allzu lange hinauszuzögern.

Die Zeit der Pflege alter Menschen war in diesem Sinne keine eigene Lebensphase für die Angehörigen und die Gepflegten selbst. Das ist dagegen heute in fast allen Familien der Fall.

„Alte Menschen wurden nicht abgeschoben, sondern geachtet“

Bedingt durch die fehlende eigene finanzielle Absicherung, nicht nur im ländlichen Bereich, waren alte Eltern in einem hohen Maß von ihren Kindern abhängig und an sie gebunden. Das Zusammenleben der Generationen war keineswegs problemlos. Die Verträge, die z. B. in Norddeutschland die Übergabe des Hofes vom Vater an den ältesten Sohn regelten, geben Zeugnis, wie wichtig Regelungen bis in Einzelheiten für alle Beteiligten waren: „Ein Sack Kartoffeln im Monat, Johannisbeeren im Norden zu pflücken, Eingang von hinten. . .“ Das sogenannte „Altenteil“, auf das sich die Eltern auf etwas wohlhabenderen Höfen zurückziehen konnten, basierte auf oft mühsam ausgehandelten Verträgen, in denen jede Seite bemüht war, ihre eigenen Lebensgrundlagen zu sichern.⁸

Aus Hessen gibt es Dokumente, aus denen hervorgeht, wie groß manchmal die Streitigkeiten waren, wenn z. B. der junge Bauer un-

⁸ siehe dazu Heidi Rosenbaum (Hrsg.): Seminar: Familie und Gesellschaftsstruktur, Materialien zu den sozioökonomischen Bedingungen von Familienformen, Frankfurt 1978

versehens eine schlechte Ernte hatte und die Alten auf ihrem Teil bestanden, trotz abnehmender eigener Arbeitsleistung. Nicht selten mußte der Pfarrer dann gewalttätige Auseinandersetzungen schlichten helfen.

Es läßt sich für unsere Kultur in Westeuropa feststellen, daß die Alten nicht grundsätzlich geachtet wurden. Dieses hing sehr stark zum einen von der ökonomischen Situation der Familien, zum anderen aber auch von der geistigen und körperlichen Verfassung der alten Menschen ab. Solange sie noch arbeitsfähig waren und in irgendeiner Weise Leistung erbrachten, brauchten sie nicht viel zu fürchten; ließen ihre körperlichen und besonders die geistigen Kräfte nach, war es schlechter um sie bestellt. Das ist heute nicht anders. Allerdings, und das haben neuere Forschungen festgestellt, wird der geistige und körperliche Zustand der Alten immer besser. Eine heute 70jährige hat den gleichen Gesundheitszustand wie eine 60jährige vor 20 Jahren!

„Alte Menschen waren nicht einsam und isoliert“

Es ist sicher richtig, daß es in vergangenen Zeiten nur wenige alte Menschen gab, die allein lebten – die wenigsten hätten die ökonomischen und persönlichen Voraussetzungen dazu gehabt. Familie war die einzige Lebens- und Überlebensmöglichkeit, vor allem auf dem Land und in den ärmeren oder auch den adligen Schichten. Durch die Ergebnisse von Grundlagenforschung haben wir aber Hinweise darauf, daß das Verhältnis zwischen den Generationen die Alten durchaus in die Isolation treiben konnte, vor allen Dingen dann, wenn z. B. die zu versorgende verwitwete Mutter gar nicht die leibliche Mutter des Hofen, sondern die vielleicht nur zehn Jahre ältere Stiefmutter aus zweiter Ehe war. Zweit- und Drittehen, in erster Linie für Männer, waren bis in dieses Jahrhundert hinein aufgrund der hohen Frauensterblichkeit keine Seltenheit. Manches Mal gab es Geschwister aus drei Ehen, die einander kaum kannten, weil der Altersabstand durchaus Jahrzehnte betragen konnte. Die Versorgung der Witwe konnte zu großen Problemen führen, wenn der Vater nicht vorsorgliche Regelungen getroffen hatte.

Interessant sind dazu Forschungen aus neuerer Zeit: Man hat nämlich festgestellt, daß das Getrenntwohnen der Generationen vor allem von den Älteren ausgeht. Das Zusammenwohnen geschieht meist aus Notlagen heraus und ist eher der Fall bei Verwitwung der Alten, geschiedenen oder alleinerziehenden oder verwitweten Jungen. Eine Wohngemeinschaft mit den Kindern wird von Menschen über 60 erheblich seltener gewünscht, als sie tatsächlich besteht.

