

**Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

**Die Lebenswelt von berufstätigen Personen mit gleichzeitiger  
Erziehungs- und Pflegeverantwortung –  
Eine phänomenologische Studie**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet  
Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Dorothee Brigitte Bauernschmidt  
geboren am 04. Oktober 1973 in Bad Schlema

Betreuerin: Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer

Gutachterin: Prof. Dr. rer. medic. Erika Sirsch, Vallendar

Gutachter: Prof. Dr. rer. medic. Ralph Möhler, Düsseldorf

01.06.2021

20.12.2021

## **Referat**

Hintergrund: Die höhere Lebenserwartung, der Trend zur späteren Familiengründung und die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen führen dazu, dass Personen im mittleren Lebensalter gleichzeitig mit Sorgeerfordernissen für minderjährige Kinder und für pflegebedürftige Personen konfrontiert werden, die sie mit einer Berufstätigkeit vereinbaren.

Zielsetzung: Ziel der Studie ist es, Erkenntnisse zur Lebenswelt der betroffenen Personen und zu deren Wahrnehmung von (pflege-)professionellen Unterstützungsangeboten zu gewinnen. Zudem sollen Überlegungen und Schlussfolgerungen formuliert werden, die zur wissenschaftlichen Fundierung pflegerischer Interventionen beitragen können.

Methoden: Unter Einnahme einer phänomenologischen Perspektive wurden narrative Interviews mit 16 berufstätigen Personen geführt, die gleichzeitig Erziehungsverantwortung für minderjährige Kinder tragen und für pflegebedürftige Angehörige sorgen. Im Rahmen einer interpretativ-phänomenologischen Analyse wurden Themen und das konstitutive Muster herausgearbeitet, welche die Lebenswelt der befragten Personen kennzeichnen.

Ergebnisse: Die Themen ‚Alltagserleben‘, ‚Priorisierung von Sorge‘, ‚Sorge und Schuld‘, ‚Familiales Gefüge‘, ‚Pflege‘, ‚Erwerbstätigkeit‘ sowie ‚Suche nach Unterstützung‘ beschreiben mit den zugeordneten Unterthemen die gelebte Erfahrung der Teilnehmenden in ihrer jeweils individuellen Ausprägung. Mit ‚Sorge und Verantwortung tragen‘ wurde ein konstitutives Muster identifiziert, das die Themen rahmt und verbindet. Die Heterogenität der Lebenssituationen findet sich in der Vielfalt im individuellen Erleben wieder. Das alltagsbestimmende Element ist Sorge, deren Dynamik in Phasen mit hohen Sorgebedarfen zu einer Priorisierung von Sorge führt. Als Ausdruck der Begrenztheit des Sorge-Tragens zeigt sich darin ein moralisches Dilemma, dem Gefühle von Schuld bzw. ein schlechtes Gewissen folgen. Pflege als zusätzlicher Lebensbereich ist mit Einschränkungen in anderen Lebenssphären verbunden, bietet zugleich aber die Möglichkeit, sich nahestehenden Personen sorgend zuzuwenden. Dementsprechend wird Pflege ambivalent wahrgenommen. Die Suche nach Unterstützung stellt eine Herausforderung dar und verläuft unterschiedlich erfolgreich.

Schlussfolgerungen: Das Gelingen von Sorge stellt einen wesentlichen Aspekt für berufstätige Personen mit multipler Sorgeverantwortung dar. Professionelle Unterstützung kann einen Beitrag zu gelingender Sorge leisten, wenn Interventionen so gestaltet sind, dass eine Übernahme von Verantwortung, d. h. ein Mit-Tragen von Sorge und Verantwortung, möglich wird.

Bauernschmidt, Dorothee: Die Lebenswelt von berufstätigen Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung – Eine phänomenologische Studie, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2021

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis .....	III
Tabellenverzeichnis .....	III
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1    Begriffsbestimmungen und Vorverständnis.....	1
1.2    Stand der Forschung.....	2
<b>2 Zielstellung.....</b>	<b>3</b>
<b>3 Theoretischer Bezugsrahmen.....</b>	<b>4</b>
<b>4 Methodik.....</b>	<b>7</b>
4.1    Design .....	7
4.2    Samplingstrategie.....	8
4.3    Methode der Datenerhebung .....	9
4.4    Aufbereitung der Daten.....	11
4.5    Methode der Datenauswertung .....	12
4.6    Forschungsethische Überlegungen.....	13
4.7    Gütekriterien .....	14
<b>5 Ergebnisse.....</b>	<b>15</b>
5.1    Alltagserleben .....	18
5.1.1    Fordernder Alltag.....	18
5.1.2    Spuren permanenter Anspannung .....	21
5.1.3    (Un-)Vereinbarkeit von Lebenswelten.....	22
5.2    Priorisierung von Sorge.....	23
5.3    Sorge und Schuld .....	26
5.4    Familiales Gefüge .....	28
5.4.1    Familiale Sorgegeschichte .....	29
5.4.2    Erwartete und zugeschriebene Zuständigkeiten .....	35
5.4.3    Akteure im familialen Gefüge.....	38
5.5    Pflege .....	41
5.5.1    Pflegen .....	41
5.5.2    Aus der Ferne pflegen .....	44

5.6	Erwerbstätigkeit .....	46
5.6.1	Last und Lust.....	46
5.6.2	Bedingungen der Vereinbarkeit .....	48
5.6.3	Berufsarbeit und Sorgearbeit.....	49
5.7	Suche nach Unterstützung.....	50
5.7.1	Erfahrungen mit professioneller Unterstützung .....	51
5.7.2	Bürokratische Hürden .....	54
5.8	Konstitutives Muster – Sorge und Verantwortung tragen.....	56
<b>6</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>61</b>
6.1	Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund anderer empirischer Befunde .....	63
6.2	Diskussion der Ergebnisse anhand Care-theoretischer Bezugnahme.....	66
6.3	Stärken und Schwächen .....	73
<b>7</b>	<b>Fazit und Ausblick .....</b>	<b>75</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>76</b>
	<b>Thesen .....</b>	<b>80</b>
	<b>Anlagen .....</b>	<b>81</b>
	Flyer .....	82
	Informationsschreiben und Einwilligungserklärung .....	84
	Erhebungsbogen für soziodemographische Daten und Merkmale des Pflegearrangements... ..	88
	<b>Anhang .....</b>	<b>IV</b>
	Selbständigkeitserklärung .....	IV
	Erklärung über frühere Promotionsversuche.....	IV
	Danksagung.....	V

## **Abkürzungsverzeichnis**

alleinerz.	alleinerziehend
berufsbegl.	berufsbegleitend
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
getr.	getrennt lebend
LP	Lebenspartnerschaft
SGB	Sozialgesetzbuch
SSW	Schwangerschaftswoche
verh.	verheiratet
WG	Wohngemeinschaft

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Grafische Darstellung der Themen und des konstitutiven Musters.....	18
--------------	---	----

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Kurzbeschreibung der Lebenssituation und Soziodemographie der Teilnehmenden .....	16
------------	--	----

# 1 Einleitung

Pflegebedürftigkeit und Pflege stellen eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Für das Jahr 2019 gibt die Pflegestatistik 4,1 Millionen Menschen in Deutschland an, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten (Statistisches Bundesamt, 2020c). Aufgrund der demografischen Entwicklungen ist mit einer Zunahme pflegebedürftiger Personen zu rechnen. Gegenwärtig wird mit 80 % der überwiegende Teil dieser Personen zu Hause gepflegt und bei ca. 2,1 Millionen Menschen übernehmen dies die Angehörigen ohne weitere professionelle Unterstützung. In Abhängigkeit von der jeweiligen Lebenssituation stellen sich bei der Übernahme von Pflegeverantwortung unterschiedliche Herausforderungen, wie bspw. eine zusätzliche Erziehungsverantwortung oder auch die Vereinbarung mit einer Erwerbstätigkeit. In einigen Fällen treffen diese Faktoren gleichzeitig aufeinander: Die höhere Lebenserwartung und der Trend zur späteren Familiengründung führen in Verbindung mit der steigenden Berufstätigkeit von Frauen (Statistisches Bundesamt, 2019, 2020a, 2020b) dazu, dass Personen im mittleren Lebensalter zunehmend mit Sorgeerfordernissen der jüngeren und älteren Generation konfrontiert werden, die sie mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren.

Für diese Lebenssituation wurde Ende der 1970er Jahre der Begriff der ‚Sandwich-Generation‘ geprägt (Schwartz, 1979), der das ‚squeezed in the middle‘ der betroffenen Personen zwischen Kinder- und Elterngeneration illustrieren soll. Wie in der Literaturübersicht dargestellt (Bauernschmidt, 2020), wurden im Verlauf der wissenschaftlichen Auseinandersetzung unterschiedliche Kriterien für das Vorliegen einer solchen Sandwich-Konstellation formuliert: So variieren die Angaben zur Zahl der beteiligten Generationen für eine Sandwich-Situation zwischen drei und fünf, während andere Autoren auch die intragenerationale Pflege bei gleichzeitiger Erziehungsverantwortung unter diesem Begriff subsumieren. Darüber hinaus finden sich weitere Begrifflichkeiten wie bspw. Scharniergeneration (Lüscher & Liegle, 2003), die wesentliche Kennzeichen dieser Lebenssituation unterstreichen sollen.

## 1.1 Begriffsbestimmungen und Vorverständnis

Mit Blick auf diese begriffliche und definitorische Vielfalt kann die Gleichzeitigkeit von unterschiedlichen Sorgebedarfen als grundlegendes Merkmal dieser Lebenssituation betrachtet werden, indem Erziehungsverantwortung für minderjährige Kinder und Pflegeverantwortung für pflegebedürftige Personen getragen wird. Eine derartige Konstellation ergibt sich auch dann, wenn Eltern für pflegebedürftige Kinder sorgen und gleichzeitig Erziehungsverantwortung für Geschwisterkinder tragen. Zudem kann die Pflege aufgrund beruflicher Mobilitätsanforderungen insbesondere bei multilokalen Mehrgenerationenfamilien über eine räumliche Distanz hinweg erbracht werden. Um diese empirisch relevanten Konstellationen in die Studie aufnehmen zu können, wurde in der vorliegenden Arbeit der Begriff ‚multiple Sorgeerfordernisse‘ verwendet.

Damit wird auf die mehrfachen, aber unterschiedlichen Sorgebedarfe Bezug genommen und mit dem Begriff ‚Sorge‘ ein breit gefasster Pflegebegriff und die Erziehungsarbeit zusammengeführt. Unter ‚Pflege‘ werden körperbezogene, emotionale und organisatorische Unterstützung gezählt. Da die Verantwortlichkeit für diese Unterstützung dem Subsidiaritätsprinzip folgend an die Angehörigen pflegebedürftiger Personen gerichtet ist, wurde der Begriff ‚Erfordernis‘ gewählt, um dies auch begrifflich abzubilden.

Neben den verwendeten Begriffen wird einleitend auch das Vorverständnis der Autorin zum untersuchten Phänomen expliziert: In der Auseinandersetzung mit der Thematik vor der Studiendurchführung wurde angenommen, dass betroffene Personen die drei Lebensbereiche Familie, Pflege und Beruf als gleichrangig betrachten. Zudem wurde davon ausgegangen, dass Sorge als familiäre Aufgabe gesehen wird und keine primären Zuständigkeiten innerhalb der Kernfamilie für die Pflege bestehen. Deshalb war im Studienprotokoll die Befragung mehrerer Personen eines Arrangements vorgesehen.

## **1.2 Stand der Forschung**

Zur Aufarbeitung des Forschungsstandes wurde ein Scoping Review verfasst, das die Befunde von 85 Studien übersichtsartig darstellt (Bauernschmidt, 2020). Während mit ca. 80 % der überwiegende Teil dieser Forschungen im nordamerikanischen Raum durchgeführt wurde, stammen nur sechs Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum. Bei mehr als zwei Drittel der Studien handelt es sich um quantitative; 14 Publikationen berichten einen Mixed Methods Ansatz und zehn Studien sind dem interpretativen Paradigma zuzuordnen. Neben der Häufigkeit dieser Lebenssituation adressieren die eingeschlossenen Untersuchungen u. a. Fragestellungen zu den Auswirkungen (auf bspw. Lebensqualität, Gesundheitszustand), zur Vereinbarkeit der Lebensbereiche (‚work-life balance‘) und zu Bewältigungsstrategien. Insbesondere qualitative Studien sind darauf ausgerichtet, die subjektive Wahrnehmung der Lebenssituation durch die betroffenen Personen herauszuarbeiten. In den theoretischen Bezugnahmen überwiegen rollentheoretische Ansätze, die in 61 % der Studien herangezogen werden. Eine phänomenologische Perspektive wird in zwei Studien eingenommen (Boyczuk & Fletcher, 2016; Steiner, 2015).

Die Befunde der Untersuchungen zeigen ein insgesamt heterogenes Bild. Dies trifft zunächst für die Häufigkeit von Personen, die multiple Sorgeerfordernisse mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren, zu. So finden sich Angaben, die einen Anteil von ca. 8 % in der Gruppe der 45- bis 64-jährigen Personen für Kanada ausmachen (Williams, 2004), während Künemund den Anteil für Deutschland mit 4–5 % in der Altersgruppe der 40 bis 54 Jahre alten Personen angibt (Künemund, 2002, 2006). Aus der Einschätzung, dass es sich hierbei um eine sehr seltene Konstellation handelt, bei der zudem keine besonderen Belastungen nachgewiesen werden konnten, folgt eine „begründete Skepsis an der Relevanz der Sandwich-Problematik“

(Künemund, 2002, S. 356). Auch wenn „es sich im Einzelfall um erhebliche Belastungen handeln kann“ (Künemund, 2002, S. 356), wird von einer „allzu dramatisierenden Thematisierung der Sandwich-Generation“ (Künemund, 2002, S. 357) abgeraten. In Kombination mit den Analysen aus Österreich (Hörl & Kytir, 1998) und der Schweiz, die ebenfalls zu der Einschätzung gelangt, dass sich „nur ein geringer Anteil potentieller Sandwich-Positionen in eine tatsächliche intergenerationelle Doppelbelastung auswirkt“ (Höpflinger & Baumgartner, 1999, S. 109), könnte dies ein Grund dafür sein, dass sich im deutschsprachigen Raum nur wenig Forschungsaktivität zu dieser Lebenssituation entwickelt hat.

Während weitere Studien ebenfalls keine negativen Effekte auf das Wohlbefinden (Loomis & Booth, 1995) bzw. eine höhere Lebenszufriedenheit (Williams, 2004) beschreiben, deuten andere Befunde auf eine angespannte Lebenssituation hin. So gaben erwerbstätige Befragte mit multipler Sorgeverantwortung höhere Werte für eine Überforderung („role overload“), Stress und depressiver Stimmungslage und für wechselseitige Beeinträchtigungen von Arbeit und Familie sowie niedrigere Level für den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand an (Duxbury & Higgins, 2017). Insbesondere qualitative Studien zeichnen ein detailliertes Bild der Lebenssituation und betonen die damit verbundenen Herausforderungen, die bei dem Versuch, mehreren unterschiedlichen Sorgebedarfen neben einer Erwerbstätigkeit nachzukommen, entstehen.

Diese heterogene Befundlage und die bislang noch ausstehende (pflégewissenschaftliche) Beschäftigung mit dem Phänomen ‚multiple Sorgeerfordernisse‘ im deutschsprachigen Raum weisen dieses als Forschungsdesiderat aus.

## **2 Zielstellung**

Ausgehend von den im vorangegangenen Abschnitt identifizierten Forschungslücken werden mit der vorliegenden Arbeit die folgenden Ziele verfolgt:

- I. Gewinnung von Erkenntnissen zur lebensweltlichen Wahrnehmung von Personen, die sich im Spannungsfeld von Familie, Pflege und Beruf befinden;
- II. Formulierung von Überlegungen und Schlussfolgerungen, die zur wissenschaftlichen Fundierung pflegerischer Interventionen beitragen.

Aus diesen Zielen leiten sich die forschungsleitenden Fragestellungen ab:

- 1) Wie erleben erwerbstätige Personen mit Erziehungs- und Pflegeverantwortung ihre Lebenssituation?
  - a) Welche Veränderungen familialer Lebenswelten werden durch die Übernahme von Pflegeverantwortung neben reproduktiver Arbeit und Erwerbstätigkeit herbeigeführt?
  - b) Welche Auswirkungen der Pluralisierung familialer Lebensformen sind hinsichtlich der Gestaltung häuslicher Pflege wahrnehmbar?



- 2) Welche Unterstützungsbedarfe äußern die Befragten bei der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Erwerbstätigkeit?
  - a) Können geschlechtsspezifische Ausprägungen in den formulierten Unterstützungsbedarfen identifiziert werden?
  - b) Welche Erkenntnisse lassen sich für die Gestaltung von Unterstützungsangeboten ableiten?
  - c) Welche Gestaltungsräume insbesondere für pflegeprofessionelle Interventionen sind darstellbar?

### **3 Theoretischer Bezugsrahmen**

Den theoretischen Bezugsrahmen der Studie bildet die Phänomenologie. Als eine der maßgeblichen philosophischen Strömungen des 20. Jahrhunderts mit wesentlichem Einfluss auf spätere Theorie-Diskurse wurde die Phänomenologie von Edmund Husserl begründet. In der Auseinandersetzung mit dessen Werk hat sich die Phänomenologie zu einer heterogenen Bewegung entwickelt. Trotz dieser Vielfalt können Grundthemen identifiziert werden, die als „allgemeine methodologische Motive, (...) den Phänomenbegriff der Phänomenologie, ihre Betonung der Ersten-Person-Perspektive, ihr Bestehen auf der Bedeutung von methodologischer Reflexion, ihre Forderung, zu den Sachen selbst zurückzugehen, und schließlich ihre Analyse der Lebenswelt [umfassen]“ (Zahavi, 2007, S. 8).

Für Heidegger beinhaltet der Begriff ‚Phänomen‘ das Sichzeigende und den Schein eines Gegenstandes und damit die „Gesamtheit dessen, was am Tage liegt oder ans Licht gebracht werden kann“ (Heidegger, 2006, S. 28). Phänomenologie lässt sich demnach als eine „philosophische Analyse der verschiedenen Erscheinungsweisen der Gegenstände begreifen und im Anschluss daran als eine reflexive Untersuchung der Verstehensstrukturen, die es den Gegenständen ermöglichen, sich als das zu zeigen, was sie sind“ (Zahavi, 2007, S. 13). Es werden verschiedene Phänomentypen wie bspw. Gegenstände, Sachverhalte oder soziale Beziehungen unterschieden, die auf unterschiedliche Weisen erscheinen, indem sie durch signitive oder imaginative Akte repräsentiert sind oder sich direkt über Wahrnehmung präsentieren. Daraus resultiert die „Auffassung, dass die Welt, wie sie uns erscheint – sei es in der Wahrnehmung, im praktischen Umgang oder in wissenschaftlichen Analysen –, die einzig wirkliche Welt sei“ (Zahavi, 2007, 14 f.).

Mit der Betonung der Ersten-Person-Perspektive wird die Gegenposition zum Objektivismus eingenommen und „die Bedingungen der Möglichkeit der Erfahrung und Erkenntnis als solcher“ (Zahavi, 2007, S. 17) fokussiert. Subjektivität als grundlegende Bedingung der Erfahrung und Erkenntnis ist gekennzeichnet durch u. a. Gegenstandsgerichtetheit, Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Historizität und intersubjektive Verankerung, was „ein Erscheinen *von* etwas *für*

jemanden“ (Zahavi, 2007, S. 18, Herv. i O.) beschreibt. Damit setzt das Verstehen von Bedeutung oder Sinn von Phänomenen die Einbeziehung der Subjekte, denen sie erscheinen, voraus, indem nicht nur „die Gegebenheit des Gegenstandes (..) sondern auch das subjektive Korrelat seiner Erscheinung“ (Zahavi, 2007, S. 19) Berücksichtigung findet.

Eine der Grundannahmen, die die Phänomenologie hinterfragt, ist das Vorhandensein einer äußeren, unabhängig vom Subjekt bestehenden Wirklichkeit, deren breite Akzeptanz und tiefgreifende Auswirkungen Husserl zu der Benennung ‚natürliche Einstellung‘ veranlasst hat. Dieses Infragestellen lässt die Erkenntnis zu, dass Subjektivität „ihr eigenes, ganz besonderes Sein besitzt“ (Zahavi, 2007, S. 22). Um sich der Wirklichkeit in einer unvoreingenommenen Untersuchung zuwenden zu können, bedarf es der Aussetzung der natürlichen Einstellung und weiterer Hypothesen, was als phänomenologische Epoché bezeichnet wird. Dabei werden die Annahmen der natürlichen Einstellung eingeklammert und ihre Gültigkeit neutralisiert, um den Fokus auf das phänomenologisch Gegebene richten zu können (Zahavi, 2007).

Mit der Forderung Husserls, zu den Sachen selbst zurückzugehen, ist die Vorstellung von Phänomenologie als einer strengen Wissenschaft (Danner, 2006) verbunden. Ausgehend von den unterschiedlichen Phänomentypen lassen sich unterschiedliche Gegenstandsbereiche wie bspw. Natur- oder Kulturgegenstände identifizieren, wobei „jeder dieser Bereiche durch seine eigene irreduzierbare Wesensart gekennzeichnet ist“ (Zahavi, 2007, S. 27) und sich die Notwendigkeit methodologisch angemessener Verfahrensweisen ableitet (Zahavi, 2007).

Mit dem Begriff ‚Lebenswelt‘ wird die Welt bezeichnet, „die wir im Alltag ganz selbstverständlich voraussetzen, die vorwissenschaftliche Erfahrungswelt, mit der wir vertraut sind, und die wir nicht in Frage stellen“ (Zahavi, 2007, S. 31) und aus der letztlich alle Erkenntnis gründet.

Die Phänomenologie entwirft damit ein Modell menschlicher Existenz, welches das „Subjekt als leiblich, sozial und kulturell eingebettetes In-der-Welt-sein versteht“ (Zahavi, 2007, S. 91). Sie formuliert zugleich eine erkenntnistheoretische Fundierung phänomenologisch ausgerichteter Sozialforschung und bietet einen Bezugsrahmen für empirische Untersuchungen der Lebenswelt, womit „zwei Reflexionsebenen über menschliche Wirklichkeiten“ (Raab et al., 2008, S. 11) vorliegen: Während das Ziel der Philosophie darin besteht, „Möglichkeitsbedingungen von Sinn, Deuten und Wissen“ (Raab et al., 2008, S. 11) zu ergründen, geht phänomenologisch orientierte Sozialforschung der Aufgabe nach, „die Bedingungen der Möglichkeit ebenso wie das Repertoire von Alternativen sozialen Handelns zu erforschen“ (Raab et al., 2008, S. 11).

Eine wesentliche Rolle in der soziologischen Rezeption der Phänomenologie kommt Alfred Schütz zu. In Anknüpfung an Husserls Intentionalitäts- und Lebensweltanalyse sieht Schütz die soziale Welt in bestimmten Bewusstseinsakten und -operationen enthüllt und manifestiert (Zahavi, 2007). Der Sinn dieser sozialen Welt wird von Subjekten konstituiert, weshalb „für ein

wissenschaftliches Verständnis der sozialen Welt (..) die nähere Untersuchung der sozialen Akteure, die in ihr leben, unerlässlich [ist]“ (Zahavi, 2007, S. 93).

Schütz und Luckmann (2017) weisen darauf hin, dass für eine Deutung von Handeln und Denken die Wirklichkeit der Menschen beschrieben werden muss. Diese Wirklichkeit bildet die alltägliche Lebenswelt. Die Lebenswelt als „Inbegriff einer Wirklichkeit, die erlebt, erfahren und erlitten wird“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 447), wird zudem durch das Tun – vermittelt über den Leib – verändert: „Sie ist aber auch eine Wirklichkeit, die im Tun bewältigt wird, und die Wirklichkeit, in welcher – und an welcher – unser Tun scheitert.“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 447) Um die alltägliche lebenserhaltende Auseinandersetzung mit den gegebenen Bedingungen des Lebens vollziehen zu können, muss die Lebenswelt, der Bereich menschlicher Praxis, verstanden werden – sie ist uns „zur Auslegung aufgegeben“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 33). Diese Auslegung beruht auf dem Wissensvorrat, der sich aus früheren, mitgeteilten und unmittelbaren Erfahrungen zusammensetzt. Dieser Erfahrungsvorrat dient zur Lösung praktischer Probleme und dazu, sich routinemäßig im eigenen alltäglichen Handeln orientieren zu können. Erfahrungen, die sich in die Bezugsschemata des Wissensvorrates einfügen, stellen eine „Kette von Selbstverständlichkeiten“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 37) dar und bestätigen die Gültigkeit des Erfahrungsvorrates, indem „ich meine früheren erfolgreichen Handlungen wiederholen kann“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 34). Entziehen sich aktuelle Wahrnehmungen jedoch dieser fraglosen Einordnung, unterbrechen sie den routinemäßigen Ablauf und heben sich als Erlebnisse im Bewusstseinsstrom ab. Zugleich wird damit ein Teilbereich des Wissensvorrates infrage gestellt, sodass sich dieser Diskrepanz zwischen Erfahrungsvorrat und aktueller Wahrnehmung zugewendet werden muss: „Erfahrungen sind durch Aufmerksamkeit ausgezeichnete Erlebnisse“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 449). Die Problemlösung wird durch eine Erweiterung oder Anpassung der Bezugsschemata des Wissensvorrates herbeigeführt. Werden diese Erfahrungen nachträglich reflexiv erfasst und in einen über den ursprünglichen Ablauf hinausgehenden Zusammenhang mit gesetzt, werden sie erinnerbar und sinnvoll: „Sinn ist eine im Bewußtsein gestiftete Bezugsgröße, *nicht* eine besondere Erfahrung oder eine der Erfahrung selbst zukommende Eigenschaft“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 449, Herv. i. O.). Als Handlungen werden die Erfahrungen bezeichnet, die „ihren Sinn aus ihrer Beziehung zu einem Entwurf des Menschen schöpfen“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 450). Damit sind menschliche Handlungen motiviert und auf die Erreichung eines Zieles hin ausgerichtet. Zusammenfassend können diese theoretischen Grundannahmen mit der folgenden Aussage wiedergegeben werden: „Warum sich ein Mensch bestimmten Erfahrungen zuwendet – und wie er sich ihnen zuwendet –, hängt nicht nur von der jeweiligen, gerade aktuellen Situation ab, sondern auch, wie wir gesehen haben, von einem subjektiven, wiewohl gesellschaftlich geprägten Relevanzsystem – und schließlich von seinem subjektiven Wissensvorrat schlechthin.“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 450)

In der Pflegeforschung fand die soziologische Rezeption der Phänomenologie nur wenig Berücksichtigung. Es wurde vielmehr versucht, empirische Befunde auf philosophische Aussagen zu gründen, was wiederholt scharf kritisiert und mit dem Vorwurf der Fehlinterpretation philosophischer Erkenntnisse verbunden wurde (Zahavi & Martiny, 2019). Zugleich wird der Beitrag phänomenologisch fundierter Pflegeforschung zu einer Pflegepraxis hervorgehoben, die den jeweils spezifischen Bedürfnissen pflegeempfangender Personen in Abhängigkeit ihrer Erkrankung und Lebenssituation gerecht wird (Zahavi & Martiny, 2019).

Der vorgenannten Kritik Rechnung tragend wurden in der vorliegenden Arbeit die Grundannahmen phänomenologisch fundierter Sozialwissenschaft aufgenommen und in Würdigung der phänomenologischen Pflegeforschung die folgende, pflegewissenschaftliche Definition der ‚gelebten Erfahrung‘ zentral gesetzt, die die „Art [bezeichnet], wie Menschen Situationen im Hinblick auf ihre eigenen persönlichen Anliegen und Hintergrundbedeutungen, ihre Zeitlichkeit, ihren geschulten Körper sowie ihre Emotionen und Reflexionen begegnen“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 460).

In der Gegenüberstellung dieser Begriffsbestimmung mit den Aussagen von Schütz und Luckmann (2017) finden sich Gemeinsamkeiten, die die eingenommene Perspektive auf das zu untersuchende Phänomen kennzeichnen: Dies sind zunächst die situativen Gegebenheiten, denen die betroffenen Personen auf jeweils individuelle Art begegnen bzw. sich ihnen zuwenden. Darüber hinaus werden subjektive, gesellschaftlich geprägte Relevanzsysteme wirksam, die sich in den persönlichen Anliegen und (sozial beeinflussten) Hintergrundbedeutungen wiederfinden. Zudem wird sowohl auf die Bedeutung von Körperlichkeit und Reflexivität (in der Konstitution von Sinn) hingewiesen.

## **4 Methodik**

In den folgenden Abschnitten wird das methodische Vorgehen der Studie dargestellt.

### **4.1 Design**

Fragestellungen und theoretische Positionierung verorten die Studie im interpretativen Paradigma. Die Untersuchungsanlage entspricht einer deskriptiven Querschnittstudie und hat das Ziel, den vorgezeichneten Gegenstandsbereich umfassend zu beschreiben (Mayring, 2020). Qualitative Forschung ist durch das Prinzip der Offenheit gekennzeichnet, welches besagt, dass die „theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat“ (Hoffman-Riem, 1980, S. 343). Um dem zu entsprechen, wurden die Daten durch die in den nachfolgenden Abschnitten dargestellten Verfahren erhoben, aufbereitet und analysiert und eine theoretische Anbindung im Rahmen der Diskussion vollzogen.

## 4.2 Samplingstrategie

Das untersuchte Sample stellt eine Gelegenheitsstichprobe dar. Für die Erschließung des Untersuchungsfeldes wurden vorab Einschlusskriterien formuliert: Eingeschlossen wurden Personen, die Erziehungsverantwortung für mindestens ein minderjähriges Kind tragen und regelmäßig eine bzw. mehrere pflegebedürftige Person(en) unterstützen (körperbezogene Pflegemaßnahmen, emotionale Begleitung und/oder organisatorische Hilfeleistungen) sowie einer Berufstätigkeit im Umfang von mindestens zehn Wochenstunden nachgehen. Es wurden keine Vorgaben zu Wohnort oder häuslicher Pflege bzw. institutioneller Unterbringung der pflegeempfangenden Person und zum Umfang der Unterstützungsleistungen formuliert. Zudem wurde keine Unterscheidung hinsichtlich der Rolle der Hauptpflegeperson vorgenommen und auch Personen befragt, die die Pflege über eine größere räumliche Distanz hinweg erbringen. Darüber hinaus sollten die Teilnehmenden in verschiedenen familialen Konstellationen leben, in unterschiedlichen Berufen tätig sein und eine Varianz im Bildungs- und Einkommensniveau aufweisen. Durch vielfältige Merkmalsausprägungen in der Stichprobe sollte ermöglicht werden, das Allgemeine im Individuellen zu identifizieren, indem durch den Vergleich unterschiedlicher Manifestationen des Phänomens dessen allgemeine, übereinstimmende Merkmale herausgearbeitet werden (Schreier, 2020).

Zusätzlich wurde geplant, mehrere, an der Sorgearbeit beteiligte Personen in den jeweiligen Arrangements zu befragen, um unterschiedliche Wahrnehmungen und Gestaltungsweisen identifizieren und familiale Prozesse abbilden zu können. Dies konnte, wie im Abschnitt 6.3 erläutert, nicht realisiert werden und wirkte sich auch limitierend auf den ursprünglich angestrebten Sample-Umfang von ca. 20 Personen aus.

Von einer Studienteilnahme ausgeschlossen waren minderjährige Personen sowie Personen, die aus sprachlichen Gründen keine informierte Zustimmung erteilen konnten.

Für die Rekrutierung von Studienteilnehmenden wurden Mitarbeitende von Beratungsstellen für pflegende Angehörige und Senioren, Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten, von Tagespflegeeinrichtungen sowie stationären Pflegeeinrichtungen kontaktiert. Nach einer persönlichen Information zum Promotionsvorhaben wurden in den Einrichtungen Flyer platziert. Des Weiteren wurden die Ansprechpersonen zahlreicher Gesprächskreise und Selbsthilfegruppen kontaktiert und Studieninformationen hinterlegt. Darüber hinaus wurde ein Studienaufruf über eine Hausmitteilung der Ernst-Abbe-Hochschule Jena an alle Mitarbeitenden und Studierenden versendet. Zusätzlich wurden persönliche Kontakte für die Rekrutierung von Teilnehmenden genutzt. Da die Bemühungen trotz einer überregionalen Ausweitung der Suche nur wenig erfolgreich waren, wurde der Studienaufruf über soziale Medien insbesondere von bundesweit agierenden Vereinigungen pflegender Angehöriger verteilt. Aufgrund der zahlreichen Anfragen, die an diese Organisationen gerichtet werden, war auch hier der Erfolg begrenzt. Insgesamt gestaltete sich der Feldzugang sehr schwierig. Der Teilnahme an einem

Interview standen insbesondere der damit verbundene zeitliche Aufwand, die Notwendigkeit eines persönlichen Treffens und die Tonaufnahme sowie die Sichtweise, dass Forschungen nur wenig zur Verbesserung der Lebenssituation beitragen, entgegen. Im Zeitraum von November 2017 bis September 2018 konnten 16 Personen für eine Studienteilnahme gewonnen werden.

### **4.3 Methode der Datenerhebung**

Die Daten wurden durch narrative Interviews erhoben. Diese Methode wurde von Fritz Schütze entwickelt, wobei neben anderen Einflüssen die Grundannahmen der phänomenologisch orientierten Soziologie nach Schütz prägend waren (Küsters, 2009), was die Passung der Methode zum theoretischen Bezugsrahmen und deren Gegenstandsadäquanz unterstreicht.

Das narrative Interview bezeichnet eine Interviewform, in der eine befragte Person ausführlich und ohne Unterbrechungen auf eine Erzählaufforderung antworten kann (Küsters, 2019). Dabei wird das Ziel verfolgt, eine Datengrundlage für die Rekonstruktion der sozialen Wirklichkeit aus der Perspektive der Individuen zu schaffen (Küsters, 2009).

Die Aussage, dass „Erzählungen eigenerlebter Erfahrungen (.) diejenigen vom (..) faktischen Handeln und Erleiden abgehobenen sprachlichen Texte [sind], die diesem am nächsten stehen“ (Schütze, 1987, S. 14), unterlegt Schütze mit erzähltheoretischen Grundannahmen. Diese sind zunächst auf die konstitutiven Elemente von Stegreiferzählungen – Erzählträger, Erzählkette, Situationen, thematische Gesamtgestalt – bezogen (Kallmeyer & Schütze, 1977). In Form dieser vier kognitiven Figuren wird die innere Wahrnehmung eines Prozesses in der handelnden bzw. erleidenden Person abgelegt, was als Erlebnis- oder Erfahrungsaufschichtung bezeichnet wird (Küsters, 2009). Der Rückgriff auf diese Figuren ermöglicht die Erzählung von Ereignissen und ist zugleich an diese gebunden, woraus Strukturierungszwänge resultieren (Kallmeyer & Schütze, 1977). Diese besagen, dass die Bindung an die vier Figuren die Gestalt der Erzählung bestimmt und Spielräume für Manipulationen in deren Wiedergabe begrenzt.

Kallmeyer und Schütze (1977) beschreiben zudem die Zugzwänge der Sachverhaltsdarstellung: Der Detaillierungszwang führt dazu, dass die erzählende Person die tatsächliche Abfolge der Erlebnisse wiedergibt. Die Reproduktion des Erinnerung erfolgt damit entlang der Erzählkette und so detailliert, dass sie vom Zuhörenden nachvollzogen werden kann. Aufgrund des Gestaltschließungszwanges werden in der Erzählung begonnene kognitive Strukturen „auch über innere Widerstände hinweg und trotz Scham oder Hemmungen“ (Küsters, 2019, S. 689) abgeschlossen. Der Relevanzfestlegungs- oder Kondensierungszwang bewirkt, dass nur das erzählt wird, was relevant ist, weshalb eine fortwährende Bewertung und Gewichtung der Relevanz von Einzelereignissen und Situationen erfolgen muss. Aufgrund dieser Zugzwänge ist die Stegreiferzählung einer Kontrolle durch die erzählende Person zum großen Teil entzogen und es werden Dinge erzählt, die in anderen Settings nicht offenbart worden wären. Zudem weisen Zögern, thematische Brüche oder lückenhafte Erzählungen auf verschwiegene bzw.

verdrängte Inhalte hin (Küsters, 2019). Wie in der vorliegenden Studie müssen die Befragten selbst handelnd oder erleidend an einem prozesshaften Geschehen beteiligt (gewesen) sein, dem sie eine gewisse Aufmerksamkeit gewidmet haben (Schütze, 1987); demgegenüber lassen sich Alltagsroutinen, verfestigte Interaktions- oder Organisationsstrukturen mit dem narrativen Interview nicht erheben.

Unterschiedliche Positionen finden sich hinsichtlich der narrativen Kompetenz, die als Basiskompetenz beschrieben oder als abhängig vom bspw. Bildungsniveau betrachtet wird (Küsters, 2009). Weitere Kritik richtet sich auf die erzähltheoretischen Grundlagen: Insbesondere wird die Annahme infrage gestellt, dass Erzählgestalt, Erfahrungsaufschichtung und Ereignisabfolge korrespondieren. Zudem wird hinterfragt, inwieweit zurückliegende Erfahrungen im biografischen Verlauf durch Reflexions- und Verdrängungsprozesse verändert werden. Darüber hinaus wird die Möglichkeit von fiktiven Einfügungen und Manipulationen und damit die Authentizität der Erzählungen diskutiert (Küsters, 2009).

Trotz dieser methodologischen Bedenken ist die Technik des narrativen Interviews für die vorliegende Studie geeignet, da mit dieser Methode die Erfahrungsaufschichtung und das Erleben von Personen mit multiplen Sorgeerfordernissen erhoben werden können und nicht die tatsächlichen Ereignisse bzw. Handlungen im Zentrum des Forschungsinteresses stehen.

Dem eigentlichen Interview ging ein telefonischer Kontakt voraus, bei dem das Erkenntnisinteresse der Studie und das Vorgehen in der Interviewsituation erläutert wurde. Entgegen der Empfehlung, den „Überraschungscharakter“ (Küsters, 2009, S. 50) der asymmetrischen Gesprächsverteilung zu erhalten, wurde vorab auf diese Besonderheit hingewiesen, um Irritationen in der Befragungssituation zu vermeiden. Daneben wurde auch die Notwendigkeit der Tonaufzeichnung thematisiert und Anonymität zugesichert; der voraussichtliche Zeitaufwand wurde mit ca. zwei Stunden angegeben. Bei einer Entscheidung zur Teilnahme wurden Ort und Termin für die Befragung vereinbart, wobei die Wahl des Ortes den Teilnehmenden überlassen wurde. Vor Beginn des Interviews wurde nach umfassender Information die Einwilligung zur Teilnahme eingeholt (siehe Anlagen).

Entsprechend der Vorgabe, dass die Erzählung auf ein Prozessgeschehen gerichtet ist, wurde folgende, auf den spezifischen Lebensabschnitt fokussierte Erzählaufforderung formuliert: „Erzählen Sie bitte, wie es zu Ihrer aktuellen Lebenssituation gekommen ist, in der Sie Erziehung, Pflege und Beruf vereinbaren.“ In der Regel schloss sich dem eine Erzählung von unterschiedlicher Länge an, währenddessen vonseiten der Interviewerin Aufmerksamkeit durch aktives Zuhören signalisiert wurde. Das Ende der Haupterzählung wurde von den Erzählenden häufig durch Koda angezeigt (Schütze, 1983), wonach ein immanenter Nachfrageteil mit erzählgenerierenden Fragen zum Verständnis des Erzählten und zu Auslassungen bzw. Lücken folgte. Die exmanente Nachfragephase zur Erfassung soziodemographischer Daten und einbezogener Unterstützungsangebote orientierte sich am Erhebungsbogen (siehe Anlagen) und

schloss mit der Frage nach einem zusammenfassenden Fazit. Danach wurde die Tonaufnahme beendet. Das Nachgespräch wurde an den Bedürfnissen der befragten Personen und deren emotionaler Belastung ausgerichtet und beinhaltete insbesondere den Dank für die Bereitschaft zur Studienteilnahme.

Im Anschluss wurde ein Postskriptum verfasst, in dem Besonderheiten beim ersten Kontakt sowie Informationen zur Interviewsituation (bspw. Zeitpunkt, Ort, Wohnsituation) dokumentiert wurden. Auch vor, während und nach der Aufnahme gemachte Beobachtungen wurden schriftlich festgehalten. Diese umfassen Erscheinungsbild und Stimmung der befragten Person, aber auch Ausführungen zur eigenen Befindlichkeit und zur Atmosphäre in der Interviewsituation. Des Weiteren wurden die Anwesenheit von weiteren Personen bzw. Unterbrechungen sowie deren Einfluss auf Inhalt und Verlauf des Interviews notiert.

#### **4.4 Aufbereitung der Daten**

Die Tonaufzeichnungen der Interviews wurden durch die Autorin vollständig transkribiert. Eine Transkription ist „die weitgehende Verschriftlichung der sprachlichen und nichtsprachlichen Elemente von interpersonalen Kommunikation nach bestimmten formalisierten Regeln mit dem Ziel, das kommunikative Handeln und Tun der Beteiligten im Hinblick auf eine wissenschaftliche Ausdeutung hinreichend genau zu fixieren und aufzubereiten“ (Reichert, 2016, S. 261). Da das gesamte Geschehen nie vollständig in schriftlicher Form wiedergegeben werden kann und es sich deshalb immer um eine Reduktion handelt (Dresing & Pehl, 2020), ist die transparente Darstellung von Entscheidungen und Verfahrensweisen unerlässlich, da diese Einfluss auf die Auswertung der Daten und damit die Forschungsergebnisse nehmen.

Das Vorgehen in der vorliegenden Arbeit orientierte sich am System der erweiterten inhaltlich-semantic Transkription von Dresing und Pehl (2011): Die Tonaufzeichnung wurde wörtlich transkribiert. Dialektale Besonderheiten und Wortverschleifungen wurden weitestgehend geglättet und dem Schriftdeutsch angenähert; Fehler im Satzbau jedoch übernommen. Umgangssprachliche Partikel („ge“ oder „gell“) wurden ebenso wie Fülllaute und Wortdoppelungen erfasst. Satzabbrüche wurden gekennzeichnet und die Interpunktion der Intonation angepasst. Rezeptionssignale der Interviewerin („hm“, „ja“, „genau“) wurden transkribiert. Pausen im Erzählfluss sind mit Dauer angegeben und betonte Passagen hervorgehoben. Zudem wurden nonverbale Äußerungen und emotionale Reaktionen notiert und unverständliche Passagen markiert. Sprachüberlappungen sind mit „(gleichzeitig)“ gekennzeichnet. Die Beiträge der befragten und interviewenden Person sind jeweils in eigenen Absätzen wiedergegeben und durch Hervorhebungen zuordenbar. Alle im Interview genannten Personennamen und Ortsbezeichnungen wurden durch Buchstaben in alphabetischer Reihenfolge ersetzt. Die Transkripte wurden mit einer fortlaufenden Zeilennummerierung versehen.



Die in der Ergebnisdarstellung zitierten Interviewpassagen sind in kursiver Schrift hervorgehoben und mit Interviewnummerierung sowie Zeilenangaben versehen. Für eine bessere Lesbarkeit wurden diese geringfügig verändert, indem Wiederholungen gestrichen und Fülllaute teilweise entfernt wurden. Durch die Autorin vorgenommene Ergänzungen sind in eckigen Klammern eingefügt und geben häufig Verwandtschaftsbezeichnungen an, die auf die befragte Person bezogen sind (bspw. [Eltern]). Auslassungen werden mit „(...)“ gekennzeichnet und Pausen mit der jeweiligen Dauer angegeben „(... 3 s ...)“. Satzabbrüche sind durch „/“ kenntlich gemacht worden. Ergänzende Angaben zur Interviewsituation wie nonverbale Äußerungen, Unterbrechungen oder Anwesenheit weiterer Personen werden in Klammern aufgeführt wie bspw. (*lacht*).

#### **4.5 Methode der Datenauswertung**

Die Transkripte wurden durch eine interpretativ-phänomenologische Analyse ausgewertet, deren Vorgehen sich am siebenstufigen Schema von Diekelmann (1992) orientierte. Zusätzlich wurden die Postskripta und soziodemographischen Daten für die Auswertung herangezogen.

Das Ziel der Analyse liegt in der Beschreibung geteilter Praktiken und gemeinsamer Bedeutungen („shared practices and common meanings“, Diekelmann, 1992, S. 73), die in die alltägliche Lebenswelt eingebettet sind. Damit korrespondiert das Auswertungsverfahren mit den Grundannahmen des theoretischen Rahmens, indem die Lebenswelt des Alltags die „vornehmliche und ausgezeichnete Wirklichkeit des Menschen“ (Schütz & Luckmann, 2017, S. 29), bezeichnet und diese Wirklichkeit intersubjektiv geteilt wird. Im Rahmen der Analyse wurden Alltagspraktiken und Handlungen sowie deren Orientierungsmuster und Bedeutungen herausgearbeitet, die als Themen kodiert und in ihren Ausprägungen beschrieben wurden. Das konstitutive Muster als rahmendes Element verbindet die Themen (Diekelmann, 1992).

Das Auswertungsverfahren umfasst die folgenden Arbeitsschritte:

- (1) Die Transkripte werden mehrfach gelesen, um ein Verständnis für deren Inhalt auszubilden.
- (2) Von jedem Interview wird eine interpretative Zusammenfassung verfasst.
- (3) Die Zusammenfassungen werden analysiert, um mögliche Themen zu identifizieren.
- (4) Bei unterschiedlichen Interpretationen wird der Interviewtext zur Klärung herangezogen.
- (5) Die durch Vergleich und Kontrastierung der Texte herausgearbeiteten Themen, die die gemeinsamen Bedeutungen und Praktiken widerspiegeln, werden beschrieben.
- (6) Durch den Vergleich der Themen wird ein konstitutives Muster herausgearbeitet, das die Themen miteinander verbindet und in allen Interviews zu finden ist.
- (7) In einem zusammenfassenden Entwurf werden die Themen und das konstitutive Muster beschrieben und durch Zitate unterlegt.

Eine interpretative Zusammenfassung ist eine schriftliche Darstellung des Einzelfalles, an deren Beginn zunächst die allgemeinen Lebensumstände der befragten Person geschildert wurden. Im Anschluss daran wurden wesentliche, für die Beantwortung der Forschungsfragen relevante Interviewpassagen paraphrasiert und in Beziehung zueinander gesetzt. Dieser Vorgang entspricht der Interpretation als „bedeutungsgleiche‘ Transformation eines Datums (Textstelle) in einen anderen, abstrakteren Text“ (Reichertz, 2016, S. 66, Herv. i. O.). Durch Vergleichen und Kontrastieren der jeweiligen interpretativen Zusammenfassungen konnten Themen herausgearbeitet werden. Bestimmend für das interpretative Vorgehen ist dabei die Frage, „ob sich ‚hinter‘ oder ‚in‘ der Darstellung der eigenen Identität, der Zuweisung der Identität des anderen, in der Herstellung des jeweiligen Verhältnisses Muster finden lassen, also Gemeinsamkeiten, die sich wiederholen“ (Reichertz, 2016, S. 68, Herv. i. O.). Die Darstellung der identifizierten Themen als sich wiederholende Muster umfasst auch die subjektiven Sichtweisen als individuelle Ausprägungen, die durch Interviewpassagen unterlegt werden. Diese „Suche nach Mustern kann man zu immer abstrakteren Stufen (...) weitertreiben“ (Reichertz, 2016, S. 68) was in die Formulierung des konstitutiven Musters mündet.

Dieses Vorgehen erwies sich als geeignet, das umfangreiche Datenmaterial auszuwerten. Da im Rahmen der Untersuchung kein Interpretationsteam beteiligt war, wurden die Zwischenschritte im Analyseverfahren jeweils mit den Betreuenden sowie im Rahmen der Doktorandenkolloquien der beteiligten Hochschulen diskutiert. Zusätzlich wurden Zwischenergebnisse in einer Forschungswerkstatt sowie im Rahmen eines Forums für sozialwissenschaftliche Forschung zur Diskussion gestellt (siehe auch Abschnitt Gütekriterien).

#### **4.6 Forschungsethische Überlegungen**

Schnell (2013) konstatiert, dass Forschungsmethoden nicht ethisch neutral sind. Unabhängig von den jeweils angewendeten Methoden werden Effekte ausgelöst, die ohne sie nicht auftreten würden. Ausgehend von dem zentral gesetzten Begriff der ‚Vulnerabilität‘ obliegt es deshalb den Forschenden, die durch die Forschung verursachten Auswirkungen zu antizipieren und zu evaluieren. Als vulnerabel werden dabei Personen bezeichnet, „die aufgrund ihres Alters oder ihrer eingeschränkten geistigen Fähigkeiten keine informierte Zustimmung geben können und/oder die aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation durch die Teilnahme an einem Forschungsvorhaben in besonderem Maße belastet oder gar gefährdet werden könnten“ (Schnell, 2013, S. 194).

In der vorliegenden Untersuchung resultierte die Vulnerabilität der Teilnehmenden aus dem Spannungsfeld von Erziehung, Pflege und Beruf und den an sie gerichteten multiplen, teilweise konfligierenden Anforderungen. Die Studienteilnahme konnte aufgrund des zeitlichen Aufwandes eine Belastung darstellen und zudem durch die vertiefte Auseinandersetzung mit der aktuellen Lebenssituation im Rahmen der Erzählung und die Verbalisierung möglicher Sorgen

und Ängste zu einer ausgeprägten emotionalen Betroffenheit führen. Des Weiteren ist die Forschende (ggf. auch räumlich) in die Lebenswelt der teilnehmenden Personen eingedrungen, indem die Befragten mit dem Interview gebeten wurden, Einblicke in sehr persönliche Lebensbereiche zu gewähren und Probleme der aktuellen Lebenssituation preiszugeben.

Um die Freiwilligkeit der Teilnahme zu gewährleisten, wurden die Interessenten vorab telefonisch über das Forschungsinteresse, den zeitlichen Aufwand, das Interviewverfahren und die Tonaufzeichnung informiert und ggf. Bedenkzeit eingeräumt. Am Interviewtermin wurde das Informationsschreiben für die Mitwirkenden (siehe Anlagen) eingehend besprochen. Es wurde auf die Möglichkeit, die erteilte Zustimmung zu widerrufen, hingewiesen, was mit Blick auf die Erhebungsmethode und deren Eignung, Informationen „hervorzulocken“ (Schütze, 1987), notwendig wurde. Zur Vermeidung von Verletzung und Schaden wurde vorab vereinbart, dass das Interview jederzeit unter- bzw. abgebrochen werden konnte. Des Weiteren wurde Vertraulichkeit zugesichert und Datenschutz gewährleistet.

Für die Durchführung der Studie liegt ein positives Ethikvotum der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg vom 15.09.2017 vor. Ein Nachtrag zur Erweiterung der Rekrutierungsstrategie über soziale Medien wurde von der Ethik-Kommission zustimmend zur Kenntnis genommen (14.02.2018).

#### **4.7 Gütekriterien**

Zur Bestimmung der Güte oder Qualität qualitativer Forschung gibt es „keine einheitliche Diskussion über einen allgemein akzeptierten Kriteriensatz“ (Flick, 2019, S. 473). Damit wird deutlich, dass – im Gegensatz zu den klassischen Kriterien quantitativer Forschung – keine konsentierten Kriterien zur Bewertung qualitativer Untersuchungen vorliegen und zudem verschiedene Diskurslinien und Strategien zur Lösung dieses Problems verfolgt werden.

Reichertz (2016) definiert die intersubjektive Nachvollziehbarkeit als Basiskriterium zur Beurteilung der Güte qualitativer Forschung. Insbesondere Fallzahl, Auswahl und Gestaltung der Methoden sowie deren Abstimmung auf den Forschungsgegenstand sollen nachvollziehbar dargestellt werden. Auch Flick (2019) fasst mit Verweis auf die noch offene Diskussion die folgenden Ansprüche an qualitative Forschung zusammen:

- Begründung der Methodenwahl,
- Explikation der konkreten Vorgehensweisen,
- Benennung von Ziel- und Qualitätsansprüchen der Forschung,
- Transparenz in der Darstellung der Vorgehensweisen.

Mit den Ausführungen der vorangegangenen Abschnitte wurde versucht, diesen Ansprüchen nachzukommen. Insbesondere wurde auf die Adäquanz von Forschungsgegenstand, Theorie und Methoden eingegangen und die konkreten Vorgehensweisen bei Feldzugang und Rekrutierung,

Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten sowie die forschungsethischen Überlegungen beschrieben. Auf die kommunikative Validierung durch Studienteilnehmende („member check“) wurde aufgrund von methodischen Fragen nach den Konsequenzen als auch von ethischen Aspekten, die aus der Konfrontation der Befragten mit der Interpretation resultieren, verzichtet (Flick, 2019). Demgegenüber wurden die Interpretationsergebnisse im Sinne eines „peer debriefing“ durch Diskussionen mit anderen, wissenschaftlich tätigen Personen in unterschiedlichen Settings abgesichert.

## 5 Ergebnisse

Es wurden Interviews mit 14 Frauen und zwei Männern geführt, die in den Bundesländern Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg und Hamburg leben. Acht Interviews fanden in den Wohnräumen der Studienteilnehmenden statt, für sieben Interviews wurden Räumlichkeiten der Hochschule genutzt und ein Interview wurde im öffentlichen Raum geführt. Die Interviews dauerten zwischen einer und zwei Stunden; die Gesamtdauer der Befragungen liegt bei ca. 23 Stunden.