Die Möglichkeit getrennten Wohnens der Generationen kann also durchaus ein Stück Lebensqualität für beide Seiten sein, weil heute die materiellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen dazu bestehen. Schon in den 60er Jahren hat der Wiener Soziologe Rosenmayr nachgewiesen, daß es eine Fülle von Familienbeziehungen zwischen den Generationen gibt, die noch nie so vielfältig und emotional stark waren wie heute. „Intimität auf Abstand“ ist das Schlagwort dafür, daß eine erhöhte Quantität familiärer Kontakte vielfach mit verminderter Qualität einhergeht, das heißt, daß häufige Begegnungen wenig mit der beiderseitigen Zufriedenheit über diese zu tun haben.⁹

Die viel zitierte Einsamkeit alter Menschen, wie sie für Mitarbeiterinnen in der Altenhilfe so häufig erlebbar wird, hängt auch nur in geringem Maße vom Zusammenleben ab. Das Ausmaß der Einsamkeitsgefühle alter Menschen drückt eher die Erwartungen hinsichtlich der Eltern-Kind-Kontakte und anderer Sozialkontakte aus als das Erleben der tatsächlichen Kontakte.¹⁰

Der Mythos von der Großfamilie, die für die Alten da war, hat also seine Wurzeln nicht in der fernen Vergangenheit: In diesem Jahrhundert war aufgrund des Wohnraummangels, z. B. nach den beiden Weltkriegen, das Wohnen zur Untermiete bei Verwandten durchaus üblich; mehr als 57 % der Einwohner von Orten ab 5 000 Einwohnern lebten nach dem Ersten Weltkrieg bei Verwandten, davon vier Fünftel bei den eigenen Eltern. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge hätten sie dem Wohnen bei Fremden den Vorzug gegeben, die wirtschaftlichen Verhältnisse erzwingen das Gegenteil.

Viele der heute 40- bis 50jährigen haben früher mit ihren Großeltern zusammengelebt – in viel zu kleinen Wohnungen und ständig in finanzieller Not. Gerade diese Umstände mögen zu der Vorstellung geführt haben, daß es sich hier um eine Übergangssituation handelte und in besseren Zeiten das Zusammenleben weniger problematisch gewesen sei. Wesentlich für die Vorstellung vom Zusammenleben zwischen Jung und Alt scheinen also weniger vage Kenntnisse über die Situation in vergangenen Jahrhunderten zu sein als vielmehr konkrete Erfahrungen aus den letzten 50 bis 80 Jahren: Wir haben mit unseren Großeltern zusammengelebt.¹¹

⁹ vgl. Leopold Rosenmayr: Die Beziehungen zwischen den Generationen in der Familie, in: René König (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 7, Familie – Alter, Stuttgart 1969, S. 316–353

¹⁰ vgl. dazu BMJFFG (Hrsg.): Vierter Familienbericht. Die Situation der älteren Menschen in der Familie, Bonn 1986

¹¹ Marianne Künzel-Schön a. a. O., S. 82

1.2 Widersprüchliche Normen

Aus diesen Erfahrungen werden fälschlicherweise Normen hergeleitet, die aber nur für wenige gelten, nämlich für die, die die Pflege übernehmen und dabei vor allem für die Frauen. Der normative Druck zur Unterhaltspflicht selbst ist für Kinder deutlich geringer geworden durch die eigene Alterssicherung der Eltern. Andererseits sind Kinder auch nicht mehr so stark vom Erbe der Eltern abhängig, denn eine gute Ausbildung ist heute meist bestimmender für die spätere wirtschaftliche Lage. Ein Großteil der gegenseitig gewährten Unterstützung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern bezieht sich denn heute auch auf den Austausch von praktischen und emotionalen Hilfen, die zumeist gern gegeben werden, solange sie gleichgewichtig sind. Kippt dieses Gleichgewicht zu Lasten der Kinder alter Eltern durch längerwährende Pflegebedürftigkeit, die unbegrenzten Einsatz erforderlich zu machen scheint, so kommt es zu einem Zustand der Regellosigkeit. Diesen Zustand bezeichnet der holländische Soziologe Knipscheer als „Anomie in der Mehrgenerationenfamilie“. ¹² Die Beziehung kommt aus dem Gleichgewicht, weil sie von nun an eher einseitig wahrgenommen wird. Es fehlen die Normen, die das Ausmaß der Hilfeleistung für hilfebedürftige Eltern regeln, und damit wächst die Wahrscheinlichkeit, daß man bei der geleisteten Hilfe in den Augen anderer zu weit geht. Als Fachausdruck hat sich dafür der Begriff „Überfürsorglichkeit“ eingebürgert. Auch das Gegenteil, nämlich Unterversorgung, ist in der Praxis anzutreffen. Beide, „Über-“ und „Unterversorgung“, werden dabei überwiegend aus pflegerischer Sicht definiert bzw. durch das, was professionelles Pflegepersonal an Leistung am Kranken erbringen würde. Erwachsene Kinder, die ihre Eltern pflegen und dafür einen beträchtlichen Teil ihres Lebens opfern, sind sich ihrer Ausnahmeposition durchaus bewußt. Sie reden über ihre Hilfeleistung auf eine Art, die den Schluß nahelegt, daß sie selbst von der Anomalität überzeugt sind. Sie betonen, daß andere Menschen sagen, sie gingen in ihrer Sorge zu weit.