Die Befragten waren zum Interviewzeitpunkt zwischen 30 und 55 Jahre alt ( $\bar{x} = 41$  Jahre). Mit 14 Personen ist der überwiegende Teil verheiratet bzw. lebt in einer Partnerschaft, wobei es sich in drei Fällen um „Patchworkfamilien“ handelt. Eine Befragte lebt getrennt vom Ehemann und am Beginn einer neuen Partnerschaft, eine Teilnehmerin ist alleinerziehend.

Drei Studienteilnehmende berichten im Interview, selbst chronisch erkrankt zu sein. Die Befragten haben ein bis drei Kinder mit zum Teil erhöhten Sorgebedarfen aufgrund von Asthma bronchiale, Neurodermitis, Schwerhörigkeit, Herzklappenfehler oder einer Lernbehinderung.

Die Pflege wird überwiegend für Personen der Elterngeneration erbracht. In drei Fällen gehören die pflegeempfangenden Personen der Großelterngeneration an und bei weiteren drei Befragten benötigen die Kinder Pflege. Eine Teilnehmerin pflegt ihren Ehemann. Sechs Teilnehmende sorgen für mehr als eine pflegebedürftige Person. Die Pflegedauer liegt zwischen sechs Monaten und 27 Jahren ( $\bar{x} = 7,4$  Jahre). Bei 15 Befragten bestand die Pflegesituation auch zum Zeitpunkt der Befragung; nur in einem Fall war die pflegebedürftige Person vier Monate vor dem Interview verstorben. Fünf Personen leisteten die Unterstützung zumindest zeitweise über eine größere Entfernung hinweg.

Die Befragten sind zwischen acht und 40 Wochenstunden erwerbstätig ( $\bar{x} = 27,2$  Stunden). Mit neun Teilnehmenden verfügt mehr als die Hälfte über einen akademischen Abschluss, zudem studierten zum Interviewzeitpunkt fünf Personen berufsbegleitend.

Zehn Personen gaben eine konfessionelle Bindung an.

Eine Übersicht zu den soziodemographischen Merkmalen sowie eine kurze Beschreibung der Lebenssituation der teilnehmenden Personen findet sich auf den folgenden Seiten.

Tabelle 1: Kurzbeschreibung der Lebenssituation und Soziodemographie der Teilnehmenden

Kurzbeschreibung der Lebenssituation der teilnehmenden Personen	Alter (Jahre)	Familienstand	Anzahl Kinder (Alter in Jahren)	Beruf/zusätzliche Bildung	Wochenarbeitszeit (Stunden)	pflegeempfangende Person(en)	Pflegegrad	Pflegedauer (Jahre)
<b>Herr A.</b> pflegt seinen Vater, der im Pflegeverlauf in eine barrierefreie Wohnung im gleichen Wohnort umgezogen ist und allein lebt. Aufgrund von Mobilitätseinschränkungen benötigt der Vater hauswirtschaftliche Unterstützung, zwischenzeitlich höhere Pflegebedarfe ergaben sich nach einem operativen Eingriff.	49	verh.	3 (8, 24, 26)	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, berufsbegl. Studium	30	Vater	2	4,5
<b>Frau B.</b> lebt mit ihrem Lebenspartner und ihrem Sohn aus einer früheren Beziehung im Nachbarort der Schwiegerfamilie. Sie sorgt für die Großmutter des Lebenspartners, die allein in einer Wohnung im Haus der Schwiegereltern lebt und aufgrund einer COPD, einer eingeschränkten Mobilität und einer Demenz zunehmend Unterstützung benötigt.	30	LP	1 (4)	Gesundheitsberuf, berufsbegl. Studium	35	Großmutter des Lebenspartners	–	3,5
<b>Frau C.</b> lebt mit ihren beiden Kindern und ihrem Ehemann, der aufgrund einer seit der Kindheit bestehenden Paraplegie pflegerische Unterstützung benötigt, zusammen. Darüber hinaus besteht bei einem Kind ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf aufgrund einer Lernbehinderung.	44	verh.	2 (16, 19)	Ingenieurin	40	Ehemann	2	7
<b>Frau D.</b> lebt mit ihren drei Kindern zusammen und getrennt von ihrem Ehemann, mit dem sie sich die Erziehungsverantwortung teilt. Sie hat Pflegeverantwortung für ihren Großvater in dessen letzter Lebensphase übernommen, der gemeinsam mit seiner Ehefrau in räumlicher Nähe zu Frau D. wohnte.	32	getr., LP	3 (4, 6, 8)	Gesundheitsberuf, berufsbegl. Studium	40	Großvater	3	0,5
<b>Frau E.</b> wohnt mit Partner und zwei Kindern ca. 160 km entfernt vom Wohnort der Eltern. Ihre Mutter benötigt aufgrund des Rezidivs eines Mamma-Karzinoms mit palliativer Therapie zunehmend Unterstützung, weshalb Frau E. für sechs Monate Elternzeit beantragt hat, um für die Mutter auch über die Entfernung hinweg sorgen zu können.	32	LP	2 (2, 5)	Gesundheitsberuf	(30) Elternzeit ca. 8	Mutter	–	7
<b>Herr F.</b> lebt mit Ehefrau und Kindern im Haus seines Bruders, in dem auch der pflegebedürftige Vater wohnt, der zusätzlich zu einer pulmonalen Vorerkrankung nach einer Borreliose starke Gleichgewichtsstörungen hat. Zudem bestehen Pflegebedarfe bei beiden Kindern aufgrund von Asthma bronchiale, Neurodermitis und einer Stoffwechselstörung.	35	verh.	2 (7, 8)	Gesundheitsberuf	40	Vater Kinder	– 1/1	16 7
<b>Frau G.</b> lebt mit ihrem Partner und dem gemeinsamen Kind zusammen. Sie sorgt seit ihrer frühen Kindheit für ihre (noch) alleinlebende Mutter, die aufgrund einer psychischen Erkrankung Unterstützung benötigt und zudem Symptome einer beginnenden Demenzerkrankung zeigt. Hinzu kommen zunehmende Unterstützungsbedarfe der Großeltern.	33	LP	1 (4)	Management Dienstleistungsbereich, berufsbegl. Studium	30–35	Mutter	3	27
<b>Frau H.</b> lebt mit Ehemann und zwei Kindern ca. acht km entfernt vom Wohnhaus ihrer Eltern. Ihr Vater wurde aufgrund mehrerer Schlaganfälle pflegebedürftig, zwischenzeitlich wurden zudem eine Demenz und ein Kolonkarzinom diagnostiziert. Ihre Mutter ist aufgrund einer Makuladegeneration stark sehgemindert und benötigt Unterstützung.	44	verh.	2 (9, 12)	Marketing	8	Vater Mutter	2 –	3

Abkürzungen: alleinerz. = alleinerziehend, berufsbegl. = berufsbegleitend, getr. = getrennt lebend, LP = Lebenspartnerschaft, verh. = verheiratet, SSW = Schwangerschaftswoche

Fortsetzung Tabelle 1

Kurzbeschreibung der Lebenssituation der teilnehmenden Personen	Alter (Jahre)	Familienstand	Anzahl Kinder (Alter in Jahren)	Beruf/zusätzliche Bildung	Wochenarbeitszeit (Stunden)	pflegeempfangende Person(en)	Pflegegrad	Pflegedauer (Jahre)
<b>Frau I.</b> lebt mit Ehemann und den drei gemeinsamen Kindern, von denen das älteste bereits volljährig ist, in einem gemeinsamen Haushalt. Ihre verwitwete Mutter, die aufgrund einer Polyneuropathie in Kombination mit ausgeprägter Gangunsicherheit und starkem Schwindel Pflege benötigt, wohnt nahebei in einer barrierefreien Wohnung.	48	verh.	3 (10, 16, 18)	Lehrerin	20	Mutter	3	11
<b>Frau K.</b> lebt mit Ehemann und zwei Kindern ca. 55 km entfernt von ihrem Elternhaus. Ihr Vater ist aufgrund von ausgeprägten Mobilitätseinschränkungen pflegebedürftig, die Mutter ist demenziell erkrankt. Die Pflege wird überwiegend von dem im Haus lebenden, alleinstehenden und in Vollzeit erwerbstätigen Bruder erbracht.	47	verh.	2 (12, 16)	Mediengestalterin	20	Vater Mutter	3 2	5,5
<b>Frau L.</b> lebt mit Ehemann und dem jüngeren Kind im gemeinsamen Haushalt. Sie sorgt seit deren Verwitwung für ihre Mutter, die zunächst ca. 100 km entfernt lebte und zunehmend Unterstützungsbedarfe entwickelte. Nach der anfänglichen Diagnose Depression wurde eine Demenz diagnostiziert. Die Mutter lebt in einer Demenz-WG in der Nähe der Tochter.	55	verh.	2 (16, 23)	Sozialpädagogin	25	Mutter	4	7
<b>Frau M.</b> sorgt allein für ihr Kind, das aufgrund einer perinatalen Hirnblutung eine Entwicklungsverzögerung aufweist. Zudem beteiligt sich Frau M. an der Pflege ihres alleinlebenden Vaters, der durch die Folgen zweier Unfälle mobilitätseingeschränkt und erwerbsunfähig ist.	31	alleinerz.	1 (2)	Verwaltungsangestellte	26	Vater Sohn	– 2	7 2
<b>Frau N.</b> lebte mit Kind und Partner ca. 300 km entfernt von den Eltern und ca. 400 km von der Großmutter, die aufgrund einer Demenz und mehreren Stürzen pflegebedürftig ist. Zudem benötigt die Mutter aufgrund einer Depression Unterstützung. Frau N. ist mit ihrem Kind in den Wohnort der Eltern gezogen, wo nun auch die Großmutter im Pflegeheim lebt.	32	LP	1 (5)	Gesundheitsberuf berufsbegl. Studium	35	Großmutter Mutter	2 –	1
<b>Frau O.</b> wohnt mit Ehemann und Kind in ihrem Elternhaus. Ihr Vater ist aufgrund einer Parkinson-Erkrankung und einer Demenz pflegebedürftig. Die Pflege wird überwiegend von der Mutter erbracht, die jedoch aufgrund des zunehmenden Pflegebedarfs und des höheren Alters Unterstützung bei der Pflege benötigt.	48	verh.	1 (13)	Sozialpädagogin	40	Vater	4	2,5
<b>Frau P.</b> lebt mit Ehemann und drei Kindern zusammen in einem Haushalt. Das jüngste Kind wurde in der 26. SSW geboren und benötigt aufgrund der Folgen der Frühgeburt wie u. a. einer Autismus-Spektrum-Störung, Intelligenzminderung, Sehschwäche, Kurzdarmsyndrom Unterstützung.	50	verh.	3 (14, 19, 22)	Lehrerin	10	Sohn	4	14
<b>Frau R.</b> lebt mit Ehemann und drei Kindern ca. 70 km entfernt von den Eltern. Ihre Mutter benötigt aufgrund eines Mamma-Karzinoms und der Vater aufgrund von Mobilitätseinschränkungen zunehmend Unterstützung. Aus diesem Anlass erwägt die Familie einen Umzug in das Haus der Eltern, um den zunehmenden Hilfebedarfen gerecht zu werden.	47	verh.	3 (11, 13, 16)	Redakteurin	25	Mutter Vater	1 –	2

Abkürzungen: alleinerz. = alleinerziehend, berufsbegl. = berufsbegleitend, getr. = getrennt lebend, LP = Lebenspartnerschaft, verh. = verheiratet, SSW = Schwangerschaftswoche

Die im Rahmen der Analyse erarbeiteten Themen und Unterthemen sowie das konstitutive Muster werden in Abbildung 1 grafisch dargestellt und anschließend beschrieben. Entsprechend der phänomenologischen Perspektive bildet das Thema ‚Alltagserleben‘ der befragten Personen den Ausgangspunkt der Ergebnisdarstellung. Spiegelbildlich dazu sind die drei Themen ‚Familiales Gefüge‘, ‚Pflege‘ und ‚Erwerbstätigkeit‘ angeordnet, die als zentrale Lebensbereiche bestimmend für die Lebenswelt sind und diese mit ihren Unterthemen konkretisieren. Zwischen diesen zwei Sphären werden die Themen ‚Priorisierung von Sorge‘ sowie ‚Sorge und Schuld‘ zentral gesetzt, die grundlegende Aspekte der Lebenssituation beschreiben. Mit dem Thema ‚Suche nach Unterstützung‘ wird dieser Zwischenraum überbrückt und die beiden äußeren Bereiche miteinander verbunden. Das konstitutive Muster ‚Sorge und Verantwortung tragen‘ ist das verbindende und zugleich rahmende Element dieser Themen.

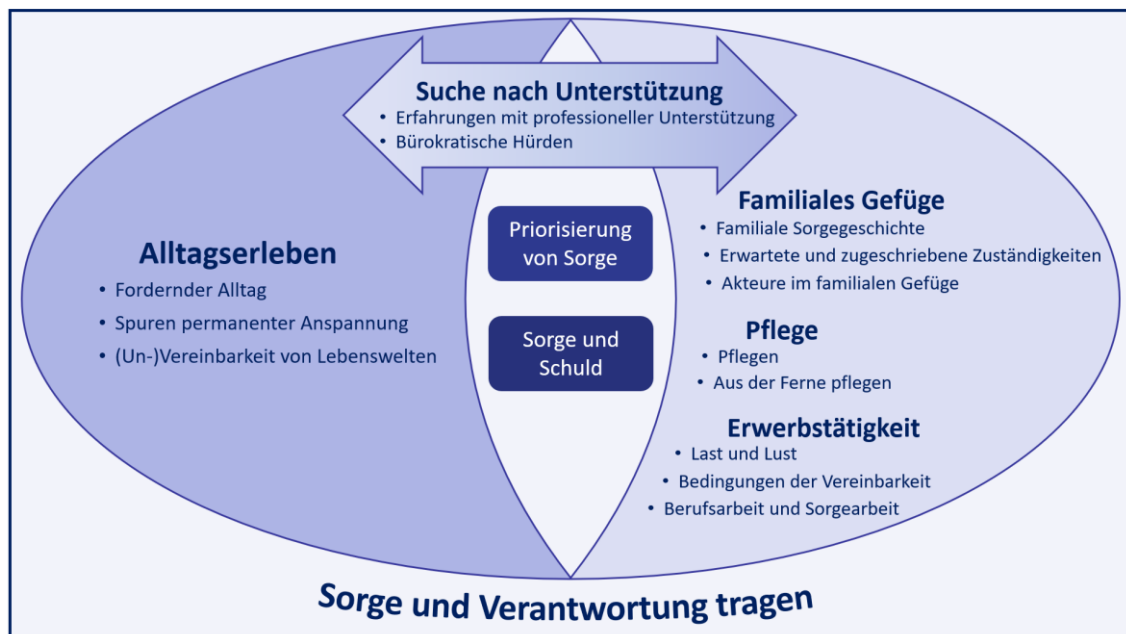


Abbildung 1: Grafische Darstellung der Themen und des konstitutiven Musters

## 5.1 Alltagserleben – „jeder ist mal an seinem Limit, jeder“ (I 12, 785/786)

Aufgrund der Gleichzeitigkeit der Lebensbereiche Erziehung, Pflege und Beruf ist das Spektrum der alltäglichen Verpflichtungen für die teilnehmenden Personen breit gefächert und zudem sehr umfangreich. Im Folgenden wird dargestellt, welche Herausforderungen mit deren Bewältigung verbunden sind und wie die Befragten diesen Alltag erleben.

### 5.1.1 Fordernder Alltag – „ich weiß nicht, wie lange man das durchhält“ (I 4, 1157/1158)

Mit der Aussage: „anstrengend, es ist einfach nur anstrengend, kräftezehrend ohne Ende und ähm emotional eine, eine ganz, ganz große Herausforderung“ (I 13, 1452/1453), beantwortet eine Teilnehmerin die Frage nach einem Fazit zu ihrer Lebenssituation und beschreibt die

unterschiedlichen Ebenen der alltäglichen Herausforderungen. Neben den zahlreichen Aufgaben, die wenig Raum für Erholung lassen: „*Es ist jede Nacht bei einem Pflegebedürftigen was, grad wenn man mehrere hat.*“ (I 6, 578/579), stellt auch die emotionale Bewältigung der Lebenssituation eine Herausforderung dar: „*soundso viele Termine in der Woche, wo ich sie zum Doktor fahren muss, wo ich auf den Papa aufpassen muss, wo ich einkaufen muss ähm, bring ich alles unter – womit ich nicht umgehen kann, sind diese emotionalen Sachen*“ (I 8, 168–170). Zudem benötigen auch andere Familienmitglieder in dieser Situation Unterstützung: „*da musste ich halt erstmal da diese ganzen Emotionen bei ihr [Mutter] auffangen, selber damit klarkommen, dass er [Vater] eben jetzt Hilfe braucht*“ (I 8, 25/26).

Im Alltag reihen sich Aufgaben nahtlos aneinander: „*dieses Durchkommen und ich hab das manchmal verflucht*“ (I 4, 861/862). Dabei herrscht das Empfinden vor, diesen Verpflichtungen trotz aller Anstrengungen nur unzureichend nachkommen zu können: „*es war irgendwie Arbeiten und äh zum Opa hetzen und dann gucken, dass man vielleicht noch möglichst schnell vom Opa wieder wegkommt, um irgendwie noch fünf Minuten mit den Kindern zu haben*“ (I 4, 132–134). Dabei stellt sich der Wunsch nach dem Ende dieser Lebensumstände ein, was jedoch mit dem Ableben der pflegebedürftigen Person verbunden wäre und wiederum eine emotionale Belastung bedeutet: „*manchmal hätte ich mir glaub ich gewünscht, ähm es wär erledigt gewesen (weint), um diesen Stress nicht zu haben*“ (I 4, 129/130).

Unabhängig von der Dauer der Pflegeverantwortung berichten die Teilnehmenden von Phasen mit höheren Sorgebedarfen, die aufgrund von bspw. akuten Krankheitsereignissen oder Umzügen in Pflegeeinrichtungen eingetreten sind, und „*eine sehr kräftezehrende Zeit*“ (I 1, 162/163) bedeuteten. Die Erfahrung krisenhafter Ereignisse in der Vergangenheit verweist auf die Möglichkeit zukünftig steigender Unterstützungsbedarfe, mit denen die Teilnehmenden auf unterschiedliche Weise umgehen. Während einige Befragte schildern, wie sie sich auf diese Situation vorbereiten: „*ich weiß jetzt zum Beispiel eine Agentur eben bei uns (...), die halt Pflegepersonal für diese 24-Stunden-Pflege vermitteln, ich weiß, was das kostet*“ (I 8, 1042–1044), vermeiden andere die Beschäftigung damit, auch aus dem Gefühl heraus, keine Lösung für die befürchtete Zuspitzung finden zu können: „*aber ich erlaube mir jetzt wirklich nicht den Gedanken, wenn meine Mutter jetzt in dem Sinne pflegebedürftig wird, dass man morgens und abends hinmuss oder sie nicht mehr alleine zur Toilette kann*“ (I 9, 423–425). Mit Letzterem ist jedoch die Befürchtung verbunden, beim Eintritt einer Krise nicht handlungsfähig zu sein bzw. einige Handlungsoptionen aufgrund von Zeitmangel nicht wahrnehmen zu können: „*dass man jetzt immer so rausschiebt und irgendwann ähm ändert sich die gesundheitliche Situation jetzt plötzlich doch so rapide irgendwie zum Schlechteren, dass man dann irgendwie handeln muss und dass man dann nicht mehr viel Möglichkeiten hat*“ (I 16, 1423–1426).

Die Strategie: „*Wir retten uns von einem Tag zum anderen. Also, nicht in die Zukunft schauen und einfach hoffen, dass es sich gesundheitlich nicht massiv verändert jetzt, seit, dass wir*



*einfach den Status quo jetzt erhalten können*“ (I 8, 2096–2098), resultiert aus der Erfahrung, die Lebenssituation nach einer Krise erfolgreich stabilisiert zu haben; sie zeigt jedoch auch das Bewusstsein der Befragten für die Fragilität dieser Stabilität, da viele Faktoren einer Kontrolle entzogen sind. Die Alltagsbewältigung gleicht einer Jonglage, bei der die Gegenstände permanent in der Luft gehalten werden müssen, wobei die/der Jonglierende nie alle Gegenstände gleichzeitig kontrollieren kann und beständig Gefahr läuft, durch eine zu hohe Anzahl gleichzeitiger Ereignisse überfordert zu werden: *„wenn da noch mehr kommt, da geht gar nichts mehr. Ich bin total fertig mit der Pflege, also da, kein Platz mehr.“* (I 7, 1749/1750) Zudem besteht häufig das Empfinden, zwar Unterstützung zu erhalten, letztlich jedoch alleinverantwortlich für die Erfüllung der Sorgeerfordernisse zu sein. So beschreibt Frau I. ihre Alltagssituation als *„Alleinkämpferin vor Ort“* (I 9, 772), da ihr Ehemann beruflich sehr viel auf Reisen ist und sie die Sorge für die drei Kinder und die pflegebedürftige Mutter neben der Berufstätigkeit häufig allein übernimmt. Die dauerhafte Anspannung, die damit verbunden ist, zeigt sich auch in der Angst, krankheitsbedingt auszufallen: *„ich hab wie so ein Hypochonder riesige Angst, dass ich selber krank werde“* (I 9, 522). Die Befragte befürchtet, dass dann das Sorge-Konstrukt zusammenbricht oder sie es unter großen Mühen aufrechterhalten muss: *„es muss ja weiterlaufen (...) ob du krank bist oder nicht“* (I 9, 533–538), da ihr auch keine alternative Lösung möglich erscheint: *„ich wüsste auch keine Hilfeeinrichtung oder was, wie ich das dann organisieren sollte“* (I 9, 811). Frau M. fasst ihre Lebensumstände in der folgenden Passage zusammen: *„du gehst geldmäßig und körperlich und psychisch immer wieder über deine Grenzen“* (I 12, 783).

Neben diesen Auswirkungen zeigen sich auch Folgen im sozialen Bereich der Befragten. Sie schildern, dass Unternehmungen als Belastung erlebt werden: *„für mich ist jeder private, eigentlich schöne Termin ist eigentlich eine Belastung“* (I 8, 383), und ehrenamtliches Engagement oder auch Hobbys häufig aufgegeben werden: *„wo es dann mit dem Vater etwas schlechter wurde, dann bestimmte Sachen zurückgefahren“* (I 1, 739/740). Dies führt zu einer Reduktion sozialer Kontakte: *„abends mit Freundinnen weggehen, ich hab überhaupt keine Lust mehr (...) und dann machst halt Ausreden, weil ich will auch nicht immer sagen, ich bin müde und ich pack das jetzt nicht mehr“* (I 8, 375–382). Hinzu kommt, dass das Umfeld nur wenig Verständnis für die Lebenssituation aufbringt, was das Gefühl von sozialer Isolation verstärkt: *„erlebe eher viel Unverständnis, dass ich das so ist wie 's ist und fühl mich da auch allein“* (I 9, 838/839), und auch zu Konflikten führen kann: *„Ich komm da manchmal auch mit Sätzen, die die anderen gar nicht hören wollen.“* (I 9, 848)

Die bisherigen Schilderungen treffen für den überwiegenden Teil der Befragten zu, unabhängig von der Generationszugehörigkeit der pflegeempfangenden Personen. Im Kontrast dazu steht jedoch die Erzählung von Frau C., die für ihren Ehemann sorgt, der aufgrund einer Paraplegie Unterstützung im Alltag benötigt. Frau C. beschreibt die Lebensführung während ihrer ersten

Ehe: „*ich war gestresst und die Kinder, also wir sind nur durch die, durch die Welt gerast*“ (I 3, 295/296), sowie die Anspannung in der Lebensphase als alleinerziehende Mutter: „*das war schlimm, weil ich hab die Kids quasi mit dem Telefon erzogen*“ (I 3, 347/348). Nach anfänglichen Vorbehalten bezüglich einer Beziehung mit einem Mann mit Behinderung: „*diese Bedenken, dass man mit einem, mit einem behinderten Menschen zusammenlebt, oder so, das hat sich also völlig als äh völlig also falsch erwiesen*“ (I 3, 133/134), sieht Frau C. die positiven Aspekte ihrer Ehe: „*sind eine tolle Familie geworden und er ist so lieb zu den Kids und so und die Kinder akzeptieren ihn auch*“ (I 3, 92/93). Mit den bestehenden Unterstützungsbedarfen ihres Mannes: „*im Prinzip kann der überhaupt ganz viel selber, es dauert nur unendlich lange*“ (I 3, 284/285), ist eine grundlegende Veränderung ihres Lebensstiles verbunden: „*wir packen das sowieso nicht, wir lassen's gleich sein*“ (I 3, 298/299), die Frau C. ebenfalls positiv bewertet: „*also mal fünf Minuten irgendwo stehen und nur gucken, das hab ich erst durch C. gelernt sozusagen (...) insofern finde ich, dass meine Lebensqualität gestiegen ist*“ (I 3, 314–316). Die pflegerische Unterstützung, die sie für ihren Ehemann erbringt, subsumiert Frau C. unter familiäre Sorge: „*natürlich braucht er Hilfe in vielen Sachen (...) aber das sind eben tausend Sachen, die in einer Familie sowieso anfallen*“ (I 3, 322/323). Der Grund für diese Sichtweise liegt für Frau C. in der emotionalen Beziehung zu ihrem Ehemann: „*das natürlich jetzt auch, weil, weil wir uns lieben*“ (I 3, 316/317). Trotz der deutlichen Unterschiede in der Wahrnehmung der Lebenssituation zeigen sich Gemeinsamkeiten im Vergleich zu den anderen Settings. Diese liegen zunächst in der Erfahrung krisenhafter Ereignisse, die auf steigende Unterstützungsbedarfe in der Zukunft hindeuten: „*saß er früh auf dem Bett und kam nicht in den Rollstuhl und ich so: ‚Scheiße, was machen wir denn jetzt?‘ Weil das ist im Prinzip der Punkt, wo man dann ähm also, wo man ihn eigentlich nicht mehr alleine lassen kann*“ (I 3, 418–420), und damit die Fragilität der selbstbestimmten Ausgestaltung der Lebenssituation aufzeigen: „*dass wir in der Konstellation äh selbständig irgendwie da agieren können, aber das kann natürlich auch ganz schnell zu Ende sein*“ (I 3, 459–461).

### **5.1.2 Spuren permanenter Anspannung – „dass doch nicht einfach alles so vorbeigeht“ (I 9, 542)**

Die durch das Empfinden, allen Sorgeerfordernissen gerecht werden zu müssen und nicht ausfallen zu dürfen, ausgelöste Anspannung sowie fehlende Erholungsphasen lassen die Befragten ihre Belastungsgrenzen erreichen: „*hatte ich wirklich das Gefühl, ich bin da so an den Grenzen, ich muss für alle funktionieren*“ (I 4, 859/860). Gleichzeitig fehlt es an Raum, innezuhalten und sich über die Folgen dieser Lebensumstände klar zu werden: „*da war halt keine Kapazität mehr, ja, ähm sich selber äh da zu reflektieren*“ (I 4, 860–861). Frau N. beschreibt ihr Befinden als einen Zustand großer Erschöpfung bei gleichzeitiger emotionaler Distanziertheit, die verhindert, dass sie vom Gefühl der Überforderung überwältigt wird: „*ich bin dauerhaft müde, kaputt und, na, das ist so, als würde ich neben mir selber zu stehen und mir*

*selber zuschauen, wie ich funktioniere, und innerlich bin ich leer (...) wenn ich jetzt zulasse, dass ich anfangen zu heulen, höre ich nie wieder auf“ (I 13, 991–994). Plötzlich eintretende gesundheitliche Beschwerden wie die „Klassiker Kopfschmerzen, Ohrensausen und solche Sachen“ (I 13, 1463/1464) bis hin zu gravierenden Ereignissen wie eine Fehlgeburt werden als Signal der Überbelastung gedeutet: „das war für mich auch einfach nochmal ein Zeichen, das war zu viel“ (I 13, 266/267). Derartige Ereignisse können in besonders stressreichen Phasen auftreten: „und vor Weihnachten hatte ich einen kreisrunden Haarausfall“ (I 9, 507/508), oder aber auch nach der Bewältigung einer Krise: „das mit meiner Mutter war abgeschlossen und dann auf einmal meldet sich mein Körper“ (I 11, 747). Darüber hinaus zeigen sich die Folgen dieser Anspannung in sozialen Interaktionen, insbesondere mit den Kindern: „in Alltagssituationen grade so mit meiner Tochter, das Nervenkostüm ist sehr, sehr dünn“ (I 13, 1463–1466). Demgegenüber werden Zeiten, die dieser Anspannung entzogen sind, als stärkend und positiv erlebt: „wenn ich mit meinem Sohn zum Beispiel einfach in den Wald gehen kann, einfach spazieren, so ganz langsam ohne Stress, dass wir uns einfach ein Blümchen zehn Minuten angucken (...) das macht mich unglaublich stark“ (I 7, 657–659). Verbunden mit dieser Erfahrung ist jedoch auch das Bewusstsein, dass derartige Unterbrechungen nur selten möglich sind: „sowas hätte ich halt gern öfter“ (I 7, 660).*

Zudem wird in den Erzählungen deutlich, dass auch das Wissen um die dauerhafte Überbelastung nicht immer in einer Veränderung der Lebenssituation resultiert: „*Ich bürde es mir auf, bürde es mir auf, bürde es mir auf, und kann nicht nein sagen und find auch kein Schema für mich, damit klar zu kommen.*“ (I 13, 301–303) Letztlich zeigt sich häufig eine gewisse Hilflosigkeit, da sich die Befragten dieser Lebenssituation ausgeliefert fühlen: „*mir fehlen so ein bisschen die, die Bewältigungsmechanismen, ich weiß nicht, wie ich damit umgehen soll, mit dem ganzen Stress*“ (I 13, 300/301).

### **5.1.3 (Un-)Vereinbarkeit von Lebenswelten – „ist auch sehr, sehr schwer zu kombinieren“ (I 9, 741)**

Ein wesentlicher Aspekt für das Belastungserleben sind die unterschiedlichen Bedürfnisse der sorgeempfangenden Personen, die auch auf generationalen Unterschieden beruhen: „*im Grunde hab ich halt zwei Haushalte, einen großen, einen kleinen und hab drei Generationen*“ (I 9, 89/90). Diese nebeneinander existierenden Lebenswelten lassen sich aus Sicht der Teilnehmenden nicht oder nur begrenzt miteinander verbinden, wobei insbesondere die Pflege als zusätzlicher Lebensbereich erlebt wird: „*das ist halt nicht nur Haushalt, Kinder und Beruf, sondern ist halt noch ein komplett eigenes, anderes Leben*“ (I 9, 736/737). Häufig wird versucht, die Anwesenheit von den Kindern bei der Pflege zu vermeiden, auch wenn sich dadurch die gemeinsame Zeit verringert: „*ich versuch dann halt zu erklären, es tut mir dann immer leid*“ (I 5, 1179). Sind die Kinder doch bei der Pflege anwesend, soll dadurch ein Verständnis für die häufige Abwesenheit der Eltern und die Bedeutung der Pflegeverantwortung

hergestellt werden: „*dass sie das verstanden hat, dass das wichtig war, dass wir das machen*“ (I 1, 11), oder es sind keine alternativen Betreuungsmöglichkeiten verfügbar: „*weil kein anderer da war und ich sie nicht irgendwohin abschieben konnte*“ (I 4, 770/771). In Abhängigkeit vom Alter der Kinder und den situativen Gegebenheiten führt dies zu unterschiedlichen Reaktionen. So sieht Herr A. einen Zusammenhang zwischen dem Berufswunsch seiner Tochter und den positiven Erfahrungen, die die Eltern bezüglich der Pflege des Großvaters vermitteln: „*das ist für sie auch immer ganz spannend und interessant (...) schon dieser Wunsch mal Ärztin zu werden (...), das hat sicherlich auch damit was tun*“ (I 1, 453–455). Im Gegensatz dazu beschreibt Frau D. die Grenzen der Vereinbarkeit, wenn sie ihre drei Kleinkinder zur Pflege ihres sterbenden Großvaters mitgenommen hat: „*sind dann halt im Wohnzimmer, was nebenan war, schreiend da durch die Gegend und haben sich gestritten und gekloppt*“ (I 4, 774/775). Die wiederholte Erfahrung mangelnder Aufmerksamkeit vonseiten der Mutter: „*ich hab sie vor den Fernseher gesetzt oder hab gesagt: ‚Setz dich in die Ecke und spiel und lies ein Buch. Mama muss jetzt hier schnell machen.‘*“ (I 13, 469/470), führte bei Frau N. zu einer anhaltenden Ablehnung der pflegeempfangenden Person durch das Kind: „*wirklich eine ganz große Antipathie gegen meine Großmutter entwickelt, sie möchte da partout nicht hin*“ (I 13, 475/476). Des Weiteren beschreiben die Befragten Situationen, in denen sich die eigene, dauerhafte Anspannung auf die Kinder überträgt: „*mein Kind, der hat das gespiegelt, wie ich mich fühle, dass ich gestresst bin und das hat er mir sowas von auf serviert (lacht)*“ (I 7, 1537–1539). Aus dieser Erkenntnis heraus versucht Frau G. ihr Verhalten zu ändern, auch wenn die grundsätzlichen Erfordernisse weiterhin bestehen bleiben: „*er muss zwar immer noch mitkommen zu meiner Mutter, geht ja auch nicht anders (...) aber wir machen’s ganz langsam, ich hol ihn ganz langsam ab und dann bummeln wir auch zu Fuß*“ (I 7, 1541–1543).

Insgesamt wird der Alltag der Teilnehmenden durch eine Vielzahl unterschiedlicher Verpflichtungen bestimmt, die mit Herausforderungen auf physischer, emotionaler und sozialer Ebene verbunden sind und häufig auch materielle Auswirkungen haben. Immer wieder wird in den Interviews das Empfinden thematisiert, die Grenzen der Belastbarkeit zu erreichen oder auch zu überschreiten, was sich auf unterschiedliche Weise für die Befragten bemerkbar macht. Die Unterschiedlichkeit der Sorgeerfordernisse hat deren Unvereinbarkeit zur Folge, was insbesondere in Phasen mit hohen Sorgebedarfen dazu führt, dass einige Aspekte der drei Lebensbereiche einer Kontrolle durch die Befragten entzogen sind.

## **5.2 Priorisierung von Sorge – „für mich eigentlich das Wichtigste sind meine Kinder“ (I 5, 16)**

Die Unvereinbarkeit der Lebensbereiche illustriert das nachfolgende Zitat, das zudem die notwendige Konzentration auf jeweils ein Sorgeerfordernis hervorhebt: „*ich kann halt nur einem gerecht werden (...), weil das lässt sich für mich nicht miteinander vereinbaren*“ (I 13, 499–501). Aus dem Umstand, dass die Sorgeerfordernisse zwar gleichzeitig bestehen, aber nicht

zeitgleich erfüllt werden können, resultiert die Notwendigkeit, diese gegeneinander abzuwägen und angesichts der begrenzten Ressourcen zu priorisieren. Die im überschreibenden Zitat genannte Priorisierung der Sorge für die Kinder vor der Sorge für pflegebedürftige erwachsene Personen geben alle Befragten gleichermaßen an und auch im Falle der Pflege des Ehepartners betont die Befragte, *„dass die Kids immer an erster Stelle stehen“* (I 3, 568).

Für die Priorisierung werden unterschiedliche Gründe angeführt. So wird eine mögliche Abgabe der Pflegeverantwortung mit einer stärkeren emotionalen Bindung an das Kind begründet, wenn dieses unter der multiplen Sorgeverantwortung leiden würde: *„zu ihm hab ich einfach eine engere Bindung, er bedeutet mir – das klingt blöd – aber er bedeutet mir einfach mehr“* (I 2, 252). Auch werden das Alter der pflegebedürftigen Person und eine gewisse Lebenssättigung in Verbindung mit der Trauer nach dem Verlust des Lebenspartners als Begründung genannt: *„[Mutter] hat ihr Leben gelebt, sie hat sehr an meinem Vater gehangen“* (I 11, 91/92).

Eine besondere Herausforderung stellt sich dann, wenn die Pflegebedürftigkeit bei einem Kind besteht und eine Priorisierung aufgrund der Generationenzugehörigkeit nicht vorgenommen werden kann: *„im ersten halben Jahr und ähm ich war eigentlich permanent im Krankenhaus bei dem kleinen Kind und hatte dann ja ein fünfjähriges und ein siebenjähriges Kind noch zu Hause“* (I 15, 129–131). Eine, wenn auch zeitlich befristete, Unterbrechung der Sorgebeziehung stellt gerade für jüngere Kinder einen Einschnitt dar: *„meine Tochter (...) war sehr verwirrt, dass, dass ich halt so lange weg war und ähm hat eine Zeitlang gebraucht (...) bis es hier wieder rund gelaufen ist“* (I 15, 225–228), zudem lässt die Dringlichkeit von Pflegemaßnahmen die Sorge für die Geschwisterkinder zeitweilig in den Hintergrund treten. Um dies auszugleichen, wird versucht, die Geschwisterkinder in die Pflege einzubeziehen: *„wenn das Kind spielt, muss man Sauerstoff nach oben fahren, damit es nicht blau wird, und ähm das hat mein Sohn zum Beispiel hervorragend gelöst“* (I 15, 146–148). Aber auch diese Lösung lässt sich nicht immer realisieren: Während der ältere Sohn *„in der Pflege von dem Baby aufgegangen [ist]“* (I 15, 140), war dies für die Tochter aufgrund der engen Beziehung zwischen den Brüdern nicht möglich: *„meine Tochter hat sich schwerer getan (...) [weil] diese zwei Jungs so geklebt haben, die wollte dann auch mal durchaus auch mir helfen“* (I 15, 654–659). Damit entfällt die Möglichkeit, Gemeinsamkeit im Alltag durch die Einbeziehung in die Pflegetätigkeiten herzustellen: *„das war schwierig, sie da irgendwie ein bisschen naja beizuholen“* (I 15, 665). Erst mit der institutionellen Betreuung des pflegebedürftigen Kindes bieten sich mehr Möglichkeiten, der Gleichzeitigkeit von Erziehungs- und Pflegeverantwortung gerecht zu werden: *„hab dann quasi nach dem Mittagessen den A. in den Kindergarten gebracht bis Ende und hab dann mit den Großen Hausaufgaben gemacht“* (I 15, 566–568).

Dies deutet – ebenso wie die im überschreibenden Zitat enthaltende Relativierung – darauf hin, dass die Priorisierung der Erziehungsverantwortung ausgesetzt werden kann. Das geschieht bei krisenhaften Ereignissen mit akuten Pflegebedarfen: *„an jedem freien Tag (...) hab ich mich ins*

*Auto gesetzt, bin fast 400 km hier runter gefahren, hab irgendwie versucht, das zu organisieren, zu machen, zu tun ähm, meine Tochter ist da wirklich komplett auf der Strecke geblieben“ (I 13, 68–71). Zudem kann auch eine zeitlich begrenzte Pflege insbesondere während der letzten Lebensphase einer pflegeempfangenden Person zu einer vorübergehenden Verschiebung der Prioritäten führen. Frau E. beschreibt das Abwägen in einer solchen Situation als „aufreibend“ (I 5, 321) und legt die beiden Seiten der Argumentation dar: Zunächst weist sie auf die altersbedingte Abhängigkeit der Kleinkinder hin, die diese Sorgeverantwortung begründet und für die erwachsene Mutter nicht besteht, sowie auf den Vorrang der Sorge für die eigenen Kinder vor der Sorge für die Eltern: „ich weiß natürlich, dass die Kinder ähm klein sind und die brauchen mich und meine Mama ist im Grunde groß und ist ja nicht mein Kind“ (I 5, 321–323). Demgegenüber bildet der bevorstehende Verlust der Mutter und der Verweis auf die Einzigartigkeit dieser Verwandtschaftsbeziehung das Gegenargument: „Aber auf der anderen Seite weiß ich halt nicht, wie lange ich meine Mama noch hab. Ich hab auch nur eine Mama. Und das ist schon bedrückend, dieser Gedanke.“ (I 5, 323–325) Für Frau E. wird dieser Konflikt gelöst, indem sie mit ihrer Mutter in der Priorisierung der Kinder übereinstimmt und sie sich nicht durch Erwartungen unter Druck gesetzt fühlt: „da hab ich jetzt kein schlechtes Gewissen, weil ich weiß, meine Mama möchte auch, dass ich für meine Kinder da bin“ (I 5, 321–326). Demnach ermöglicht hier das Wissen um eine gemeinsame Prioritätensetzung, diese zeitlich befristet aufzugeben. Im Gegensatz dazu führen unterschiedliche Sichtweisen hinsichtlich des Vorrangs von Sorgeerfordernissen: „dieses permanente Sicherstellen, dass es ihm [dem Vater] gut geht, ich kann das nicht leisten, das geht nicht, aber irgendwie wär das die erwünschte Lösung“ (I 8, 1390–1392), zu Konflikten: „dann im Streit sagst du dann natürlich auch so Sachen, so: ‚Ja, und dann hab ich eine kaputte Familie danach, dafür hab ich dann bei euch [Eltern] gewohnt und euch gepflegt.‘“ (I 8, 1365–1367)*

Mit der Aussetzung der Priorisierung sind Versuche verbunden, dies zu kompensieren. Eine Strategie hierbei ist die stärkere Einbindung des anderen Elternteiles in die Kinderbetreuung: „dass äh mein Partner sehr intensiv Zeit mit den Kindern verbringt und die haben da trotzdem einen Gewinn davon“ (I 5, 988/989). Während dies bei älteren Kindern durchaus gelingt: „das war einfach mein Mann, der das so gewuppt hat“ (I 11, 690), können vor allem bei jüngeren Kindern Widerstände gegen diese Lösung auftreten: „Dann hat sie auch meinen Mann abgelehnt und hat dann immer nur noch: ‚Nein, Mama bringt mich ins Bett.‘“ (I 13, 220/221). Weitere Kompensationsstrategien bestehen darin, die Zeiten der Fremdbetreuung auf das notwendige Maß zu begrenzen: „dass ich auch ähm immer versuche, die Kinder ganz zeitig abzuholen oder auch so viel Zeit mit ihnen zu verbringen“ (I 5, 1206/1207), oder quantitative Einbußen durch die Qualität der gemeinsam verbrachten Zeit zu kompensieren: „dass diese Geduld, die ich mit meinen Kindern hab, und die Zeit, die ich mit ihnen verbring, dass sie dann eben auch sagen: ‚Gut, dann sind wir auch mal einen Tag ohne dich.‘“ (I 5, 1217–1219) Trotz

dieser Strategien bleibt die Befürchtung, dass die Bemühungen von den Kindern als unzureichend erlebt werden: „hoffentlich sagt das Kind nicht: ‚Ja, aber wieso bist jetzt schon wieder beim Opa?‘“ (I 6, 642/643)

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Befragten Sorgeerfordernisse gegeneinander abwägen müssen. Handelt es sich bei den Pflegeempfangenden um erwachsene Personen, wird übereinstimmend die Erziehungsverantwortung priorisiert und mit unterschiedlichen Faktoren wie Alter, Lebenssättigung, emotionale Nähe begründet. Diese Gründe können nicht angeführt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit bei einem Kind besteht. Hier wird versucht, zumindest zeitweise familialen Alltag durch die Integration der Geschwister in die Pflege herzustellen. Die Priorisierung der Erziehungsverantwortung kann bei krisenhaften Ereignissen zeitweilig ausgesetzt sein, wobei in der Folge Versuche unternommen werden, dies auszugleichen.

### **5.3 Sorge und Schuld – „unser ganzes Konstrukt dreht sich eigentlich immer nur um ein schlechtes Gewissen“ (I 8, 577/578)**

Das Problem, Aufmerksamkeit und Zuwendung angemessen zu verteilen, bleibt für die Betroffenen trotz Priorisierung der Sorgeerfordernisse bestehen: „Wie teil ich das jetzt auf, dass noch jeder ein bisschen was, was hat?“ (I 4, 790) Die oben angeführten Gründe für die Priorisierung müssen beständig gegeneinander abgewogen und an aktuelle Entwicklungen angepasst werden: „weil man natürlich immer hin und her gerissen ist, wem lässt man wieviel Aufmerksamkeit zukommen“ (I 6, 637/638). Trotz dieser Bemühungen wird der Erfolg eher als begrenzt wahrgenommen. Mit der Aussage: „es war halt alles irgendwie nur zur Hälfte“ (I 4, 1068), kommentiert Frau D. die Zeit, in der sie die Pflege ihres Großvaters in seiner letzten Lebensphase übernommen hat. Trotz Priorisierung und einiger Kompensationsstrategien stellt sie fest: „ich würd jetzt nicht sagen, dass es irgendwie für irgendjemanden in irgendeiner Art und Weise befriedigend war, sondern es hat halt irgendwie nur funktioniert“ (I 4, 811–813). Dieses *Funktionieren* stellt zwar die Erfüllung alltäglich anfallender Tätigkeiten sicher, aber – zumindest zeitweise – nur auf einem eher basalen Niveau. Daraus folgt ein schlechtes Gewissen bzw. das Gefühl von Schuld, wie die folgende Passage illustriert: „Gegenüber meinem Sohn, dass ich zu wenig für ihn da bin, gegenüber meiner Mutter, weil ich vielleicht auch zu wenig für sie da bin, obwohl ich immer für sie da bin. Und ich selbst bleib total auf der Strecke, also gegenüber m, m, mein Dasein hab ich überhaupt kein schlechtes Gewissen. Und halt äh meinem Freund [gegenüber] eigentlich auch nicht, weil wir sind uns so im Grünen irgendwie, also es ist so, machen trotzdem viel miteinander, sonst wären wir ja auch nicht so lange zusammen. (...) und gegenüber meinen Großeltern auch halt, weil ich einfach, ich weiß auch nicht, weil sie mir dauernd ein schlechtes Gewissen machen“ (I 7, 797–807). In diesem Zitat konstatiert die Teilnehmende die Schuldgefühle, die sie ihrem vierjährigen Kind gegenüber empfindet, ohne deren Begründetheit zu relativieren. Bereits zuvor berichtete Frau G., dass die angespannte

Lebenssituation auch während der Schwangerschaft anhielt: *„ich konnte mich halt nie entspannen“* (I 7, 416/417), und sie deshalb Auswirkungen auf das Kind schon in der pränatalen Phase vermutet: *„der Kleine hatte wahrscheinlich diesen Hormonpegel auch so mitbekommen in meinem Bauch, dass ich immer so aufgeregt bin“* (I 7, 419–421). Durch die Erfahrungen in der Zeit nach der Geburt sieht sie diese Vermutung bestätigt: *„der Kleine hat viel geschrien, also ich glaub, dass ich aufgrund meiner ganzen Probleme da schon ein Schreikind hatte“* (I 7, 415/416). Sie sieht sich schuldig, durch ihr Verhalten Probleme beim Kind ausgelöst zu haben: *„kann sich ganz schwer beruhigen, also, das tut mir dann auch schon sehr leid, der hatten wir auch schon viele Probleme“* (I 7, 421–422) und bemüht sich sehr, dem entgegenzuwirken und dies wiedergutzumachen: *„mittlerweile haben wir jetzt Ergotherapie gemacht mit dem Kleinen und machen halt Entspannungsspiele“* (I 7, 422/423). Demgegenüber finden sich in der obigen Passage bei der Nennung der langjährig pflegebedürftigen Mutter zwei Relativierungen, indem zunächst die Berechtigung der Schuldgefühle hinterfragt wird und diese anschließend mit dem Verweis auf das Geleistete entkräftet werden. Danach folgt in dieser „Kaskade der Schuld“ die Befragte selbst und sie gibt an, gegenüber sich selbst keine Gefühle von Schuld zu empfinden, obwohl sie – chronisch erkrankt – die notwendige medizinische Versorgung vernachlässigt. Auch die langjährige, stabile Beziehung, die Frau G. trotz der schwierigen Umstände mit ihrem Partner aufrechterhält, ist nicht durch Schuldgefühle belastet, was auf eine auch in dieser Hinsicht entlastende Wirkung der Unterstützung durch den Partner hindeutet. Mit der Nennung der Großeltern wird auf eine weitere Quelle für das Gefühl von Schuld verwiesen – den des extern evozierten schlechten Gewissens.

Wie das Zitat in der Überschrift zeigt, stellt das schlechte Gewissen einen zentralen Punkt in der Lebenswelt aller Beteiligten dar und betrifft damit nicht nur die pflegenden, sondern auch die pflegeempfangenden Personen sowie jene, die bei der Pflege unterstützt werden. So schildert Frau D.: *„ich wusste aber, dass meine Oma noch die ganze Zeit ein schlechtes Gewissen mir gegenüber hatte“* (I 4, 868/869). Um dies nicht zu verstärken, hat sie versucht, die eigene Belastung nicht sichtbar werden zu lassen: *„dass keiner merkt, dass man irgendwie drunter kaputt geht und leidet“* (I 4, 1090/1091). In Phasen großer Belastung, die sich aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegeempfangenden Person einstellten, kommt auch der Wunsch nach dem Ende dieser Lebenssituation auf: *„manchmal hab ich mir echt gewünscht, dass mein Opa einfach verstirbt, wenn’s ihm so schlecht ging“* (I 4, 853/854). Derartige Gedanken werden insbesondere für Situationen beschrieben, in denen Gefühle von Überlastung und Überforderung vorherrschen, und lösen, da sie mit dem Ableben der pflegeempfangenden Person verbunden sind und als unmoralisch erlebt werden, zusätzlich Gefühle von Schuld aus: *„Wie wär’s denn, wenn’s anders wär? Und das wär halt nur, wenn meine Mutter tot ist und das ist ja kein, das ist nich etwas, wo man dann sich wünschen könnte.“*



*Oder beziehungsweise, wenn man sich's in ganz ungünstigen Momenten wünscht (...) das ist ja auch nicht richtig“ (I 9, 942–950).*

Hinzu kommt der Aspekt, dass die Pflegeverantwortung zwar übernommen, zeitweise jedoch als Last empfunden wird und damit im Gegensatz zu einer religiös-konservativen Sozialisation und/oder einem tradierten weiblichen Rollenbild steht: *„ein Riesen-Fakt, dass man das nicht immer alles gerne macht“ (I 9, 494).* So ist die Erholungszeit vom fordernden Alltag ebenso ein Anlass für ein schlechtes Gewissen: *„jetzt fahren wir 14 Tage in Urlaub und ich weiß, dass sie hier dann zwar versorgt, aber ähm alleine ist und da ist halt das schlechte Gewissen. Ich weiß, das braucht man nicht haben, aber Gefühle sind da und die abzustellen, ist halt schwierig“ (I 9, 500–503).* Auch das Wissen um die Notwendigkeit dieser Erholungszeit und die während der Abwesenheit sichergestellte Versorgung können diese Empfindungen nicht verhindern. In diesen Beispielen zeigt sich der hohe moralische Anspruch, der der Erfüllung der Pflegeverantwortung zugrunde gelegt wird. Moralische Erwägungen sind auch mit dem Wunsch nach Reziprozität verbunden: *„er hat (...) mir einen guten Start ins Leben beschert, ja, und man will ja dann was zurückgeben“ (I 1, 424/425).* Trotz der Einsicht, dass eine Reziprozitätsschuld: *„diese Schuld ähm, die man ja eigentlich schon auferlegt bekommt, sobald man von seinen Eltern geboren wird, ja, die haben mich zu, zu, zur Welt gebracht und haben mich aufgezogen“ (I 4, 1279–1281),* weder begleichbar ist noch besteht: *„die kann man eigentlich nicht abarbeiten, aber eigentlich gibt's die auch gar nicht“ (I 4, 1279–1282),* bleibt das Empfinden einer moralischen Verpflichtung, die die Übernahme der Pflegeverantwortung motiviert, bestehen: *„diese moralische Vorstellung, die man, glaub ich, mit sich mit trägt, ähm das ist halt so und du musst dafür da sein“ (I 4, 1296–1298).*

Insgesamt zeigen sich vielfältige Auslöser für Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen. Die Befragten sehen sich vor die Herausforderung gestellt, ihre begrenzten Ressourcen den unterschiedlichen und dynamisch verlaufenden Sorgeerfordernissen zuzuteilen, und befinden sich in einem ständigen Prozess des Abwägens. Sie erleben den Erfolg dieser Bemühungen als begrenzt und schildern das Empfinden, allen Sorgeerfordernissen nur unzureichend gerecht zu werden. Dies konfliktiert mit den eigenen Erwartungen und Vorstellungen, woraus das Gefühl von Schuld bzw. ein schlechtes Gewissen resultiert und zu einem zentralen Thema in der Lebenswelt der Befragten wird.

#### **5.4 Familiales Gefüge – „meine Mutter hat sich natürlich auch klassischerweise um ihre Mutter gekümmert“ (I 9, 824/825)**

Das Zitat der Überschrift zeichnet ein Bild innerfamiliärer Sorge, die häufig von Frauen gemäß eines tradierten Rollenbildes selbstverständlich und generationenübergreifend erbracht wurde, und verweist damit auf wesentliche Aspekte dieses Themenbereichs: die jeweilige Geschichte familialer Sorge sowie die damit im Zusammenhang stehenden Erwartungen und Akteure. Die

Erzählungen der Befragten über die Art und Weise, wie Sorge in den jeweiligen Familien gelebt wurde bzw. wird, zeigen deren Bedeutung als Bezugspunkt für das eigene Sorgeverhalten und auch für die Auswirkungen der Sorgeverantwortung in der aktuellen Lebenssituation.