Auch auf der Seite der gepflegten Menschen besteht Unklarheit darüber, was sie erwarten können und was ihre Angehörigen leisten werden. Weil die wenigsten Familien offen darüber reden können, kommt es zu widersprüchlichen Erwartungen, verschiedenartigen Wahrnehmungen und Enttäuschungen, die sich in Aggressionen, Verbitterung

¹² C. P. M. Knipscheer: Anomie in der Mehrgenerationenfamilie: Kinder und die Versorgung ihrer alten Eltern, in: Zeitschrift für Gerontologie, 1/1986, S. 40–46

und Resignation äußern können. Das gilt auch für die Rolle der Geschwister. Da es meist keine Möglichkeit gibt, die Betreuung der Eltern untereinander zu thematisieren, wird keine echte Entscheidung getroffen, sondern diejenige pflegt, in der Regel eine Frau, die sich – aus verschiedenen Gründen – am verantwortlichsten fühlt. (vgl. dazu Kap. A.I.4)

Mögliche Ursachen dieser widerspruchsvollen, die Betroffenen sehr belastenden Situation liegen darin, daß es keine klaren Regeln für die Unterstützung alter Eltern gibt, daß eine „Kontroll-Instanz“ fehlt, daß die eine Seite wenig über die andere weiß und alles nur auf Vermutungen gründet.

Auffallend ist, daß bis zu zwei Drittel der Frauen, die einen oder mehrere alte Menschen gepflegt haben, dies nicht von ihren Kindern erwarten, sondern ausdrücklich betonen, daß sie ihren Kindern auf keinen Fall zumuten möchten, sie zu Hause bei sich zu pflegen. Sicher würden einige im konkreten Fall anders entscheiden, aber diese Aussagen lassen darauf schließen, daß es einen großen Unterschied gibt zwischen den allgemeinen Normen, „einen alten Menschen so lange wie möglich zu Hause behalten“ und der eigenen Erfahrung. Aussagen nach langjähriger Pflege wie „früher habe ich jeden verurteilt, der einen alten Menschen ins Heim brachte, heute denke ich anders darüber“, gehen in diese Richtung.

Die „anomische“ Situation für die Familie bei Pflegebedürftigkeit betrifft auch die Dauer und die Qualität der Pflege sowie die Zahl der gepflegten Personen. Anstatt Normen gibt es eine Fülle von Fragen:

Muß ich Pflegearbeit übernehmen, obwohl ich das nicht kann und will, nur weil ich mit jemandem verwandt bin?

Wie lange muß man jemanden pflegen?

Unter welchen Bedingungen?

Wo gibt es Grenzen für die geleistete Hilfe?

Bis zu welchem Grad muß man persönliche Freiheiten aufgeben?

Welche Hilfen von außen darf man in Anspruch nehmen?

Was kann man von den Geschwistern, vom Ehepartner, von den eigenen Kindern an Mithilfe verlangen?

Wieviele Personen muß man pflegen, bevor man guten Gewissens einen Schlußpunkt setzen kann?

Vielleicht wird jetzt verständlicher, warum die Pflege alter Menschen fast immer von einer Flut von Schuldgefühlen begleitet ist. Sie sind auch Ausdruck der fehlenden klaren Antwort auf solche Fragen. Schuldgefühle wirken darüber hinaus stark normierend und beeinflussen fast jede seelische Regung gegenüber dem Kranken. Sie sind so belastend, daß dies in jeder Form von Angehörigenarbeit unbedingt

berücksichtigt werden sollte, z. B. indem Bewältigungs- und Abgrenzungsmöglichkeiten auf der praktischen und emotionalen Ebene thematisiert und erarbeitet werden.

2. Motivation für die Übernahme von Pflege

Wenn im wesentlichen klare Normen fehlen, aus denen heraus Pflege übernommen wird, worin besteht dann die Motivation von Angehörigen, sich der Pflege eines alten Menschen zu widmen? Im folgenden sollen Gründe dafür angegeben werden, wie sie in den Studien zur Situation pflegender Angehöriger zusammengetragen worden sind. Dabei ist allerdings im wesentlichen nur die Motivation von Töchtern und Schwiegertöchtern untersucht worden, sicher auch deswegen, weil hier die in Kapitel I 1.2 beschriebene Anomie am größten ist. Für einen Ehe- oder Lebenspartner entscheidet man sich, Eltern oder Schwiegereltern dagegen hat bzw. bekommt man.