#### **5.4.1 Familiäre Sorgegeschichte – „danach hatten meine Mutter und meine Großmutter dieses Pflege-Schuld-Thema und damit bin ich aufgewachsen“ (I 11, 959/960)**

Mit dem Zitat wird zum einen an das Thema ‚Sorge und Schuld‘ angeknüpft, zugleich illustriert es dessen Bedeutung in einem weiteren Kontext – dem der familialen Sorgegeschichte. Die Teilnehmerin berichtet, dass ihre Großmutter die durch nachgeburtliche Komplikationen verursachten gesundheitlichen Einschränkungen dem Kind anlastete und „*meine Mutter immer spüren hat lassen: ‚Du bist schuld, dass ich jetzt so beisammen bin.‘*“ (I 11, 963/964) Diese Situation, in der „*die beiden Frauen immer in Konkurrenzkampf und immer (.) emotional schräg waren, so unausgesprochen*“ (I 11, 1013/1014) hat nach Aussage der Teilnehmenden ihr Leben „*sehr geprägt*“ (I 11, 999) und sie „*sehr belastet*“ (I 11, 1014). Aufgrund dieser Erfahrungen hat sich Frau L. schon „*sehr früh mit dem Thema Pflege beschäftigt*“ (I 11, 967/968) und Schlussfolgerungen abgeleitet, die sich in der Gestaltung des Pflegearrangements für die demenziell erkrankte Mutter niederschlagen: „*ich kümmer mich gerne, aber nicht in meinen vier Wänden, ich möchte meinen Freiraum haben und ich möchte nicht mit den Themen Schuld, Verantwortung in der Klemme stehen, [durch] emotionale Schräglagen 24 Stunden am Tag belastet werden*“ (I 11, 976–979). Daneben hatte der Konflikt zwischen Großmutter und Mutter auch Einfluss auf die intragenerationalen Beziehungen der Teilnehmerin: „*ich hatte mit meiner Großmutter eine relativ gute Koalition, während meine Mutter eher eine mit meiner Schwester hatte*“ (I 11, 966/967). Diese Differenzen traten auch in unterschiedlichen Sichtweisen zutage, wie nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit für die Mutter gesorgt werden sollte, und führten zu einer Situation, die Frau L. unter großer emotionaler Beteiligung mit den Worten „*wie in so einer Zwickzange*“ (I 11, 328) beschreibt: Frau L. sorgte zunächst aus der Entfernung für ihre Mutter, deren Demenz sehr spät diagnostiziert wurde („*einen arroganten Arzt im Bezirksklinikum*“, I 11, 464) und mit einer Weglauftendenz verbunden war („*wo die Polizei sie gefunden hat und sie konnte nicht mehr sagen, wer sie ist*“, I 11, 507), sodass auch die im Haus lebende und informell pflegende Bekannte zunehmend überlastet war („*langsam wird’s ein bisschen viel*“, I 11, 330) und sich ein Konflikt mit dem ambulanten Pflegedienst entwickelte („*es hat mit einem Krach geendet*“, I 11, 325), alternative Versorgungsmöglichkeiten jedoch nicht verfügbar waren („*keine Einrichtungen oder zu wenig Info*“, I 11, 468) und die Mutter zudem eine stationäre Unterbringung ablehnte („*Ich geh nirgends hin.*“, I 11, 332) sowie die von Frau L. vorgeschlagene Lösungsmöglichkeit von ihrer Schwester vehement zurückgewiesen wurde („*Seh ich überhaupt nicht ein.*“, I 11, 331/332). Frau L. fasst ihr Erleben in dieser Situation zusammen: „*Man rotiert irgendwie ohne Ende und*

das war wirklich eine Zeit, wo ich gedacht hab, ich werd jetzt wahnsinnig, ich werd wahnsinnig.“ (I 11, 336/337) Die fehlende Wahrnehmung ihres Engagements und der damit verbundenen Belastung durch die Schwester erlebt Frau L. als zutiefst verletzend: „*ich hab echt alles übernommen (...) und das ist das, was mich wahnsinnig verletzt hat so dieses, nur schauen, was geht jetzt schief und dann einhaken*“ (I 11, 1405–1407). Während sie die Folgen einer unangemessenen Versorgung für die demenziell erkrankte Mutter fürchtet: „*ich kann meine Mutter, die jeden Tag stundenlange Spaziergänge macht, ich kann die nicht auf Haldol setzen und in irgendeine Einrichtung packen*“ (I 11, 275–277), wird ihr vonseiten der Schwester eine Vernachlässigung der Mutter vorgeworfen: „*Du lässt Mutter verwahrlosen.*“ (I 11, 1404) Die unterschiedlichen Vorstellungen von Sorge, zusätzlich erschwert durch eine bereits vorbelastete Beziehung, verhinderten eine konsensuelle Entscheidungsfindung und führten letztlich zu einem „*Gerichtsverfahren über Betreuung, das meine Schwester eingeleitet hat*“ (I 11, 70). In den Erwartungen, die Frau L. an ihre Kinder formuliert, zeigt sich, wie die Erfahrungen mit familialer Sorge auch auf die vierte Generation dieser Familie ausstrahlen: „*dass meine Kinder sagen: ‚Ja, ich nehm die jetzt zu [mir].‘ Also will ich überhaupt nicht, würd ich auch nicht wollen, aber was ich mir natürlich wünsche, ist, dass die so einen Plan haben und sagen: ‚OK, also wir kümmern uns drum, dass es eben gut läuft.*“ (I 11, 1080–1083)

Frau E. schildert ein weiteres Beispiel für eine familiale Sorgegeschichte über vier Generationen. Sie berichtet über die Kindheitserfahrungen ihrer Mutter, die sich „*von ihrer eigenen Mama ungeliebt gefühlt [hat] und immer benachteiligt [wurde] im Vergleich zu ihrem kleinen Bruder*“ (I 5, 680–682). Trotz der terminalen Erkrankung der Mutter hält dieses Verhalten an, indem „*meine Oma diese Situation nicht so richtig ernst nimmt*“ (I 5, 682), was die Betroffene sehr verletzt: „*aber meine Mama denkt sich: ‚Das ist meine Mutter (...), die muss wissen, wann ich Chemo hab*“ (I 5, 738/739). Frau E. berichtet weiterhin, dass sich ihre Mutter ganz bewusst vom eigenerlebten Erziehungsverhalten abgegrenzt hat: „*da sagt meine Mama: ‚Ich wurde auch mit dem Kochlöffel äh verhauen und es hat sich keiner für mich interessiert mein Leben lang und ich hab trotzdem das Beste für dich gegeben.*“ (I 5, 1158–1160) Die Teilnehmende sieht darin eine anerkennenswerte Leistung ihrer Mutter, die ihr „*viel emotionale Nähe gegeben hat*“ (I 5, 1156), und die auch das Sorgeverhalten der Befragten im Hinblick auf die Kinder bestimmt. Zudem versucht sie, das Defizit an Fürsorge in der Biografie ihrer Mutter zu kompensieren: „*dass ich so ein bisschen versuche, diesen Part (...) der eigentlichen Mutter meiner Mutter zu übernehmen*“ (I 5, 685–690). Ihr sind die Grenzen dieses Vorhabens bewusst: „*ich bin nicht ihre Mama, ich kann ihr nicht die Liebe einer Mutter geben*“ (I 5, 694/695), sie sieht jedoch ihre Aufgabe darin, stellvertretend Wiedergutmachung für das von der Mutter Erlittene insbesondere an deren Lebensende zu leisten: „*was noch da ist so an, an Leben, dass, dass sie schöne Momente hat und ein bisschen abzulenken von dem (...), was sie in ihrer Kindheit halt nicht hatte an Glück*“ (I 5, 702–704).

Auch Frau O. kommentiert die Sorgebiografie ihrer Mutter, die bei der Geburt ihres ersten Kindes sehr jung und noch ohne Berufsausbildung war: *„Wir drei Kinder und mein Vater und meine Oma und dann, ja, das war halt ihre Welt.“* (I 14, 177). Entgegen dem mütterlichen Lebensentwurf, dessen zentraler Inhalt die Sorge um die Familie war, hat Frau O. eine akademische Ausbildung und arbeitet – teilweise freiberuflich – in unterschiedlichen Bereichen eines Sorgeberufes. Auch hat sie die Rolle der Hauptverdienerin mit einer höheren Wochenarbeitszeit als ihr Ehemann übernommen. Vom Verhalten ihrer Mutter: *„sie ist auch so der Typ, sich halt, ich sag jetzt mal, gern aufopfert“* (I 14, 170), grenzt sich Frau O. ab: *„ich hab eine eigene Familie, ich muss arbeiten und es, dass ich den ganzen Tag mich aufopfer, da bin ich nicht der Typ dafür, das muss (...) für alle passen, nicht nur für die anderen“* (I 14, 256–258). Diese unterschiedlichen Sichtweisen auf die Art, wie Pflege und Sorge in der Familie gelebt werden, haben Frau O. und ihre Mutter bereits thematisiert: Im Gegensatz zur Mutter, die Frau O.’s Verhalten als *„kalt“* oder *„hart“* (I 14, 254) bezeichnet, empfindet diese sich selbst als *„konsequent“* (I 14, 255) und zieht folgendes Fazit: *„da muss man selbstbewusst sein und dann gehen die anderen auch anders damit (...) wenn man sich selber nicht ernst nimmt, machen’s die anderen auch nicht“* (I 14, 1032–1034).

Während es in einigen Familien möglich ist, Konsens zur Gestaltung des Pflegearrangements herzustellen: *„da hatten wir das so aufgeteilt, dass meine Geschwister eher am Wochenende hinfahren und ich in der Woche“* (I 16, 951/952) und auch Unterschiede in Art und Umfang der Unterstützungsleistung akzeptiert werden: *„dass meinen Bruder das belastet (...), der würde natürlich kommen, wenn ich ihn um Hilfe bitte, aber ich versuch, ihn da weng außen vor zu lassen“* (I 14, 1260–1262), schildern einige Befragte ausgeprägte Konflikte, die im Zuge der Pflegeverantwortung aufgetreten sind. So beschreibt Frau K. die Rollenaufteilung der drei Geschwister, deren betagte Eltern pflegebedürftig sind: Der mit den Eltern im Haus lebende, alleinstehende Bruder *„trägt natürlich die Hauptlast“* (I 10, 44), indem er zusätzlich zu einer Vollzeitberufstätigkeit für die demenziell erkrankte Mutter und den stark mobilitätseingeschränkten Vater sorgt. Frau K. lebt entfernt und versucht, neben der zeitweilig vor Ort geleisteten Unterstützung aus der Distanz Entlastungsangebote zu organisieren. Diese Bemühungen werden jedoch häufig abgelehnt: *„hat man da erstmal so eine Wand aus drei Leuten vor sich“* (I 10, 54/55), und nur akzeptiert, wenn der *„Leidensdruck schon sehr hoch“* (I 10, 135) ist. Die demenzielle Symptomatik der Mutter überfordert den pflegenden Bruder zunehmend: *„der ist jetzt sehr an der Grenze schon“* (I 10, 402–403), was Frau K. sehr belastet: *„es ist natürlich schon hart mit anzusehen“* (I 10, 440). Sie ist deshalb bemüht, zeitnah eine 24-Stunden-Pflege zu organisieren. Der älteste Bruder der Geschwister nimmt dabei eine (auch räumlich) distanzierte Position ein, was er mit den Erlebnissen aus der Kindheit begründet: *„der hat sich da irgendwie ungerecht behandelt gefühlt“* (I 10, 298/299). Im Gegensatz zur aus seiner Sicht unzureichenden Fürsorge in der Kindheit: *„Vater hat zum Beispiel ganz lange*

*immer gearbeitet*“ (I 10, 324), setzt er hohe Erwartungen an die Pflege der Eltern und äußert sich sehr kritisch zur Ausgestaltung des Pflegearrangements. Zugleich arbeitet er jedoch wenig konstruktiv an dessen Verbesserung mit („*Hemmschuh*“, I 10, 358), was schon mehrfach zu Konflikten geführt hat und Frau K. sehr belastet: „*da gibt’s ein Geschimpfe die ganze Zeit, aber äh man kommt nicht weiter. (weint) Was alles schlecht läuft, kann man stundenlang erzählen oder es klingt jetzt so, als läuft alles schlecht, aber/ Das nützt ja nichts!*“ (I 10, 365–367) Auf den Versuch, eine Lösung zu finden, die den Verbleib der Eltern in der Häuslichkeit und eine angemessene Betreuung sowie eine Entlastung für den pflegenden Bruder sicherstellt, reagiert der älteste Bruder uneinsichtig: „*man muss ja schauen, dass man jetzt was in die Hand nimmt, was es besser macht (...), aber der (... 4 s ...) keine Ahnung, der sieht das nicht*“ (I 10, 371/372). Neben den beschriebenen inter- und intragenerationalen Unterschieden in der jeweiligen familialen Sorgegeschichte ist die Verschiedenartigkeit von Sorge in der Herkunftsfamilie und der Schwiegerfamilie ein weiterer Aspekt. Frau B. beschreibt die unterschiedliche Intensität der familialen Beziehungen in ihrer eigenen Familie und der ihres Partners: „*dass ich zu meiner Familie gar nicht so eine enge Bindung habe, wiederum mein Lebensgefährte, der Einzelkind ist, eine sehr enge Bindung zu seiner Familie*“ (I 2, 57–60). Daraus resultiert auch ein unterschiedliches Sorgeverhalten, sodass sich die Teilnehmerin mit der Bitte um Unterstützung eher an die Schwiegerfamilie als an ihre Herkunftsfamilie wendet: „*wenn ich jetzt Probleme hab, dann weiß ich, zu meinen Eltern brauch ich nicht gehen, aber in der Familie finde ich immer jemanden, der sich mit kümmert, immer irgendeinen Halt*“ (I 2, 175–177). Zugleich folgt aus den intensiveren Beziehungen und der höheren Bereitschaft zur Unterstützung aber auch eine höhere Neigung zur Einflussnahme bspw. bei der Kindererziehung, was eine Anpassung erforderlich machte: „*es war für mich auch wirklich so ein Reinwachsen, weil ich das nicht kannte, dass meine Eltern mir irgendwo reingeredet haben und jetzt plötzlich wird da auch äh Einfluss genommen*“ (I 2, 138–141), und darüber hinaus eine Abgrenzung erforderte: „*was ist jetzt mein Part und was wird mir jetzt aus der Hand genommen*“ (I 2, 138/139). Trotz dieser zeitweiligen Bevormundung hat das Erleben von familialer Unterstützung dazu geführt, dass Frau B. den eigenen Eltern im Falle einer Pflegebedürftigkeit weniger Unterstützung zukommen lassen würde, als sie zum Interviewzeitpunkt bereits für die Großmutter des Lebenspartners leistet: „*Ich würde mich nicht so kümmern.*“ (I 2, 1538)

Ein weiterer Aspekt des Themas ‚Familiale Sorgegeschichte‘ zeigt sich in der Konstellation mit einem pflegebedürftigen Kind. Frau P. beschreibt die Situation während der ersten Lebensjahre ihres frühgeborenen Kindes: „*die ersten sechs Jahre ähm waren Vollstress, ähm bis in die Schule, also es ist nicht gelaufen, hat nicht gegessen ähm und ist von der Entwicklung her ja verzögert*“ (I 15, 13–15). Unterstützungsbedarfe bestehen bei dem mittlerweile 14-Jährigen noch immer: „*läuft jetzt eben unter geistig behindert mit sehr interessanten Verhaltensweisen*“ (I 15, 15), die sich besonders im sozialen Bereich ergeben: „*was menschlichen Stress bedeutet*

*und er kann auch nicht oder ganz schwer seine Bedürfnisse adäquat äußern“ (I 15, 466/467), wodurch eine Abhängigkeit von der Familie entsteht: „dann schreit er fürchterlich und ist ähm schlägt um sich und, und ist eigentlich ganz, ganz schwer wieder runterzubringen“ (I 15, 1043/1044). Aufgrund der körperlichen Entwicklung werden diese Verhaltensweisen vom sozialen Umfeld zunehmend kritischer bewertet: „beim Kleinkind war das alles unproblematisch und je größer der wird, desto schwieriger ist es“ (I 15, 30/31). Hinzu kommt ein Autonomiebestreben, das es erschwert, den Unterstützungsbedarfen nachzukommen: „kommt ganz oft an seine Grenzen und tut sich da sehr schwer, diese Grenzen anzuerkennen“ (I 15, 478/479). Nach der jahrelangen gleichzeitigen Sorge für das pflegebedürftige Kind und die beiden älteren Geschwister ist Frau P. erschöpft: „ein Zweijähriger braucht sehr viel Aufmerksamkeit, sehr viel und dann wird er aber drei und vier und fünf und es wird anders und wir haben diesen Zweijährigen dauerhaft und das, äh das zermürbt“ (I 15, 514–516). Zudem fragt sie sich, wie die zukünftige Gestaltung des Pflegearrangements aussehen könnte, denn „nichts Schlimmeres ist als mal wirklich ähm dieses Kind ein Leben lang in diesem Haus zu haben“ (I 15, 1351/1352). Ähnlich wie bei dem Vergleich mit Kindern ohne Behinderung, die in ihrer Entwicklung eine zunehmende Selbständigkeit erreichen, sieht Frau P. Unterschiede zur Pflege betagter Personen, deren Pflegedauer in der Regel nicht die gesamte Lebenszeit der pflegenden Personen einnimmt: „so schlimm das ist, alte Leute, wenn man pflegt, die sterben irgendwann und dann hat man wieder, wieder Freiheit, aber ich, ich muss dieses Kind loslassen und ich muss dieses Kind in ein selbständiges Leben lassen können, damit ich irgendwann mal wieder Freiheit hab“ (I 15, 1352–1355). Die weiterhin bestehenden Unterstützungsbedarfe lassen die Loslösung vom Kind zu einer Herausforderung werden, deren Nichtbewältigung zu einer lebenslangen Pflegeverantwortung führen würde: „das ist ja das Schrecklichste, dann gehen wir zusammen ins Pflegeheim“ (I 15, 1360/1361). Frau P. sieht sich jedoch außerstande, diese lebenslange Pflege zu erbringen, zudem befürchtet sie negative Folgen für ihre Ehe: „Für, für unsere Partnerschaft, auf jeden Fall und auch muss man mit seiner Kraft haushalten. Das äh halt ich nicht nochmal 20 Jahre aus.“ (I 15, 1359/1360)*

Der Aspekt der lebenslangen Sorge findet sich auch im Interview mit Frau G. wieder, wenn auch in einer anderen Konstellation: *„meine Mama ist pflegebedürftig geworden, wo ich drei Jahre alt geworden bin“ (I 7, 20/21). Eine psychische Erkrankung der Mutter führte zur Scheidung der Eltern, „sodass sie halt alleinerziehend dann auch war mit mir, schwere Medikamente genommen hat“ (I 7, 34/35), was die Kindheit von Frau G. geprägt hat: „sie war halt schwer krank, also sie hat wirklich auch dann Gedanken gelesen und Stimmen gehört und was man als Kind eigentlich niemals so wahrnehmen sollte“ (I 7, 90–92). Die Mutter war nicht in der Lage, den alltäglichen Verpflichtungen nachzukommen: „sitzt halt immer nur da, raucht echt eine Schachtel nach der andern, hat halt/ weint halt ganz viel, also sie ist auch sehr gedrückt, sehr emotional, das ist schon hart auch gewesen, das mitzuerleben“ (I 7, 372–374),*

sodass Frau G. trotz der Unterstützung durch die Großeltern sehr früh Verantwortung übernehmen musste: *„dann peu à peu hab ich halt die ganzen Aufgaben übernommen“* (I 7, 36/37). Sie selbst hat wenig fürsorgendes Verhalten vonseiten der Mutter erfahren: *„da gab’s keinen Kuchen zum Geburtstag, da gab’s ja gar nichts. Der Kühlschrank war leer, da stand immer nur Ketchup und Senf drin“* (I 7, 375/376), und musste den Alltag weitestgehend eigenverantwortlich bestreiten: *„bin dann alleine in die Schule halt, ohne Essen und hatte kein Frühstück, keine Essensmarken, gar nichts, ich hab mich den ganzen Tag durchgeschnorrt“* (I 7, 125–127). Neben den hauswirtschaftlichen Aufgaben: *„wie ein halt ein Kind Wäsche macht, also ich hab dann halt immer Spaghetti gekocht und Mandarinen gegessen“* (I 7, 138/139), hat Frau G. ihre Mutter auch bei der Körperpflege unterstützt: *„da hab ich halt die Füße gemacht und auch halt ihr die Haare geföhnt, ihr Haar gefärbt, hm, sie halt angeleitet, dass sie sich überhaupt wäscht, Zähne putzen, Zähne putzen war kritisch, weil ich, sie hat sich halt nie die Zähne geputzt und ich mir auch nicht“* (I 7, 338–340). Die einbezogene formelle Unterstützung hatte sich auf die Mutter konzentriert: *„Die [Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes] haben sich ja auch nur um meine Mama gekümmert, da war mein Frühstück auch noch nicht gemacht.“* (I 7, 1475/1476), und auch die Unterstützung vonseiten der Großeltern hat die emotionale Belastung nur begrenzt mindern können: *„Die [Großeltern] haben sich sehr bemüht, haben’s aber auch halt nicht so gesehen oft, dieses Leid. Das, was ich als Kind wahrgenommen hab, was ich nie äußern konnte, die haben das gar nicht so wahrgenommen.“* (I 7, 388–390) Hinzu kam die Stigmatisierung im sozialen Umfeld: *„die [Gleichaltrigen] haben gesagt: ‚Die hat eine verrückte Mutter und die ist selbst verrückt‘, also das war für mich eigentlich das Schwerste“* (I 7, 355/356). Zusammenfassend hält Frau G. fest: *„mit der Sorge bin ich jeden Tag aufgewachsen“* (I 7, 90), was das lebenslange Sorgeerfordernis für die Mutter und die Verantwortlichkeit für die eigenen Belange und die der Mutter gleichermaßen umfasst. Die Erkenntnis: *„ich kann von ihr [Mutter] keine Hilfe erwarten und das hab ich schon sehr früh gelernt“* (I 7, 1000), hatte auch zur Folge, dass Frau G. Selbstwirksamkeit erfahren hat: *„hab halt schnell gemerkt, wenn ich irgendwas mache, dann hat das Wirkung“* (I 7, 1096/1097), und sich den Herausforderungen der aktuellen Lebenssituation mit Erziehungs- und Pflegeverantwortung, Erwerbstätigkeit und berufsbegleitendem Studium sowie einer chronischen Erkrankung stellen kann: *„Ich bin froh, dass ich halt so jetzt bin, wie ich bin. Ich hab mein Leben im Griff und das haben viele andere Menschen nicht“* (I 7, 1045–1047).

Die hier beschriebenen Beispiele illustrieren zum einen die Heterogenität familialer Sorgekonstellationen und ihre vielfältigen Auswirkungen auf die Lebenswelt der Befragten, zum anderen wird deutlich, dass die familiale Sorgegeschichte als Referenz zur Einordnung des eigenen Sorgeverhaltens herangezogen wird. So wird dem Thema ‚Sorge und Schuld‘, das bereits als wesentlicher Aspekt in den Erzählungen der Befragten identifiziert worden ist, eine weitere Dimension hinzugefügt – die generationenübergreifende, familiengeschichtliche und

damit zeitliche Dimension. Diese zeigt sich im (unausgesprochenen) Schuldkonflikt vorausgegangener Generationen, in der Wirkung auf die Gestaltung des aktuellen Pflegearrangements und in der Ausstrahlung auf die Folgegeneration. Auch die Wiedergutmachung von Sorgedefiziten nahestehender Personen, die als Anliegen von den Befragten formuliert wird, verweist auf die zeitliche Dimension von Schuld bzw. Schuldigkeit. Sowohl die eigenerlebten als auch die von Familienmitgliedern gesammelten Erfahrungen von Fürsorge sowie die Konsequenzen unterbliebener Sorge können als Argumente für die Akzeptanz, aber auch für Konflikte im Zusammenhang mit unterschiedlichem Sorgeverhalten dienen. Dies trifft nicht nur für das Sorgeverhalten der Herkunftsfamilie, sondern insbesondere auch im Vergleich mit der Schwiegerfamilie zu. Die Konstellationen mit pflegebedürftigen Kindern und pflegenden Kindern („young carer“) unterstreichen nochmals die Bedeutung der zeitlichen Dimension von lebensbegleitender Sorge- bzw. Pflegeverantwortung und deren Biografie bestimmenden Charakter. Insgesamt wird deutlich, dass das jeweilige Sorgeverhalten nicht isoliert betrachtet, sondern kontextualisiert wird und selbst- sowie fremderfahrene Fürsorge das aktuelle Erleben und die Gestaltung familialer Sorge beeinflussen.

#### **5.4.2 Erwartete und zugeschriebene Zuständigkeiten – „eine Rolle, in die man dann so irgendwie reinrutscht oder selber reinrutschen möchte“ (I 4, 437/438)**

Die Befragten nehmen – unabhängig von der räumlichen Entfernung und von der Übernahme der Rolle der Hauptpflegeperson oder der (organisatorisch) Unterstützenden – eine zentrale Position im Pflegearrangement ein. Aus den im Vorangegangenen beschriebenen jeweiligen Konstellationen familialer Sorge resultieren unterschiedliche Erwartungen, die an die Befragten gerichtet werden und die sie an sich selbst bzw. nach außen richten.

Ausgehend von der Feststellung: „irgendeiner muss ja funktionieren und alles steuern und alles machen“ (I 4, 875/876), wird Sorgeverantwortung übernommen und Zuständigkeit akzeptiert, wofür unterschiedliche Begründungen angeführt werden. Bei der Pflege der Eltern wird insbesondere der Status des Einzelkindes genannt, der diese Zuständigkeit begründet: „weil ich ja auch (.) Einzelkind bin und es ist sonst keiner da“ (I 7, 395/396), was auch vonseiten der Eltern eine Fokussierung auf diese Personen bedingt: „sagt meine Mama immer: ‚Weil ohne dich sind wir aufgeschmissen. Ohne dich geht’s nicht.‘“ (I 8, 999/1000) Ähnlich stellt sich dies dar, wenn räumliche Distanzen die Verfügbarkeit von potenziellen Pflegepersonen limitieren: „und ich das einzige Kind bin, das vor Ort wohnt“ (I 1, 13/14).

Ein häufig genannter Grund für die Zuständigkeit ist die berufliche Expertise, was durch den hohen Anteil von in Sorgeberufen Tätigen im Sample begründet ist: „wird halt immer erstmal die Krankenschwester angerufen und geguckt ähm, ja, was die denn vielleicht machen kann“ (I 4, 17/18). Ebenso fühlen sich die Befragten verpflichtet, ihr berufliches Wissen: „man weiß, grade was jetzt die Wundversorgung anbetrifft“ (I 1, 655), und Kenntnisse der Strukturen des



Gesundheitssystems einzubringen: „*ich bin dann auch diejenige, die dann äh so Arztgespräche erzwingt*“ (I 5, 967/968). Aus dieser Perspektive begründet eine Befragte die Übernahme der Pflegerolle mit der Aussage: „*weil's für mich, glaub ich, weniger Überwindung kostet*“ (I 2, 1423). Dies trifft umso mehr zu, wenn sich andere Personen dieser Zuständigkeit entziehen: „*er [Partner] geht nicht ans Telefon, dann ruft sie [Großmutter des Partners] bei mir an und ich darf mich dann mit kümmern*“ (I 2, 113/114), oder vonseiten der pflegeempfangenden Person eingefordert wird: „*dann kam halt dieses: ‚Nö, ich brauch keinen Pflegedienst, ich nehm das Geld. Ihr macht das schon.‘*“ (I 4, 1005/1006). Das medizinische Wissen und die beruflichen Erfahrungen bilden in einigen Fällen die Grundlage für die Therapie-Entscheidungen, was die übrigen Familienmitglieder entlastet: „*im Krankenhaus, als wir entscheiden mussten, was machen wir jetzt mit ihm (...) ich weiß, wie es anders gehen kann und was daraus wird und dass er das nie gewollt hätte und ich glaub, da waren alle froh, dass ich da war*“ (I 4, 415–419).

Eine weitere Begründung für erwartete Zuständigkeiten liegt in (häufig vorausgegangenen) materiellen Zuwendungen, die die jeweiligen Familienmitglieder erhalten haben: „*ich hab ja auch das Haus überschrieben gekriegt und da war schon irgendwie klar, dass ich irgendwann mal die Betreuung übernehme*“ (I 14, 18/19). Daneben fungieren auch immaterielle Faktoren als Grundlage für die Übernahme von Pflegeverantwortung, wie langjährig zugewiesene Rollen innerhalb des familialen Gefüges: „*das sind so die Erwartungshaltung, die eigentlich schon von Kindestagen an mich gestellt werden*“ (I 13, 320/321), die durch etablierte Handlungsmuster um- bzw. durchgesetzt werden: „*wie sie [Mutter] halt immer gesagt hat, sie nicht zu enttäuschen (...) das war immer so ihr, ihr Hebel, ja (...) um uns einfach dahin zu bekommen, wo sie uns haben möchte. Und ich bin die erste, die funktioniert.*“ (I 13, 352–358). Für die mit diesen Erwartungen konfrontierten Personen ist es schwer, die familial tradierten Muster zu durchbrechen und die zugeschriebene Zuständigkeit nicht anzunehmen: „*das möchte ich einfach nicht mehr und da (...) erhoffe ich mir von der Therapie, dass dort einfach ähm ich einen Weg finde da aus diesem Teufelskreis rauszukommen*“ (I 13, 375–377). Die Belastung, die für die Befragten entsteht, wenn sie (unrealistischen) Erwartungen nicht entsprechen (können), zeigt die folgende Passage: „*wenn ich mal nicht funktioniere, dann bricht Chaos aus und dann ist man mir teilweise auch böse*“ (I 7, 690/691). Der Umgang mit den Folgen enttäuschter Erwartungen wird als Lernprozess beschrieben, den die Befragten im Verlauf der Pflege durchlaufen: „*Ich lern's grad noch, mich da zu distanzieren. Das ist nicht mein Problem, das ist deren Problem, wenn sie sich da nicht wohl fühlen und ich bin so oft da, dass ich mir da keine Vorwürfe machen brauch.*“ (I 7, 704/707)

Kontrastierend dazu finden sich auch Konstellationen, in denen weder durch die pflegeempfangende Person noch durch Personen des familialen Umfeldes Erwartungen geäußert werden: „*das allgemein äh ihr Naturell, dass sie ihre Krankheit hinten anstellt und überhaupt sich selbst auch hinten anstellt, alles andere ist wichtiger*“ (I 5, 158/159). Dies entlastet die

Befragten: „*meine Mama setzt mich in keiner Weise unter Druck*“ (I 5, 330), indem Zuständigkeiten durch die pflegeverantwortlichen Personen selbst definiert werden können: „*hab ich natürlich ganz großes Bedürfnis, ihr da zur Seite zu stehen und (...) zu ermöglichen, dass sie noch viel Zeit mit mir und auch mit meinen Kindern verbringen kann*“ (I 5, 27–29).

Neben diesen Zuständigkeiten, die die Teilnehmenden für sich selbst formulieren, sind Erwartungen auch an die Partner\*innen gerichtet. Wie bereits in den Ausführungen zur Priorisierung von Sorge dargestellt, bestehen diese oftmals darin, dass die Partner\*innen die Abwesenheit der Befragten durch ein intensiveres Engagement in der Kinderbetreuung kompensieren und dadurch Belastungen für die Kinder vermieden werden können: „*man braucht auf jeden Fall jemanden, der da mithilft, und dass halt auch das vom Kind ein bisschen ferngehalten wird*“ (I 7, 55–57). Ausgehend vom Umstand, dass Sorgearbeit noch immer überwiegend von Frauen übernommen wird, formulieren zwei Teilnehmerinnen die Erwartung, dass ihre Partner Überbelastung erkennen und intervenieren sollten, auch wenn sich dadurch vorübergehend der Druck für die Befragten erhöht: „*Auch wenn er manchmal meckert und mich dadurch ein bisschen noch mehr unter Druck setzt, aber ich weiß, im Endeffekt denkt er nur an mich.*“ (I 13, 1481/1482) Dieses Verhalten wird auch dann gewünscht, wenn dadurch familiäre Konflikte – quasi stellvertretend für die pflegeverantwortliche Person – ausgelöst werden: „*manchmal hab ich auch so im Hinterkopf: ‚Steh auf und geh, damit ich mitkommen kann.‘*“ (I 13, 1483) Unterbleibt diese Fürsorge für die Fürsorgende, wird dies als Ignoranz gegenüber weiblich erbrachter Sorgearbeit interpretiert: „*vielleicht hätte mein Mann zwischendurch mal sagen müssen: ‚Ich brauch etwas mehr Pause.‘ Aber der war natürlich viel weg und ich glaube, das ist dann auch so männlich: ‚Hauptsache, es ist ruhig, also Hauptsache, ich werd von der anderen Seite nicht belästigt.‘*“ (I 9, 1294–1297)

Neben dieser rückblickend formulierten Erwartung an den Partner finden sich auch vorweggenommene Erwartungen, die auf eintretende Unterstützungsbedarfe bezogen sind und ebenfalls durch die Befragten selbst generiert werden: „*werde ich dann schon Hauptakteurin sein müssen, weil ich denke, dass mein Papa (...) psychisch dann nicht in der Lage wäre*“ (I 5, 235–238), oder aber von außen an sie herangetragen werden: „*es wurde schon drauf vorbereitet, wenn sie dann mit Rücken gar nicht mehr kann, ob ich dann auch die Füße waschen würde*“ (I 2, 1409/1410).

Während die primäre Zuständigkeit für die Erziehungsverantwortung mit der Elternschaft verbunden ist, wird Pflege – unabhängig von der zeitlichen Abfolge der Sorgeerfordernisse – als zusätzlicher Lebensbereich erlebt, in dem die Zuständigkeiten Aushandlungsprozessen unterworfen sind. Diese Zuständigkeiten formulieren die Befragten in Form von Erwartungen an sich selbst oder sie werden ihnen vom sozialen Umfeld zugeschrieben. Aspekte, die die Annahme von Zuständigkeit beeinflussen, sind neben der Verfügbarkeit alternativer Pflegepersonen die berufliche Expertise und die wahrgenommene Belastbarkeit der jeweiligen

Akteure. Für die Befragten stellt es eine große Herausforderung dar, zugeschriebene Zuständigkeiten abzulehnen und Erwartungen nicht zu erfüllen. Häufig müssen hier etablierte familiäre Handlungsmuster durchbrochen werden, wenn sich bspw. die Lebensumstände der pflegeverantwortlichen Personen durch Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, einer Elternschaft oder aufgrund von Erschöpfung bzw. Erkrankungen verändert haben oder die Pflegebedarfe zunehmen. Findet diese Entscheidung keine Akzeptanz, stellt dies für die Teilnehmenden eine emotionale Belastung dar, für deren Bewältigung einige der Befragten professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben. Hingegen wirken Freiräume, in denen Zuständigkeiten selbst festgelegt werden können, entlastend.

### **5.4.3 Akteure im familialen Gefüge – „dass der Familienbetrieb läuft“ (I 8, 1849)**

Eine der zentralen Akteursgruppen in den Arrangements sind die minderjährigen Kinder der Befragten, die auch mit erkrankungsbedingten Veränderungen der pflegeempfangenden Person konfrontiert werden: *„dass meine Mutter da, ja diese Übelkeit, dass sie dann total dünn war und alles sowas und da, haben die sich schon Sorgen gemacht“* (I 16, 606/607), oder auch über die Auswirkungen, die sie an der pflegeverantwortlichen Person beobachten: *„wenn die gesehen haben, dass ich traurig bin: ‚Mama, du weinst doch bestimmt wegen Opa.‘“* (I 4, 751)

Insgesamt wird betont, dass die Pflegeethematik in den Familien mit den minderjährigen Kindern offen diskutiert wird: *„die wissen alles, was wir wissen und wir reden da auch viel“* (I 10, 494). Auch Themen wie Demenz und die damit einhergehende Symptomatik werden besprochen: *„natürlich haben wir drüber gesprochen, dass sich Oma so verändert“* (I 11, 642/643), wobei insbesondere bei lebensbegrenzenden Erkrankungen auf eine altersgerechte Kommunikation geachtet wird: *„aber konkret finde ich, ist das noch zu klein (...), wenn ich ihm erkläre, dass die Oma da eine Krankheit im Körper hat, die sie da nach und nach schwächer macht und dass sie wahrscheinlich keine ganz alte Oma wird“* (I 5, 186–189). Die Befragten wägen ab, inwieweit sie ihre Kinder mit den pflegebezogenen Problemen konfrontieren können, ohne sie damit zu überfordern: *„jedes Kind hat ein Recht auf einen unbeschwerten Tag (...), das heißt nicht, dass ich sie von allem fernhalte, aber das sind so Sachen, die müssen sie auch noch nicht mit belastet werden“* (I 9, 606–609). Allerdings gelingt es nicht immer, belastende Aspekte von den Kindern fernzuhalten: *„mein Sohn nimmt den Krebs auch wahr (...) er hat halt Angst, dass ich auch Krebs bekomme“* (I 7, 603–610). Zudem ist die durch die Pflegeverantwortung verursachte Anspannung und Belastung auch für die Kinder im Alltag spürbar: *„wenn man so irgendwie die ganze Zeit dauerbelastet ist ähm und bei jedem Mist vielleicht hochgeht (...), da hätten sich die Kinder wahrscheinlich auch irgendwie eine ruhigere Mama gewünscht“* (I 4, 761–764).

Wie bereits beschrieben, wird aus unterschiedlichen Gründen von den Befragten versucht, die Unvereinbarkeit der Lebenswelten zumindest zeitweise zu überwinden und insbesondere betreuungsbedürftige Kinder in die Pflegesituation mitzunehmen. Aufgrund der geringeren Zeit,

die für die Kinder zur Verfügung steht, wollen diese dann auch bei pflegerischen Verrichtungen in der Nähe der Elternperson bleiben: „*sie haben schon bewusst (...) eher meine Nähe gesucht und wollten dann nicht woanders spielen, sondern waren dann halt froh, dass ich irgendwie da war*“ (I 4, 784–786). Durch die Anwesenheit in Pflegesituationen übernehmen die Kinder beobachtete Verhaltensweisen: „*war die Kleinste die, die gesagt hat: ‚Komm Opa, ich bring dich wieder ins Bett, ich bin jetzt deine Krankenschwester.‘*“ (I 4, 342/343), und bringen sich in die Pflege ein: „*die versuchen dann auch richtig so zu pflegen und betutteln dann die Oma*“ (I 10, 499/500). Demgegenüber wird auch beschrieben, dass Kinder unsicher insbesondere auf demenziell bedingte Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Personen reagieren: „*man merkt so seine Unsicherheit (...) ein 16-Jähriger mit einer Oma, die ihn nicht wirklich erkennt*“ (I 11, 618–624). Hinzu kommt, dass die Konfrontation mit einer zunehmenden Gebrechlichkeit der pflegeempfangenden Person, die in starkem Kontrast zum Erscheinungsbild vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit steht, zu einer emotionalen Belastung führen kann: „*weil er halt wirklich einfach auch das gar nicht sehen möchte, wie der Opa sich verändert hat*“ (I 8, 321/322). Darüber hinaus können Situationen eintreten, in denen es unbeabsichtigt zu einer Gefährdung der pflegeempfangenden Person kommt: „*dann hat der Große ihm den Ball zugeworfen und dann hat er [Vater] das Gleichgewicht verloren, ist rückwärts durchs ganze Wohnzimmer und ist dann zum Schluss an die Heizung hingeflogen*“ (I 8, 314–316), und die Übernahme von Verantwortung die Kinder ängstigt und überfordert: „*die haben Angst davor, beim Opa jetzt alleine zu sein*“ (I 8, 251/252). Damit reduzieren sich die Kontakte der Kinder mit den pflegeempfangenden Personen und auch ihr positiver Einfluss: „*das würde ihm so guttun, wenn die Kinder da öfter was machen würden, weil dann sitzt er einfach nur da und beobachtet die und lacht herzlich teilweise*“ (I 8, 1608/1609).

Insbesondere bei Befragten mit älteren Kindern finden sich kaum Aussagen, die auf eine negative Wahrnehmung der elterlichen Pflegeverantwortung vonseiten der Kinder schließen lassen: „*kann ich jetzt gar nicht sagen (...), die würden jetzt drunter leiden oder würden sagen, das ist schlimm für sie*“ (I 10, 497/498). Eine Befragte gibt an, dass die Geschwister gemeinsam die Zeit verbringen und die Abwesenheit der Mutter für den sonst reglementierten Gebrauch ihrer technischen Geräte nutzen: „*wenn sie zu zweit sind, ist es eh kein Thema, ähm meist sind die guten alten E-Geräte*“ (I 8, 331/332). Insofern beklagen sich die Kinder nicht; nur bei der Mutter bleibt das schlechte Gewissen bestehen: „*die unterstützen das schon (...), da beschwert sich jetzt keiner, aber ich hab halt immer ein schlechtes Gewissen*“ (I 8, 353/354). Die Befragten formulieren den Anspruch, für ihre Kinder da zu sein, unabhängig von deren Alter: „*auch die Teenager wollen betreut werden*“ (I 9, 92). Gleichzeitig werden aber auch positive Aspekte der Lebensumstände wie bspw. die Förderung der Selbständigkeit der Kinder beschrieben: „*Das tut ihnen auch gut. (...) Dass die Mama jetzt nicht immer verfügbar ist, glaub ich, das ist ganz gut.*“ (I 8, 901/902)

Indessen wird die Verknappung der zeitlichen Ressourcen in der Beziehung kritisch betrachtet: „*Mein Mann muss zurückstecken.*“ (I 8, 902), da ausschließlich mit dem/der Partner\*in verbrachte Zeit nur sehr begrenzt verfügbar ist: „*aber ähm die Zweisamkeit, das fehlt ganz klar*“ (I 8, 912/913). Die Partner\*innen leisten in der Regel einen intensiveren Beitrag zur Kinderbetreuung und schaffen damit Zeiträume für die Pflege, was häufig als Grundvoraussetzung für die Bewältigung der Lebenssituation gesehen wird: „*wenn ich meinen Mann da nicht als Unterstützung gehabt hätte, ähm, weiß ich gar nicht, wie wir das geschafft hätten*“ (I 13, 89–91). Dies trifft auch zu, wenn eine Trennung stattgefunden hat und sich beide Elternteile die Erziehungsverantwortung teilen: „*wenn mein Sohn äh bei seinem Vater ist (...), dann hab ich ja in dem Sinne nicht diese Unterstützungspflicht oder die auch Aufsicht*“ (I 2, 192/193). Partner\*innen werden außerdem adressiert, um alltäglichen Frust abzuladen: „*ist natürlich mein Freund derjenige, der es immer abbekommt*“ (I 7, 871/872), aber auch, um wichtige Entscheidungen zu diskutieren: „*Grade jetzt so Zukunftsentscheidungen mit meiner Mutter, die fällt ich dann auch mit ihm gemeinsam.*“ (I 7, 873/874) Damit wird auf die besondere Lebenssituation von alleinerziehenden Personen verwiesen, da hier die Möglichkeit entfällt, Erziehungsverantwortung im zeitlichen Rhythmus abzugeben und alternierend die Gleichzeitigkeit der drei Lebensbereiche aufzuheben. Zudem bleibt auch der oben genannte Effekt aus, Unterstützung bei Überbelastung, familialen Konflikten oder bei der Entscheidungsfindung zu erhalten.

Während bei pflegebedürftigen erwachsenen Personen die Pflegeverantwortung bei Paaren in der Regel asymmetrisch aufgeteilt wird, sind bei pflegebedürftigen Kindern beide Elternteile stärker an der Pflege beteiligt und damit auch von deren Auswirkungen betroffen: „*diese Erschöpfung, dieses ähm, auch der [Partner] hat 14 Jahre gepflegt*“ (I 15, 1716). Ferner wird deutlich, dass langjährige, auch partnerschaftlich geteilte Pflege eine Belastung für die Paarbeziehung darstellt: „*auch so ein bisschen: ,Ich bin zu kurz gekommen (...) Ich opfer mich hier für diese Familie auf und wer, wer guckt nach mir?‘*“ (I 15, 1117–1125)

In „Patchworkfamilien“ können aufgrund von Beziehungsbrüchen Diskontinuitäten in Sorgebeziehungen und damit auch neue Zuständigkeiten entstehen: „*Meine Mutter hat gesagt: ,Ich bin nicht für ihn [Vater] zuständig.‘*“ (I 12, 400) Tradierte Vorstellungen von Familie: „*es ist der zugeflogene Enkel*“ (I 2, 921) können die innerfamilialen Beziehungen belasten: „*Dass mein Ansehen besser wäre, wenn mein Sohn von ihm wäre.*“ (I 2, 903) Hier kann die Übernahme von Pflegeverantwortung als Instrument gesehen werden, um Anerkennung innerhalb der Familie zu erreichen: „*Das stärkt das [Ansehen], weil ich dann auch zeigen kann, was ich kann.*“ (I 2, 732), wobei der Erfolg dieser Bemühungen durchaus hinterfragt wird: „*ich weiß eben auch nicht, inwieweit ich dann überhaupt ernst genommen werde*“ (I 2, 1327/1328). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Übernahme von Pflegeverantwortung auf unterschiedliche Weise auf das familiale Gefüge und damit auf die Art und Weise, wie familiale

Sorgegeschichte fortgeschrieben wird, auswirkt. Während Befragte von der Stärkung der familialen Bindung berichten: „*die Familie ist irgendwie dann auch wieder ein Stückchen näher zusammengerückt*“ (I 4, 666/667), andere Familien Konflikte vermeiden bzw. lösen, um familiäre Solidarität zu ermöglichen: „*ich find's wichtig, dass man in seinen Familien Frieden herrscht, weil dann kann man sich gegenseitig gern unterstützen*“ (I 14, 1051/1052), und wiederum andere trotz bestehender Spannungen solidarische Leistungen erbringen: „*Familie wird für mich ganz, ganz groß geschrieben und auch wenn unsere Verhältnisse in der Familie alle relativ kompliziert sind und oft sehr spannungsgeladen, wenn's hart auf hart kommt, sind alle füreinander da.*“ (I 13, 1206–1208), kann es in der Folge zu einer dauerhaften Schädigung familialer Beziehungen kommen: „*die Familie meiner Mutter hat sich nie repariert*“ (I 6, 193), was sich häufig begrenzend auf die Erbringung solidarischer Leistungen auswirkt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Folgen, die für die minderjährigen Kinder beschrieben werden, unterschiedlich ausfallen. Hier zeigt sich eine Abhängigkeit vom Alter des Kindes sowie dem Ausmaß der Veränderungen in der Lebenssituation, die durch die Pflegeverantwortung entstanden sind. Hinzu kommen individuelle Erfahrungen, die im Kontext von Krankheit und Gebrechlichkeit gemacht wurden und die Intensität, mit der die Kinder damit konfrontiert werden.

Der Effekt pluralisierter familialer Lebensformen auf das Erleben der Befragten ist wesentlich von der Akzeptanz in den beteiligten Familien abhängig. Bei getrenntlebenden Paaren kann eine geteilte Erziehungsverantwortung durchaus entlastend wirken, indem zeitliche Ressourcen für die Pflegeverantwortung geschaffen werden. Wie in anderen Bereichen auch, zeigt sich hier jedoch die ausgeprägte Vulnerabilität alleinerziehender Personen.

## **5.5 Pflege – „*manchmal mach ich es auch gern*“ (I 2, 424)**

Die Sicht auf das Thema ‚Pflege‘ ist durch Ambivalenz gekennzeichnet. Während Erziehungsverantwortung aus der Elternschaft resultiert, wird Pflegebedürftigkeit durch Krankheit oder Behinderung verursacht und ist dementsprechend negativ konnotiert. Zugleich stellt die Pflegeübernahme eine Möglichkeit dar, nahestehenden Personen beizustehen.

### **5.5.1 Pflegen – „*es ist vor allem diese psychische Geschichte*“ (I 2, 81)**

Pflege wird als ein zusätzlicher Lebensbereich wahrgenommen, der im biografischen Verlauf häufig unvorhersehbar und aufgrund von negativen Ereignissen wie bspw. lebensbegrenzenden Erkrankungen eintritt. Dadurch werden die Teilnehmenden mit dem Leid und dem drohenden Lebensende einer nahestehenden Person konfrontiert: „*wenn es da natürlich auch Phasen gab, in der es ganz schlecht war und ich dann schon Bilder von Beerdigungen und so natürlich im Kopf hatte*“ (I 5, 98/99), das sie selbst bewältigen und gleichzeitig auch den Betroffenen beistehen müssen: „*über Tod sprechen wir manchmal auch*“ (I 5, 201/202). Zudem ergeben

sich noch bei anderen Familienmitgliedern Unterstützungsbedarfe, die je nach Generationenzugehörigkeit und dem Grund für die Pflegebedürftigkeit unterschiedlich ausfallen und unterschiedliche Formen des Beistandes notwendig machen. So berichtet Frau P. von der Reaktion ihres damals siebenjährigen Sohnes auf die Geburt seines Bruders: *„da hat er immer gesagt: ‚Nee, also wenn, wenn das Baby nicht lebt, will ich von dem Baby nichts wissen.‘“* (I 15, 224/225). Auch Frau L. schildert die Unsicherheit ihres Sohnes im Teenageralter in Gegenwart der demenziell erkrankten Großmutter: *„er weiß nicht so, wie er umgehen soll (...) ein 16-Jähriger in der Pubertät mit meiner demenzkranken Mutter“* (I 11, 619/620), und Frau E. erzählt von den Versuchen, mit ihrem Vater den Krankheitsverlauf der Mutter zu besprechen: *„dass es schon sehr wahrscheinlich ist, dass sie Metastasen hat, und dass ähm, da ist dann Abblocken bei ihm angesagt“* (I 5, 138–140). Diese Beispiele illustrieren die komplexen Auswirkungen von Pflegebedürftigkeit auf das familiäre Gefüge und die Herausforderungen, die sich den Befragten stellen. Gleichzeitig bietet die Übernahme von Pflegeverantwortung die Möglichkeit, nahestehenden Personen beizustehen, und vermittelt zudem das Gefühl, gebraucht zu werden: *„man wird nicht nur von der Arbeit gebraucht, sondern man macht auch was für jemanden“* (I 2, 106/107). Demgegenüber werden zur Klärung von Zuständigkeiten für diese Pflege- und Unterstützungsbedarfe familiäre Aushandlungsprozesse notwendig, die konfliktär verlaufen können. Mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit verändern sich die familialen Rollen grundlegend, was einerseits die Befragten selbst betrifft: *„ich bin ja auch keine Tochter mehr, ich bin ja auch nach dem Tod meines Vaters leider Partnerin geworden“* (I 9, 1194/1195), und andererseits auch für die pflegeempfangenden Personen eine Herausforderung darstellt: *„kann ja sein, dass [Mutter] damit überhaupt nicht klarkommt, Rollenwechsel und so“* (I 16, 1331). Entsprechend der ambivalenten Sicht auf Pflege und den damit verbundenen Herausforderungen für die beteiligten Akteure fallen auch die Auswirkungen auf die familialen Beziehungen unterschiedlich aus. Während das Gefühl von verlässlicher Unterstützung: *„[Vater] weiß, dass, wenn es mal schwierige Situationen gibt, dass wir dann da sind“* (I 1, 200/201), sich positiv auswirkt: *„das Verhältnis ist besser geworden“* (I 1, 203), kann eine Überforderung durch die bestehenden Unterstützungsbedarfe eine Verschlechterung familialer Beziehungen nach sich ziehen: *„da hat sich auch das Verhältnis zwischen meiner Mutter und meiner Oma extrem verschlechtert, und ähm ich hab halt versucht, alles abzupuffern (...), was wiederum dazu geführt hat, dass sich unser Verhältnis verschlechtert hat“* (I 13, 85–88). Zudem führen die Ungewissheit hinsichtlich zukünftiger Pflegebedarfe und der Widerstand gegen eine Anpassung der Lebensumstände durch die pflegeempfangenden Personen zu Konflikten: *„ich hätt jetzt schon ganz klare Vorstellungen, wie man das Ganze besser organisieren kann (...), aber sie [Eltern] wollen Null Veränderung, also sie würden am liebsten ihr Leben einfach so komplett weiterführen“* (I 8, 404–407). Infolgedessen werden Veränderungen auch ohne die Zustimmung der pflegeempfangenden Person vorgenommen, wenn die Pflegesituation dies erfordert: *„meine*

*Mutter hat so ein Pflegebett jetzt im Wohnzimmer (...) in der Zeit, als sie im Krankenhaus war, haben wir das organisiert (...) das wäre unmöglich sonst gewesen“ (I 16, 1561–1564).*

Die Befragten äußern überwiegend einen pragmatischen Umgang mit körperbezogenen Pflegeverrichtungen: *„da hab ich gemerkt bei den Schlaganfällen damals, dass mir das gar nichts ausmacht, weil da hab ich ihm auch die Windeln gewechselt“ (I 8, 1066/1067).* Im Vordergrund stehen auch hier die emotionalen Folgen dieser Abhängigkeit für beide Seiten: *„wenn dann jemand hilflos und im Bett liegt und ähm nicht mehr allein zur Toilette gehen kann, das ist natürlich mit einem Schamgefühl für denjenigen behaftet. Aber für mich ist das kein Problem. Auch wenn mich das natürlich emotional dann natürlich sehr berühren wird.“ (I 5, 1066–1069),* oder auch der Umgang mit krankheitsspezifischen Symptomen: *„[Vater] fängt ständig irgendwelche fliegenden Viecher, das sind die Sachen, also das pack ich gar nicht“ (I 8, 216/217).* Eine Befragte lehnt die dauerhafte Übernahme der körperbezogenen Pflege ab: *„ich hab auch ganz klar gesagt, dass ich keine Pflege in dem Sinne machen werde, dieses Waschen und so“ (I 8, 1056/1057),* ungeachtet der an sie gestellten Erwartungen: *„da war sie enttäuscht, meine Mama, das hat sie schwer schlucken können“ (I 8, 1061).* Ihre Ablehnung begründet die Teilnehmerin mit der daraus resultierenden tagtäglichen Verpflichtung: *„das ist für mich so eine, so eine Falle, da bist du gefangen, da bist du komplett vereinnahmt“ (I 8, 1087/1088).* Ähnlich erlebt dies eine andere Befragte im Hinblick auf die soziale Isolation der alleinlebenden Mutter: *„die hat den ganzen Tag Einsamkeit“ (I 9, 1189).* Frau I. formuliert den Anspruch, für tägliche Kontakte zu sorgen und fühlt sich durch diesen Anspruch stark unter Druck gesetzt: *„dass ich denke, jetzt ist sie den ganzen Tag mal alleine (...), an dieser Option könnte ich jetzt natürlich an mir selber arbeiten, ist halt so, aber äh das ist vielleicht einfach zu tief von mir verwurzelt, dass ich 's nicht gut finde, wenn das so ist“ (I 9, 1177–1180).* Entlastung bringt hier die mittlerweile volljährige Tochter, die zeitweilig die Besuche und Erledigungen übernimmt: *„eine wahnsinnige Erleichterung, Erleichterung, dass ich weiß, meine Tochter geht zu meiner Mutter einkaufen“ (I 9, 157/158).* Dies verdeutlicht, dass die tagtägliche Verpflichtung zu pflegerischen Leistungen – unabhängig ob von außen oder durch selbstformulierte Erwartungen verursacht – ein hohes Belastungspotential aufweist. Eingangs wurde bereits auf die vielfältigen Aufgaben der Befragten hingewiesen und dementsprechend ist die Zeit, die für die jeweils unterschiedlichen Verpflichtungen aufgewendet werden kann, eher gering. Die Reaktionen der pflegeempfangenden Personen auf die knappen zeitlichen Ressourcen fallen ebenfalls unterschiedlich aus. Grundsätzlich werden Aufmerksamkeit und Zuwendung geschätzt: *„wo sie es einfach genießt, eben jemanden zu haben“ (I 2, 78/79).* Einige Befragte berichten auch von forderndem Verhalten: *„Das ist wie so ein Sog, der kommt: ‚Du bist jetzt hier (...) und jetzt kümmerst du dich!‘ und gehe dann drei, vier Stunden später nach Hause.“ (I 2, 96–98),* was als sehr anstrengend erlebt wird: *„Total ausgelaugt immer.“ (I 2, 96–98)* Demgegenüber verzichten einige pflegeempfangende Personen auf Kontakte und Unterstützung, aber auch auf



Arztbesuche, um die Pflegepersonen zu entlasten, was von den Befragten als problematisch wahrgenommen wird: „*aber ich glaube, das ist auch nicht richtig ist, dass meine Mutter jetzt natürlich manchmal nichts sagt, ich denke, das machen auch viele Angehörige, um natürlich die Belastung nicht zu erhöhen*“ (I 9, 1858–1860).