In allen Studien trifft man auf das Element der „Selbstverständlichkeit“ als den am häufigsten genannten Grund, den pflegende Frauen angeben. Diese Selbstverständlichkeit, so eine Kasseler Studie zur „Pflegebereitschaft der Töchter“¹³, drückt normative und moralische Vorstellungen aus, die in Form von Schuldgefühlen, wenn man es nicht täte, verinnerlicht sind. Wie schon im letzten Kapitel angesprochen, gilt dies bei mehreren Geschwistern bei der Pflege der Eltern in der Regel nur für eines. Hinter dieser „Selbstverständlichkeit“, die folglich einer durchaus persönlichen Norm entspricht, aber unglaublich stark wirkt, verbergen sich denn auch äußerst komplexe Ursachen, von denen einige nur kurz erläutert werden sollen.

Häufig steht hinter der Selbstverständlichkeit ein *Pflichtgefühl*, das weniger mit der aktuellen Beziehung, z. B. zwischen Mutter und Tochter, zu tun hat, als mit Kindheit und Sozialisation: „Man ist doch irgendwie verpflichtet, einen alten Menschen bei sich zu behalten, schließlich ist man doch auch versorgt worden!“ drückte es eine Frau aus.

Auch *christliche Nächstenliebe und Mitleid*, verbunden mit einer caritativen Einstellung „ich habe immer versucht, allen zu helfen“, beziehen sich weniger auf das konkrete Verhältnis zum Gepflegten selbst als auf eine allgemeine Haltung Menschen gegenüber, insbesondere Familienangehörigen, die Hilfe brauchen.

Dagegen ist z. B. *Wiedergutmachung* eine Motivation, die auf ganz konkreten Erfahrungen und der Beziehung zum gepflegten Menschen

¹³ Maren Bracker u. a.: Die Pflegebereitschaft der Töchter, Wiesbaden 1988

selbst beruht. Eine Frau, die eine sehr problematische Beziehung zu ihrer Mutter hatte, sagte: „... an der Mutter ein wenig von dem Vielen wiedergutmachen, das sie an mir getan hat“. Die Mutter saß, als sie ein Kleinkind war, nächtelang an ihrem Bett, weil sie Asthma hatte und Erstickungsanfälle bekam.

Diese Wiedergutmachung kann sich auch auf die nähere Vergangenheit beziehen und ohne Schuldgefühle als Dankbarkeit wahrgenommen werden, wenn z. B. die nun hilfebedürftige Mutter ihrer Tochter die Berufstätigkeit ermöglicht hatte, indem sie für die Enkel sorgte, wofür die Tochter nun ein Stück zurückgeben möchte. Der Umfang der übernommenen Pflege wird von den Töchtern allerdings auch gemessen an dem, was ihnen früher gegeben wurde. Je größer die Diskrepanz ist, desto stärker ist die heutige Pflege mit inneren Konflikten verbunden.

Ein weiteres Motiv, das sehr stark normierend wirkt, ist z. B. ein „gegebenes Versprechen“ dem Gepflegten selbst oder dem verstorbenen anderen Elternteil gegenüber: „Versprich mir, daß du für Mutter sorgst, wenn ich nicht mehr bin.“

Auch *finanzielle Motive* haben, besonders auf dem Land, eine große Bedeutung. Der Hof, der auf der Basis von Verträgen übergeben wurde, in denen die Auflage besteht „zu erhalten in gesunden und in kranken Tagen“; ein Haus, das die Großeltern mit der jungen Familie finanziert haben mit der Verpflichtung, im Pflegefall für sie zu sorgen. In solchen Fällen ist es für Angehörige fast unmöglich, die Pflege nicht selbst zu leisten. Geschwister fühlen sich, auch wenn sie das bessere Verhältnis hatten, nur selten mitverantwortlich, da das Finanzielle stark normierend zu wirken scheint. Die meisten Frauen in den wissenschaftlichen Untersuchungen haben schon vor der Pflege mit den von ihnen Betreuten zusammengelebt, entweder im selben Haus oder aber in unmittelbarer Nähe. In der Praxis machen wir allerdings zunehmend die Erfahrung, daß es wegen der Hilfebedürftigkeit zum Zusammenleben kommt oder aber dieses geplant wird, wozu z. B. die Teilnahme an Angehörigengruppen vorbereiten soll. Entgegen ersten Annahmen scheint die Pflegebereitschaft durch die Geldleistungen der Pflegeversicherung aber nicht grundsätzlich erhöht zu werden, höchstens Mitnahmeeffekte sind nicht auszuschließen¹⁴.

¹⁴ Adalbert Evers, Ulrich Rauch: Geldleistungen in der Pflegeversicherung. Motive und Mittelverwendung bei Personen, die im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes die Geldleistungsalternative in Anspruch nehmen. Pilotstudie an der Justus-Liebig-Universität Gießen, 1996