Auch hier zeichnet die partnerschaftliche Pflege ein gegensätzliches Bild. Wie bereits im Thema ‚Alltagserleben‘ beschrieben, war für Frau C. die Übernahme der Pflegeverantwortung mit einer grundsätzlichen Veränderung ihrer Lebensführung verbunden: „*mein Leben hat sich total zum Besseren gewendet*“ (I 3, 1013). Die mit der Behinderung ihres Ehemannes verbundenen Einschränkungen im Alltag erlebt Frau C. als Entschleunigung: „*ich hab also gelernt, äh mich zu reduzieren, was aber kein Nachteil ist, sondern was eigentlich Lebensqualität bringt*“ (I 3, 1522/1523). Auch wenn es sich bei den Unterstützungsleistungen um pflegerische Verrichtungen wie Wundversorgung handelt, stellt dies für Frau C. keinen zusätzlichen Lebensbereich dar, sondern fügt sich in den Rahmen ihrer familialen Sorgearbeit ein: „*wenn man sich mag (...), dann fallen viele Dinge, die sonst ein Problem sind, die fallen einfach so mit ab in einer funktionierenden Familie*“ (I 3, 1016–1018). Ein Grund dafür ist die Emotionalität der Paarbeziehung und beide sind bemüht, dies aufrechtzuerhalten: „*mein Mann will auch mich nicht so als eigentlich als Pflegekraft sehen*“ (I 3, 1064), was sich auch im Hinblick auf die eigene Rolle zeigt: „*die meiste Zeit würde ich mich nicht als pflegende Person sehen, sondern so als/ ich bin so die Mutti (lacht)*“ (I 3, 1049/1050). Diese Rolle der fürsorgenden Mutter wird ihr von allen Familienmitgliedern zugewiesen, was Frau C. positiv erlebt: „*sagen dann alle: ‚Ey, du benimmst dich wie so ne Mutti.‘ Sag ich: ‚Ja, ich bin Mutti.‘ Ist ja nicht schlimm, ist für mich kein Schimpfwort*“ (I 3, 1050/1051). Zugleich wird deutlich, dass Frau C. unter einer „*funktionierenden Familie*“ die wechselseitige Sorge versteht und sie die Beteiligung ihres Ehemannes an der Erziehungsverantwortung sehr wertschätzt: „*was C. macht für die Kids, oder so, also ich find, das, das ist total wertvoll*“ (I 3, 373/374).

### **5.5.2 Aus der Ferne pflegen – „*wär schöner, wenn wir näher beieinander wohnen würden*“ (I 5, 241)**

Die Befragten, die in räumlicher Distanz zur pflegeempfangenden Person leben, sind nicht in dem Maß in die tagtägliche Pflege eingebunden, wie Pflegepersonen vor Ort: „*da ist ja jetzt ein Bruder noch mit im Haus, man denkt dann halt auch immer an den, weil das halt für den extrem belastend*“ (I 10, 29–31). Das Belastungsempfinden fällt dementsprechend anders aus: „*es belastet einen äh vom Kopf her*“ (I 10, 25). Insbesondere auch, da die Unterstützungsversuche: „*ich versuch das da bissel aus der Ferne ihn bissel zu helfen*“ (I 10, 45), nicht immer angenommen werden: „*Da kann man manchmal helfen wollen, wie man will, dann geht das auch einfach nicht, na.*“ (I 10, 55/56), sondern im Gegenteil auch als Belastung von den Hauptpflegepersonen vor Ort erlebt werden: „*scheinbar ist das jetzt auch ein bisschen gekippt, na, dass er trotzdem uns dann noch eher als Belastung wie als Hilfe sieht*“ (I 10, 653/654). Das

Wissen um angespannte Situationen stellt eine enorme Belastung für die betroffenen Personen dar: *„ich kann das nachvollziehen, dass, dass man dann irgendwann nicht mehr kann, wenn die Mama zum siebten Mal fragt, wie denn der Kaffee geht“* (I 10, 430–432). Versuche, alltägliche Entlastung aus der Distanz zu erbringen, sind nur bedingt erfolgreich: *„wenn sie dann unruhig wird, meistens so gegen fünf, hab ich versucht immer anzurufen und sie wenigstens da eine Stunde von, von meinen Bruder entfernt zu halten, aber das hältst dann auf Dauer auch nicht durch“* (I 10, 740–743). Der Umstand, zuschauen zu müssen bis eine gewisse Belastungsgrenze bzw. eine Eskalationsstufe erreicht ist, ehe zusätzliche Unterstützung bspw. in Form von formellen Angeboten akzeptiert wird, stellt eine große Herausforderung dar: *„das muss dann so weit, bis es wirklich dann gar nicht mehr geht, na, und dann, äh dann kann man es dann durchsetzen“* (I 10, 119–120). Die Pflegesituation wird als bedrückend empfunden und in der Folge auch gemieden: *„wenn man dann da wieder weg [ist], ah, bin ich froh“* (I 10, 826).

In den Fällen, in denen es vor Ort keine anderen Personen gibt, die die Pflege übernehmen können, unternehmen die Befragten große Anstrengungen, um räumliche Distanzen (zumindest zeitweise) zu überwinden. So beschreibt Frau R., dass die Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern ein Anlass sein könnte, mit der gesamten Familie dorthin umzuziehen. Da ein dauerhafter Umzug für Frau E. nicht möglich ist, hat sie mit Blick auf den zunehmenden Pflegebedarf ihrer Mutter erwogen, gemeinsam mit den zwei Kleinkindern zeitlich befristet ihren Wohnort zu verlegen: *„habe ich mir in dem Dorf, in dem meine Eltern wohnen (...) eine Wohnung suchen wollen“* (I 5, 252/253). Auch der Partner hätte dieser Lösung trotz aller Bedenken zugestimmt: *„da gab’s zwar lange Diskussionen mit meinem Partner, der hätte halt dann so, so pendelmäßig, wochenendmäßig uns dann sozusagen besucht“* (I 5, 253–255). Letztlich scheiterte dieser Plan jedoch am Widerstand der pflegebedürftigen Mutter, die dies aufgrund der umfangreichen Folgen für das Familienleben der Tochter ablehnte: *„meine Mama (...) möchte nicht, dass ich mir einen neuen Job suche, sie möchte nicht, dass ich viel Geld ausbebe für eine neue Wohnung und den Umzug und sie möchte auch nicht, dass die Kinder sich an einen neuen Kindergarten gewöhnen müssen“* (I 5, 256–259). Der Wunsch von Frau E., dass die Eltern zu ihr ziehen sollten, wurde von diesen mit Hinweis auf die gewohnte Lebensumgebung zurückgewiesen: *„das war für beide nicht möglich, haben sie sich nicht vorstellen können“* (I 5, 1142/1143).

Pflege wird demnach als irreguläres Lebensereignis wahrgenommen, das zusätzlich zu den Bereichen Erziehung und Beruf bewältigt werden muss. Mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit wurden die Befragten in unterschiedlichen Lebensphasen mit den gravierenden Auswirkungen von Krankheit und Behinderung sowie der Endlichkeit menschlichen Lebens konfrontiert. Damit stellt sich die Herausforderung, die Folgen dieser Ereignisse zu bewältigen und in den eigenen Lebensentwurf zu integrieren. Zudem bedürfen die pflegeempfangenden Personen und weitere Familienmitglieder Unterstützung bei dieser Aufgabe, was aufgrund der komplexen familialen Strukturen, der durch die Pflegebedürftigkeit ausgelösten Veränderungen und der

unterschiedlichen Bedürfnisse der jeweiligen Akteure eine weitere Herausforderung darstellt. Pflege ermöglicht es jedoch auch, sich nahestehenden Personen sorgend zuzuwenden. Diese beiden Facetten von Pflege bewirken die Ambivalenz in der Wahrnehmung dieses Lebensbereiches.

## **5.6 Erwerbstätigkeit – „sodass ich das in meinem Alltag mit der Arbeit schwierig organisieren kann“ (I 5, 31)**

Die Erwerbstätigkeit ist der dritte große Lebensbereich, der für die Teilnehmenden mit ganz unterschiedlichen Bedeutungen belegt ist. Trotz des hohen beruflichen Engagements wird Erwerbstätigkeit im Vergleich zu den Sorgeerfordernissen eher als nachrangig betrachtet. Besonders wichtig sind hier jedoch die Rahmenbedingungen beruflicher Arbeit als ein wesentliches Kriterium für die Bewältigung der anderen Lebensbereiche.

### **5.6.1 Last und Lust – „also wenn’s von der Arbeit her passt“ (I 1, 507)**

Die Sichtweisen der Befragten auf die Erwerbstätigkeit bilden ein breites Spektrum ab. Einige Teilnehmende sehen in der beruflichen Tätigkeit den Gegenpol zur Sorgearbeit: „das ist meine Oase“ (I 8, 75/76), der ihnen räumlichen und gedanklichen Abstand ermöglicht: „dieses Rauskommen auch aus diesem familiären Sumpf“ (I 8, 55), und auch eine materielle Unabhängigkeit garantiert: „weil ich auch eine gewisse Unabhängigkeit haben will“ (I 2, 261). Demgegenüber steht für andere Befragte die Belastung durch eine notwendige Erwerbstätigkeit im Vordergrund, da diese häufig von Frauen zusätzlich zur Sorgearbeit übernommen werden muss: „wir haben uns da echt ein bisschen verarschen lassen so, also dürfen auch noch arbeiten, aber dürfen immer noch alle anderen Sachen weiter machen“ (I 16, 899–901). Damit rückt die existenzsichernde Funktion von beruflicher Arbeit in den Vordergrund: „zur Selbstbestätigung oder irgendwie Selbstverwirklichung oder so, brauch ich diese Arbeit nicht“ (I 16, 888/889), die eine Beendigung der Erwerbstätigkeit unmöglich macht: „ich bin ja Hauptverdiener“ (I 14, 804), und auch eine zeitweilige Unterbrechung erschwert: „Pflegeauszeit, es war ja was Absehbares ähm, aber das wär finanziell bei uns allen irgendwie überhaupt nicht möglich“ (I 4, 259/260). Dies trifft vor allem für alleinerziehende Personen zu: „Wie soll ich denn das machen? Ich bin von meinem Geld abhängig“ (I 12, 419), und auch bei mehrfacher Pflegeverantwortung wird eine Vereinbarung mit der Erwerbstätigkeit noch zusätzlich erschwert: „die Vereinbarkeit ist einfach nicht gegeben“ (I 6, 464), was die zukünftige Absicherung der Befragten und die längerfristigen Auswirkungen der Übernahme von Pflegeverantwortung illustriert: „aber bei Vollzeit geht’s nicht, bei dreiviertel geht’s nicht und bei halb geht’s auch noch nicht (...) da bin ich so schnell in Altersarmut“ (I 6, 765–770). Rückt die materielle Absicherung in den Hintergrund, werden andere, positive Aspekte betont: „sehr gerne berufstätig, macht wahnsinnig Spaß“ (I 9, 367). Berufliche Arbeit wird als

Bereicherung gesehen: *„dieser Beruf und ich, wir haben uns gefunden, beide gegenseitig“* (I 9, 1173), und die Befragten würden diesem Lebensbereich gerne mehr Aufmerksamkeit widmen: *„das würde ich mich so gerne in Ruhe mal weiterentwickeln, was jetzt neue Methoden sind, ähm, da komm ich halt nicht zu“* (I 9, 692–694). Diese Bedeutung der Berufstätigkeit wird durch die Erzählung von Frau P. unterstrichen, die nach jahrelanger, pflegebedingter Unterbrechung in den Beruf zurückkehren wollte und dabei scheiterte: *„hab das wirklich nur ein halbes Jahr durchgezogen und dann war ich am, am, am Boden zerstört“* (I 15, 47/48). Die Ursache für dieses Scheitern sieht Frau P. in der langjährig geleisteten Pflege für ihr Kind, die ihr viel Kraft gekostet hat und eine Rückkehr in den Beruf unmöglich macht: *„ich bin sicher auch durch zehn Jahre Pflege derartig unten durch, dass ich die Nervenkraft und dieses Durchsetzungsvermögen gegenüber diesen Kindern nicht hab“* (I 15, 55–57). Für die Befragte ist diese Entwicklung unumkehrbar: *„ich kann in meinem Beruf nicht mehr arbeiten“* (I 15, 67/68), sodass sie sich nach alternativen Tätigkeitsfeldern umgesehen hat: *„wirklich weit unter meinem Ausbildungsniveau hab ich gearbeitet“* (I 16, 77/78), und letztlich eine Arbeit gefunden hat, die sie sehr schätzt: *„die Arbeiterei, die, die, die bringt mir was, ich hab das Gefühl, diesen Männern [Geflüchteten] kann ich helfen“* (I 15, 853/854). Diese berufliche Umorientierung trägt zu einem positiven Selbstbild bei: *„Das tut mir von meinem Selbstbewusstsein her und von dem, ja, sehr gut. Nach dem Motto: Ich kann was.“* (I 15, 880/881)

Vonseiten des sozialen Umfeldes werden unterschiedliche Erwartungen an eine Erwerbstätigkeit der Teilnehmenden geknüpft. So berichtet Frau P. von der Reaktion ihres Mannes nach dem gescheiterten beruflichen Wiedereinstieg: *„mein Mann hat mir das, was heißt übelgenommen, ist zu viel gesagt, oder er hat sehr damit gekämpft, dass ich nicht arbeiten gehen kann“* (I 15, 724/725). Durch den Wegfall eines gesicherten Beitrages zum Familieneinkommen sieht sich der Ehemann in seiner eigenen beruflichen Entwicklung eingeschränkt: *„er wirft mir vor, ich ähm, ich würde quasi seine ja, seine Freiheit, sich zu entscheiden oder sich anders zu entscheiden, da blockieren“* (I 15, 1681/1682). Im Gegensatz dazu berichtet Frau H., dass sie die Annahme eines Stellenangebotes gegen den Widerstand der pflegeempfangenden Personen durchsetzen musste: *„hat aber meine Mama dann auch schon gesagt: ‚Das kannst du nicht machen, weil wir brauchen dich!‘“* (I 8, 71/72)

Die aufgeführten Beispiele zeigen die Vielfalt in den Sichtweisen der Befragten auf die berufliche Arbeit und die unterschiedlichen Erwartungen, die seitens des sozialen Umfeldes geäußert werden. Darüber hinaus wird der Biografie bestimmende Charakter langjährig übernommener Pflegeverantwortung auch im Hinblick auf die berufliche Laufbahn deutlich: *„dass einen Pflege körperlich und psychisch so auslaugt, dass man einfach auch nicht mehr das leisten kann, was man in einem anderen Fall könnte“* (I 15, 117/118).

### 5.6.2 Bedingungen der Vereinbarkeit – „*ich hab eine Chefin, die diese Situation und diese Entscheidung mitträgt*“ (I 5, 352)

Wie bereits zum Thema ‚(Un-)Vereinbarkeit‘ ausgeführt, erleben die Befragten die Gleichzeitigkeit der Sorgeerfordernisse als schwierig und beschreiben, dass eine Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit nur durch die flexible Gestaltung von beruflichen Rahmenbedingungen erreicht werden kann: *„Ich kann ähm mir einiges flexibel einteilen, auch das war irgendwie zu machen. Also wenn ich jetzt einen starren Schichtdienst irgendwo gehabt hätte, wäre ich verzweifelt.“* (I 11, 452–454) Die Nachteile des Schichtdienstes, insbesondere für die Pflege über eine größere Entfernung hinweg, beschreibt Frau E.: *„ich kann vorm Spätdienst nicht hinfahren, ich kann nach dem Frühdienst nicht hinfahren, wenn ich Nachtdienst habe, würde ich auf der Autobahn einschlafen“* (I 5, 31–33). Das Verständnis vonseiten der Vorgesetzten ist ein wesentlicher, entlastender Aspekt. So erzählt Frau E., dass sie die ihr noch zustehende Elternzeit beantragt hat, um neben der Erziehungsverantwortung auch die Pflege ihrer Mutter über die Entfernung hinweg erbringen zu können. Sie beschreibt das Empfinden, dass ihre Kolleginnen dies aufgrund der angespannten Personalsituation kompensieren müssen, was auch die Entscheidungsfindung erschwert hat: *„Das ist mir nicht leichtgefallen, weil natürlich die Personalsituation bei uns schwierig ist (...), aber meine Chefin hat mich da zum Glück gut unterstützt, das ist natürlich immer auch viel auf dem Rücken anderer“* (I 5, 44–47). Ausschlaggebend sind für sie die Folgen, würde sie diese Möglichkeit ungenutzt lassen: *„wenn meine Mama dann irgendwann versterben würde oder wird (...) dann könnte ich das mit meinem Gewissen nicht vereinbaren, dass ich diese Chance nicht genutzt habe“* (I 5, 48–50). Besonders bei akut eintretenden Pflegebedarfen greifen die Befragten auf Notlösungen zurück, was allerdings nur in begrenztem Ausmaß möglich ist: *„Ich kann nicht jedes Mal, wenn es dem Opa schlecht geht, mich mal für drei Wochen krankschreiben lassen.“* (I 4, 266/267) So befürchtet Frau G. negative Auswirkungen von häufiger oder langfristiger Abwesenheit auf ihr Arbeitsverhältnis: *„acht Wochen auf der Arbeit gefehlt, da war ich dann froh, dass mein Arbeitgeber gesagt hat, dass er mich behält“* (I 7, 305/306). Sie gibt zudem an, ihren Arbeitgeber nicht über die Pflegebedürftigkeit ihrer Mutter informiert zu haben und begründet dies mit den Erfahrungen während der Stellensuche, indem sich die Offenlegung ihrer Lebenssituation negativ auf ihre Erfolgchancen ausgewirkt hat: *„hatte ich mich beworben und hab halt auch angegeben, dass ich eine pflegebedürftige Mutter hab und da hab ich eigentlich mehr oder weniger die Gespräche umsonst geführt“* (I 7, 1381–1383). Diese Erfahrungen bestätigt auch Frau M., die ebenfalls ihre Lebensumstände bei der Arbeitssuche verschwiegen hat: *„Ich hab’s auch nicht gesagt, dass mein Kind krank ist. Das wusste keiner, nur alleinerziehende Mutter (...), sonst kommt man nirgendwo rein.“* (I 12, 671/672) Diese Zurückhaltung wird auch bei längerer Beschäftigung im Team und gegenüber Vorgesetzten beibehalten, um negative Folgen für die berufliche Laufbahn zu vermeiden: *„würd auch gerne*

*drüber reden, weil mich das ja auch entlastet, hm, aber wenn ich dadurch Nachteile hab“ (I 7, 1506/1507). Eine Befragte fasst die Auswirkungen von Sorgeverantwortung auf die Berufskarriere insbesondere von Frauen in der folgenden Passage zusammen: „es ist eine nicht schön zu redende Tatsache, dass, wenn sich eine Frau für Kinder entscheidet, das einen Knick in ihrer beruflichen Karriere gibt (...) das gilt noch viel mehr, wenn noch eine Pfllegetätigkeit dazu kommt (...) was da an, an, an Politik kommt, das ist eher lächerlich“ (I 15, 1426–1429).*

### **5.6.3 Berufsarbeit und Sorgearbeit – „ich wünsch mir manchmal, dass meine Arbeitsleistung gewürdigter wird“ (I 15, 1446)**

Bei der Gegenüberstellung von Berufs- und Sorgearbeit stellen die Befragten den existentiellen Charakter von Sorgeerfordernissen an den Anfang ihrer Überlegungen: *„einfach die Angst, dass es meiner Mama irgendwann viel, viel schlechter geht und dass diese Pflegebedürftigkeit jeden Tag auftreten kann (...) oder dass sie vielleicht auch nicht mehr leben kann“ (I 5, 36–38). Auf dieser Basis wird eine Gewichtung der Lebensbereiche vorgenommen: „das Berufliche muss jetzt hintenanstehen“ (I 13, 279), und die Sorge für nahestehende Personen über berufliche Belange und die damit verbundenen positiven Aspekte gestellt: „das war mir schon immer wichtig, da selbständig zu sein, aber jetzt hat meine Mama, meine Kinder haben jetzt Priorität“ (I 5, 398/399). Diese Position resultiert aus einem Zwang zur Entscheidung, der aufgrund der Gleichzeitigkeit der drei Lebensbereiche besteht: „wenn’s hart auf hart kommt, ist mir die Arbeit egal“ (I 7, 281), und gestaltet sich nicht immer einfach in der Umsetzung: „da plagt mich dann eher ein schlechtes Gewissen meinem Arbeitgeber oder meiner Chefin gegenüber (...), dass ich dann andere Möglichkeiten nutze, wie unbezahlter Urlaub für pflegen“ (I 5, 380–383). Umso deutlicher zeigt sich hier die Notwendigkeit, die Betroffenen zu unterstützen: „[Kolleginnen] sagen dann auch zu mir: ‚Also, wer richtig drüber nachdenkt, weiß, dass du jetzt grad das Richtige machst‘, und (... 4 s ...) ja, das beruhigt mich schon“ (I 5, 401–405).*

Trotz des artikulierten Vorranges der Sorgearbeit verweist u. a. die Anzahl von berufsbegleitend studierenden Personen im Sample auf ein ausgeprägtes berufliches Engagement. Die Befragten geben an, dass *„noch ein Studium zusätzlich aufzunehmen“ (I 1, 18) nur dann möglich ist, wenn dies die Sorgebedarfe zulassen: „weil die Situation, die Gesundheitssituation des Vaters doch eigentlich relativ stabil ist“ (I 1, 19/20). Eine Zuspitzung insbesondere der Pflegesituation macht eine vorübergehende Unterbrechung notwendig: „ich hatte auch echt gute Noten, ähm und dann ist aber alles zusammengebrochen, weil meine Mutter jetzt wieder mehr Pflege braucht“ (I 7, 728–730), oder führt auch zum Abbruch weiterer Bildungsmaßnahmen: „hab gedacht: ‚Wir nehmen mal den Schuldruck raus‘“ (I 6, 94).*

Im Gegensatz zur Sorgearbeit, bei der die Befragten das Erleben schildern, niemals allen Personen gerecht werden zu können, kann die berufliche Arbeit das Gefühl vermitteln, etwas geschafft und auch abgeschlossen zu haben: *„sind alle Dienste abgedeckt und es ist alles*

erledigt“ (I 4, 1063/1064). Ein weiterer Unterschied liegt in der Wertschätzung, die Sorge- und Berufsarbeit erfahren: Während Sorgearbeit häufig im Verborgenen geleistet wird, unsichtbar bleibt und wenig gesellschaftliche Anerkennung erfährt, ist dies in der Regel bei der beruflichen Arbeit anders: *„aber dass gesamtgesellschaftlich, dass so diese Sorgearbeit oder auch Pflegearbeit oder was, dass das genauso einen Stellenwert hat, wie Lohnarbeit“* (I 16, 1016/1017). Die mangelnde Wertschätzung von Sorgearbeit auf gesellschaftlicher Ebene findet sich auch im familialen Umfeld wieder: *„man hat als, als Mutter im Haushalt schon auch einen anderen Stellenwert, wenn man berufstätig ist“* (I 15, 1545/1546). So berichtet Frau P., dass ihr aufgrund ihrer Teilzeitarbeit allabendlich die Aufgabe zufällt, für die Befriedung der Familie zu sorgen: *„wenn die alle drei nach acht Stunden Arbeit hier abends auflaufen, sind die alle drei kaputt, dann kommt ein aufgekratzter A. dazu, der sich aufführt und dann [beginnt] das schon manchmal hochzukochen und dann bin ich natürlich schuld an allem“* (I 15, 1552–1554). Trotz einer erfolgreichen Strategie: *„Und wenn sie alle gegessen haben, sind sie friedlich. Allesamt. Aber das äh stößt mir dann schon auch auf.“* (I 15, 1575/1576), äußert sie sich unzufrieden mit der ihr zugewiesenen Rolle und hebt das „Dienende“ (I15, 1566) der Sorgearbeit hervor. Damit dokumentiert sich hier eine Sichtweise, die sich auf familialer und gesellschaftlicher Ebene findet: *„nur Erwerbstätigkeit zählt“* (I 9, 1441).

Erwerbstätigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Lebenswelt der Befragten, der unterschiedliche Funktionen wie materielle Absicherung, Ausgleich zur Sorgearbeit, aber auch Sinnfindung erfüllt. Ob und wie sich die Erwerbstätigkeit mit der Sorgeverantwortung vereinbaren lässt, hängt von den Rahmenbedingungen beruflicher Arbeit ab. Verständnis für die Lebenssituation der Betroffenen und Flexibilität in der Gestaltung von Arbeit sind wesentliche Aspekte, die eine Vereinbarkeit ermöglichen und zu einer Entlastung beitragen. Zugleich zeigen sich negative Auswirkungen der Übernahme von Sorgeverantwortung auf die Karriere, weshalb diese dem Arbeitgeber teilweise nicht angezeigt wird. Hinzu kommen die Aussetzung bzw. der Abbruch von Bildungsmaßnahmen, was sich langfristig ebenfalls negativ auf die berufliche Laufbahn auswirken kann. Trotz des hohen Engagements räumen die Befragten den Sorgeerfordernissen Vorrang vor der Berufsarbeit ein, beklagen aber zugleich die mangelnde Wertschätzung der Sorgearbeit sowohl im familialen als auch im gesellschaftlichen Kontext.

### **5.7 Suche nach Unterstützung – *„man greift da nach jedem Strohalm auch als Angehöriger“* (I 9, 62/63)**

Während das überschreibende Zitat die Suche der Befragten nach Unterstützung im fordernden Alltag illustriert, enthält die folgende Passage Aspekte aus den vorangegangenen Themen, die sich der Inanspruchnahme von Unterstützung entgegenstellen: *„Natürlich alles soll die Tochter machen, ganz klar, so hat sie es ja auch vorgelebt und so ist sie auch groß geworden, aber (...) als ich jetzt mit der akuten noch mehr berufstätig geworden bin, ist das jetzt sicher eine große*

*Umstellung für meine Mutter.*“ (I 9, 1135–1138) Frau I. führt die ihr zugeschriebene Zuständigkeit für die Pflege ihrer Mutter an, die von der familialen Sorgegeschichte und einem tradierten Rollenverständnis abgeleitet wird, mit der Erwerbstätigkeit kollidiert und deshalb Anpassungsprozesse erforderlich macht. In den Interviews wird wiederholt beschrieben, dass familiäre Pflege von den pflegeempfangenden Personen präferiert wird: *„es ist ihm natürlich lieber, wenn wir kommen“* (I 1, 369/370), allerdings finden sich auch Berichte über Anpassungen, die vorrangig auf der Anerkennung der belasteten Lebenssituation der Pflegepersonen beruhen: *„von der ablehnenden Haltung am Anfang ist heute (...) schon so eine gewisse Zustimmung auch ja, wo er das auch einsieht“* (I 1, 392–394). Im Folgenden werden die Erfahrungen der Teilnehmenden mit professionellen Angeboten und die Hürden, die sich bei der Suche nach Unterstützung ergeben, beschrieben.

### **5.7.1 Erfahrungen mit professioneller Unterstützung – *„es kann nicht das sein, was einem das System als Unterstützung irgendwie anbietet“* (I 4, 634/635)**

Die Befragten haben im Verlauf der Pflege Erfahrungen mit (pflege-)professioneller Unterstützung in unterschiedlichen Settings der Gesundheitsversorgung gemacht. So schildert Frau I. die Situation nach einer ambulanten Operation ihrer Mutter: *„saß sie da alleine in so einem kleinen Umziehraum, vollkommen nackt, der Arm verbunden“* (I 9, 31/32), und zeigt sich noch immer fassungslos angesichts dieser Behandlung: *„so kann man doch nicht mit den Menschen umgehen“* (I 9, 36/37).

Frau H. berichtet von ihrer Annahme, dass mit der stationären Behandlung ihres Vaters infolge eines akut auftretenden Krankheitsgeschehens eine Entlastung verbunden sei: *„wir haben eigentlich gedacht, jetzt können wir ein bisschen verschnaufen, er ist da in guten Händen“* (I 8, 106/107). Als sie ihren Vater bei einem Besuch entgegen der telefonischen Auskunft in einem kritischen Zustand vorfand: *„dann lag er da (atmet mit hoher Atemfrequenz) und hat die ganze Zeit die Decke angestarrt und war auch heiß“* (I 8, 109/110), ohne dass eine angemessene Versorgung eingeleitet wurde: *„weit und breit keine Schwester zu sehen“* (I 8, 111), und erst auf Intervention der Angehörigen eine Notfallversorgung stattfand: *„dann hab ich eine Schwester gesucht und zehn Minuten später ist er kollabiert und kam dann wieder auf die Intensivstation“* (I 8, 116/117), wurde diese Hoffnung auf drastische Weise enttäuscht: *„hat mich da einfach so getroffen dann, so eiskalt erwischt (...), haben wir halt geschaut, dass er seine Tabletten kriegt, dass er was zu essen hat, der wär ja vor diesem Teller verhungert“* (I 8, 129–132). Die Familie leitete aus diesem Vorfall ab, dass sie die Verantwortung nicht abgeben kann und die Versorgung selbst sicherstellen muss: *„ab dem Zeitpunkt waren wir halt dann ähm den ganzen Tag drin im Krankenhaus“* (I 8, 119/120).

Frau D. beschreibt ähnliche Erfahrungen in der stationären Versorgung: *„war mit der Betreuung total unzufrieden“* (I 4, 32/33), sodass sie eine Verlegung ihres Großvaters initiiert hat. Nach



der Entlassung in die häusliche Pflege setzten sich die negativen Erfahrungen fort und auch die Einbeziehung eines Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung brachte keine Entlastung: „*So viel Inkompetenz, die einen eigentlich unterstützen soll.*“ (I 4, 506), sondern führte aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen hinsichtlich des nahenden Lebensendes zu zusätzlichen Belastungen, sodass die Befragte resümiert: „*wenn mich nochmal jemand fragen würde, ob ich nochmal ein Palliativteam nehmen würde. Nie, also, so nicht.*“ (I 4, 584)

Die Teilnehmenden legen dar, dass grundlegende pflegerische Verrichtungen nicht verlässlich übernommen werden, was teilweise gravierende Folgen für die pflegeempfangenden Personen nach sich zieht: „*angeblich ist ja jeden Tag Achselwaschen dran bei Caritas, na, guck ich unter ihre Achsel, ist alles schwarz hier (...), die hatte schon eine halbe Sepsis und dann ist sie ewig lang ins Krankenhaus gekommen*“ (I 7, 1252–1255). Zusätzlich erschweren besondere Pflegebedarfe die Suche nach einem geeigneten Angebot: „*viele Tagesstätten wollen sie halt nicht haben, weil sie halt so laut ist*“ (I 7, 467), und stellen die Befragten vor zusätzliche Probleme: „*sie wurde schon von einer Tagesstätten-Frau schon in Keller eingesperrt, weil sie so genervt hat*“ (I 7, 481/482). Auch in der stationären Pflege berichten die Teilnehmenden von gravierenden Defiziten: „*wurde aufgrund des Stents mit Marcumar und allem eingestellt (...), wenn ich zum, zum Heim gefahren bin, musste ich unter ihrem Fenster langlaufen und konnte dann die Tabletten im Blumenbeet liegen sehen*“ (I 13, 112–115).

Die zum Teil eklatanten und unabhängig vom Setting bestehenden Defizite in der Versorgung haben vielfältige Gründe. So beschreiben die Teilnehmenden bspw. personale Engpässe oder Diskontinuitäten: „*ist dann ein Praktikant gekommen bei der, bei der Pflege, der hat 's natürlich nicht gemacht*“ (I 7, 1260/1261). Wenn professionell Pflegende auch als engagiert und bemüht wahrgenommen werden, stehen die Rahmenbedingungen einer wirksamen Entlastung entgegen: „*die kommen zu zweit und das waren wirklich sechs Minuten*“ (I 9, 440/441). Zusätzlich erschwert die mangelnde Flexibilität der Angebote deren Inanspruchnahme: „*habe ich denn mal versucht, so einen Pflegedienst zu organisieren (...), Nee, bei Pflegestufe 1 kommen wir nicht jeden Tag. 'Und da haben wir's dann gleich wieder aufgegeben*“ (I 16, 1356–1361).

Diese Erfahrungen lassen die Befragten auch im Hinblick auf zukünftige Bedarfe ratlos zurück: „*Was jetzt gewesen wäre (...), wenn das nötig gewesen wär, weiß ich auch nicht, keine Ahnung*“ (I 16, 1356–1363), und zeigen, dass die Bemühungen, umfassende professionelle Unterstützung einzubeziehen, nicht in einer verlässlichen Entlastung resultieren: „*das ist schon ziemlich erschreckend, dass obwohl diese ganze, das ganze Netz gesponnen ist, dass es dann trotzdem so fragil ist*“ (I 7, 1259/1260). Angesichts der Belastung, der sich die Befragten alltäglich ausgesetzt sehen, führt dies zu einer enormen Frustration: „*So, what the hell, ich hab schon so viel geleistet und [dann] funktioniert das einfach nicht!*“ (I 7, 1283/1284) Darüber hinaus sehen die Teilnehmenden keine Lösungen für ihre Probleme: „*es wird einfach unbeherrschbar mittlerweile, ich weiß aktuell nicht, wie ich das alles in die Reihe kriegen soll*“

(I 7, 396/397), was letztlich das Empfinden befördert, von professioneller Seite allein gelassen zu werden: *„und es hilft auch keiner“* (I 7, 397/398).

Auch finanzielle Aspekte spielen bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten eine Rolle: *„ist halt alles erschreckend, wie alles abgerechnet wird, Caritas kommt und in den Kühlschranks gucken fünf Euro und Abwaschen fünf Euro“* (I 7, 59/60). Einige Befragte geben an, aus finanziellen Gründen auf Unterstützungsangebote zu verzichten: *„weil’s halt auch mit vielen Kosten verbunden ist (...), die auch im Endeffekt meine Existenz bedrohen“* (I 7, 51–53).

Befragte, die über (berufliche) Erfahrungen in den unterschiedlichen Settings verfügen: *„wo ich ihm aber dann aus meiner Praxis och ein bisschen erzählt habe, wie dort [im Pflegeheim] die Abläufe sind“* (I 1, 138–140), nutzen diese, um eine adäquate Versorgung für die pflegeempfangende Person sicherzustellen: *„da werden viele Leute (...) einfach in eine Einrichtung gestopft, die einen Mini-Garten haben (...), ich möchte meine Mutter nicht unter große Mengen von Neuroleptika setzen, damit sie das aushält“* (I 11, 521–524). Trotz teilweise umfangreicher Berufspraxis erweist sich die eigenerlebte Erfahrung mit den unterschiedlichen Einrichtungen und Akteuren des Gesundheitssystems jedoch als besonders eindrucksvoll: *„so diese Grenzen von diesem gesamten äh Gesundheitssystem (...), was ich mit meinen [Klienten] hier auch schon erlebt hab (...), also die Selbsterfahrung war wirklich sehr hoch“* (I 11, 428–431). Der Druck, trotz steigender Pflegebedarfe keine den Bedürfnissen entsprechenden Angebote finden zu können, lastet schwer auf den pflegeverantwortlichen Personen: *„Angebote für Menschen mit Weglaufgefährdung sind in einer, sag ich mal, akzeptablen Form wie einer WG dermaßen minimal vorhanden“* (I 11, 382/383). Frau L. hat lange nach *„unkonventionellen Einrichtungen“* (I 11, 1482) gesucht und eine entsprechende Lösung gefunden. Sie äußert sich zufrieden mit der Versorgung: *„gibt’s wirklich ganz tolle Mitarbeiterinnen (...) sehr einfühlsam (...) da hab ich wirklich ein gutes Gefühl“* (I 11, 125–128), sodass sie rückblickend bilanziert: *„jetzt mit der kompletten Versorgung von meiner Mutter ist es easy, es war noch nie so leicht“* (I 11, 1473/1474). Das Vertrauen in die professionelle Versorgung: *„die spüren genau, was meine Mutter braucht“* (I 11, 1323), schafft Entlastung und befreit zudem von einem schlechten Gewissen: *„ich hab jetzt nicht das Gefühl, ich ähm muss mich zu was zwingen, was nicht geht (...) wenn’s nur einmal die Woche ist, dann ist es eben einmal die Woche“* (I 11, 912–915).

Es lässt sich festhalten, dass den Schilderungen gravierender Versorgungsdefizite Berichte über Angebote gegenüberstehen, die zu einer gelingenden Sorge beitragen. Die Voraussetzung dafür liegt in der Übernahme von Verantwortung durch die professionellen Akteure: *„dass einfach alles funktioniert, dass Caritas mal die Verantwortung voll tragen“* (I 7, 1400/1401). Dies umfasst neben einer angemessenen Versorgungsqualität die Fähigkeit, eine empathische Grundhaltung einzunehmen: *„und Sachen mit in Gespräche reinkommen und du nicht nur eine Nummer bist“* (I 12, 941–943).

### **5.7.2 Bürokratische Hürden – „ständig hat man mit irgendwas anderem zu kämpfen“ (I 4, 1222)**

Auch für Personen, die sich beruflich mit den Themen Pflege und professionelle Unterstützung auseinandersetzen, stellen sich die Angebotsstrukturen als nahezu unüberschaubar dar. Neben der Unkenntnis bezüglich verfügbarer Angebote für die Versorgung der pflegeempfangenden Personen bleiben auch die Regelungen, die die Befragten selbst betreffen, unklar: „*das wird mir zwar auf die angeblich auf die Rente angerechnet, aber das ist total intransparent*“ (I 7, 75/76). Umso bedenklicher erscheint es, dass Hinweise auf Informationsangebote unterbleiben: „*mich hat nie jemand auf eine Beratungsstelle hingewiesen*“ (I 11, 356/357).

Wie das Zitat in der Überschrift zeigt, erleben die Befragten die Auseinandersetzung mit bürokratischen Vorgaben als Kampf, für den in der Lebenssituation allerdings häufig Energie und Zeit fehlen. Nur wenige Befragte nehmen tatsächlich eine gerichtliche Auseinandersetzung in Kauf, um ihre Ansprüche durchzusetzen: „*der Widerspruch ist ähm Widerspruchverfahren natürlich abgelehnt worden und jetzt hab ich letzte Woche Klage eingereicht*“ (I 9, 214–216). Neben den bereits angeführten Gründen fühlen sich die Befragten auch nicht kompetent, eine derartige Auseinandersetzung zu betreiben: „*wahrscheinlich gibt's auch Lösungen, aber, da brauchst du irgendwie ein Studium der Rechtswissenschaften*“ (I 3, 809/810).

Frau M. beklagt als alleinerziehende Mutter fehlende Angebotsstrukturen: „*weil's nicht vorgesehen ist (...) unter drei Jahren ein behindertes Kind zu integrieren*“ (I 12, 161–165), sowie „*ganz massive*“ (I 12, 186) Probleme bei der Finanzierung bestehender Angebote. Als Angehörige eines besonders vulnerablen Personenkreises: „*du hast die Mittel nicht, du hast keinen, der dich dabei unterstützt, dich aus der Misere rauszuholen*“ (I 12, 769/770), sieht sie gravierende Folgen für ihr Kind: „*Man nimmt den Kindern die Chance selbständig zu sein, selbst Verantwortung zu übernehmen und ein eigenständiger, selbstbewusster und starker Mensch zu werden.*“ (I 12, 527–529) Auf der Suche nach Unterstützung wurde sie häufig zwischen unterschiedlichen Institutionen weiterverwiesen: „*wenn ich ein Problem hab, heißt es: ,Gehen Sie mal in die andere Beratungsstelle.'“* (I 12, 592/593), was aufgrund ihrer Lebenssituation eine besondere Belastung darstellte: „*von einer Stelle zur anderen rennen, zehn Stöcke, während meiner Arbeit und mit meinem kranken Kind*“ (I 12, 613/614). Im Verlauf hat sie begonnen, die behördlichen Auskünfte infrage zu stellen und sich selbst zu informieren: „*dann wurde wieder gesagt, sie können das nicht machen, und dann Gesetzestexte wälzen und sagen: ,Doch!'“* (I 12, 193/194). Es gelingt ihr, weitere Unterstützung zu erhalten; sie sieht sich dadurch aber auch unter Druck gesetzt, ständig informiert sein zu müssen: „*aber der musste auch erstmal sagen, was dein Recht ist und dann boxt sie durch und wenn du nicht weißt, was dein Recht ist/“* (I 12, 279/280). Außerdem befürchtet sie negative Auswirkungen, wenn sie die Unterstützung offensiv einfordert: „*hatte immer Angst, dass die mir irgendwas wegnehmen, mein Kind, weil ich einen Aufstand mach und wenn mein Kind erkrankt ist*“ (I 12, 477/478).

Die Befragten schildern den Eindruck, dass Mitarbeitende von Behörden und Institutionen sich oftmals nicht bemühen, ihre Lebenssituation und die Unterstützungsbedarfe wahrzunehmen. So berichtet Frau P. über das Ergebnis der Begutachtung ihres frühgeborenen Kindes: *„den Bericht vom Medizinischen Dienst, dass sich keinerlei Einschränkungen gegenüber einem anderen Baby [ergeben]“* (I 15, 266/267). Sie steht dieser Einschätzung fassungslos gegenüber und auch die Feststellung, dass sie in ihrer Alltagsmobilität nicht eingeschränkt sei und bspw. die Einkäufe für die Familie erledigen kann, ist für sie nicht nachvollziehbar: *„ich kann einen Monitor, einen Maxi-Cosi mit Baby und eine Sauerstoffflasche nicht gleichzeitig tragen“* (I 15, 268–270).

Ebenso wenig verstehbar ist es für die pflegeverantwortlichen Personen, dass Hilfsmittel für Menschen in der letzten Lebensphase aus bürokratischen Gründen entzogen werden: *„als das Pallteam weg war, haben die den Wannenaufzug mitgenommen ähm und die Krankenkasse hat uns keinen neuen gegeben erstmal“* (I 4, 234/235), und dass auch einfachste Hilfsmittel, die zu einem gewissen Maß an Lebensqualität beitragen können, nicht verfügbar sind: *„aber wenn man dann merkt, dass er wegen so einfachen Dingen einfach traurig ist und man nichts machen kann, weil es ist halt kein Rollstuhl da“* (I 4, 628–630), oder auch zu spät verfügbar werden: *„das war dann so am Tag, als er verstorben ist, hinterher klingelt des und dann stand da jemand und brachte uns das Inhaliergerät“* (I 4, 246/247).

Die Teilnehmenden erleben es als *„entwürdigend“* (I 3, 783), immer wieder Ansprüche auf grundlegende Versorgungsmaterialien wie bspw. Inkontinenzmaterial durchsetzen zu müssen. Die beteiligten Institutionen werden nicht als Partner in der Suche nach Unterstützung gesehen, sondern entwickeln sich zum Gegner im Kampf um verfügbare Ressourcen: *„was schlimm ist, sind Krankenkassen, wo ich, wo mein Vertrauen nachhaltig erschüttert wird“* (I 3, 655/656). Die Befragten wissen um die Auswirkungen, die ein Nachlassen ihrer Bemühungen und eine mangelhafte Versorgung für die pflegebedürftigen Personen hätten: *„ich könnt's ja eskalieren lassen, ich könnt's ja einfach lassen, dann ist er in einem halben Jahr Pflegegrad 4“* (I 6, 952–954), sehen ihr Engagement jedoch nicht gewürdigt: *„mir Blumen auf den Weg streuen, weil ich ihnen [Pflegekasse] doch Geld erspare, sehr viel sogar (...) ich krieg ja gar nichts davon, aber der Gesellschaft erspare ich verdammt viel Geld und da werd ich dann mit so blöden Anrufen bedrängt“* (I 9, 277–279). Diese Würdigung in Form von Unterstützung wird ihnen von einzelnen Behörden, aber auch von staatlicher Seite versagt: *„dass wir Menschen einfach sich selbst überlassen, also grade so im Sozialstaat“* (I 12, 439/440). Es bleibt der Eindruck, letztlich auf sich selbst gestellt zu sein: *„man steht dann so als Angehöriger einfach alleine da“* (I 4, 1212/1213), institutionell wenig Unterstützung in diesem Bereich zu erhalten und auch die bürokratischen Hürden allein meistern zu müssen: *„Da ist keiner, der sagt: ‚Ich weiß, wie das funktioniert, ich helf dir.‘“* (I 7, 79) Aus dieser Wahrnehmung resultiert der Wunsch nach einer kompetenten Person, die berechnete Ansprüche durchsetzt: *„dass man halt irgendjemand an die Seite kriegt, der sagt: ‚Ich manage das jetzt für Sie, Sie müssen da nicht hinterherrufen. Das*

*ist jetzt Ihr Recht, das ist in Ordnung, das braucht er und ich kümmer da drum.““ (I 4, 1209–1211). Das Ziel, dass durch den Einbezug von Unterstützungsangeboten erreicht werden soll, beschreibt Frau M. in der folgenden Passage: „ich bin eigentlich ziemlich pflegeleicht, also, ich brauch eine Wohnung, ich brauch was zu essen, dass mein Essen gesund ist, dass mein Kind gesund bleibt und ich, und dass ich einfach in Ruhe atmen kann“ (I 12, 872–874).*

Dieses Zitat fasst den Anspruch berufstätiger Personen mit multipler Sorgeverantwortung auf gesundheitserhaltende Lebensumstände, einer kompetenten und zugewandten Versorgung der pflegeempfangenden Personen sowie einer zeitweiligen Entlastung von der Sorgeverantwortung zusammen. Dazu sollten gesellschaftliche Anerkennung, staatliche Unterstützungsprogramme, die über behördliche Beratungsangebote den betroffenen Personen zugänglich gemacht werden und von Einrichtungen und Diensten mit einer (pflege-)fachlichen Expertise umgesetzt werden, einen Beitrag leisten. Die Notwendigkeit, neben der Sorgearbeit noch zusätzlich Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten sammeln und Ansprüche durchsetzen sowie bestehende Defizite in der pflegerischen Versorgung ausgleichen zu müssen, stellt eine enorme Belastung für die Befragten dar. Demgegenüber zeigen gelingende Arrangements, dass professionelle Angebote eine unterstützende Wirkung entfalten und zu einer Entlastung beitragen können.

## **5.8 Konstitutives Muster – Sorge und Verantwortung tragen**

Um das das Alltagserleben bestimmende Element – *„ich würd wirklich dann Sorge sagen, es ist wirklich Sorge“ (I 11, 1287)* – zu charakterisieren, führt eine Befragte aus: *„ich muss jeden Tag, jeden Tag, den Gott erschaffen hat, sieben Tage die Woche mich noch um eine andere Person kümmern, außer meiner Familie“ (I 9, 840–842)*. Damit wird die tagtägliche Notwendigkeit betont, zusätzlich zur Sorge für die Kernfamilie noch Sorge für eine weitere Person zu tragen und dauerhaft einen weiteren, zusätzlichen Lebensbereich zu bewältigen: ‚Sorge und Verantwortung tragen‘ kann nicht ausgesetzt werden und die Konsequenzen dieser Lebenssituation sind überaus komplex, was sich auch daran zeigt, dass diese nichtbetroffenen Personen nur schwer vermittelt werden können: *„wenn man das nicht lebt, ist es nicht in den Köpfen“ (I 9, 842)*. Die vordergründige Konzentration auf den ausgefüllten und fordernden Alltag, der die Teilnehmenden erschöpft zurücklässt und auch gesundheitliche Folgen zeitigen kann, wird dem nicht gerecht: *„dann hör ich oft: ‚Oh Gott, du hast so viel zu tun, das ist ja voll furchtbar!‘, und dann suggerieren die mir, dass ich eigentlich schlecht dran bin“ (I 7, 640/641)*. Die Aufgabe, für andere Personen Sorge zu tragen, kann nicht ohne Weiteres auf- oder abgegeben werden: *„Es ist für mich keine Option zu sagen, ich kümmer mich jetzt nicht mehr um Oma, ich denk an mich.“ (I 13, 289/290)*, auch wenn die gleichzeitig bestehenden, jedoch als unvereinbar erlebten Sorgeerfordernisse über längere Zeit und auch durch krisenhafte Zeiten hindurch aufrechterhalten werden müssen und dies den Teilnehmenden viel abverlangt: *„Das ist mein ganz persönlicher innerer Besenstiel, der die ganze Zeit dafür sorgt, dass ich aufrecht*

*stehe. Und genauso fühle ich mich auch.*“ (I 13, 999/1000) Das führt auch dazu, dass unterschiedliche Sorgeerfordernisse gegeneinander abgewogen werden müssen und über die Zuteilung von Ressourcen entschieden werden muss. Die Aspekte Priorisierung und Zuteilung sind letztlich Ausdruck einer Begrenztheit, für alle Bedarfe Sorge zu tragen. In der lebensweltlichen Wahrnehmung der Befragten tritt diese Begrenztheit in Form eines schlechten Gewissens oder von Schuldgefühlen zutage, die aus dem Empfinden erwachsen, den gleichzeitig bestehenden, multiplen Sorgeerfordernissen nur unzureichend gerecht werden zu können. Die Begrenztheit des Sorge-Tragens trifft für (steigende) Unterstützungsbedarfe gegenwärtiger, aber auch zu erwartender Sorgeerfordernisse zu: *„es würde mir sehr viel abverlangen, ja, an, an körperlicher Kraft, weil ich bin aufgebraucht“* (I 7, 1747). Neben der Begrenztheit im Umfang der Sorgearbeit findet sich auch eine zeitliche Begrenzung, insbesondere bei langandauernder, nahezu lebenslanger Sorge bspw. für pflegebedürftige Kinder, wie die nachfolgende Aussage verdeutlicht: *„das bleibt einen, eine Baustelle und wenn der mal einen Platz im Leben hat, wo ich mich dann vielleicht ein bisschen zurückziehen kann (...) da wär ich sehr froh“* (I 15, 1339–1342). Diese zeitliche Begrenzung folgt einerseits aus der Erschöpfung, die mit dieser Lebenssituation verbunden ist, andererseits aus dem Gefühl, die eigene Lebenszeit mit der Sorge für andere verstreichen zu lassen: *„ich kann nicht mein ganzes Leben jetzt immer warten, dass ich ständig irgendwie bei euch [Eltern] was machen muss“* (I 8, 72–75). Das Empfinden, Selbstsorge und Lebenspläne beständig und langfristig aufschieben zu müssen, wirft die Frage nach der Hierarchie von Sorgeerfordernissen auf: *„Muss ich jetzt mein Leben, so wie wir uns das hier schön gestrickt haben, wie uns das passt, muss ich das jetzt immer zurückstellen? Oder ist das jetzt weniger wert als das andere?“* (I 8, 1361–1363) Damit wird der Bezug zu moralischen Normen hergestellt, an denen sich die Befragten, deren soziales und gesellschaftliches Umfeld orientieren: *„das ist einfach die, die Werteordnung, dass das Kind die Eltern pflegt oder sich um die Eltern kümmert“* (I 8, 1962/1963), aber auch die Frage nach dem Wert der Selbstsorge gestellt. Mit der Übernahme der Pflegeverantwortung wird der Versuch unternommen, drei Lebensbereiche miteinander zu vereinbaren und negative Folgen für alle Beteiligten möglichst gering zu halten: *„auch wenn du das jetzt abgeben würdest, weil du sagst, dadurch geht deine Familie kaputt, dann könntest du schlecht damit leben oder hättest dann wieder ein schlechtes Gewissen (...), also musst du im Prinzip diese Werteordnung leben, aber so, dass du halt nicht dran kaputt gehst“* (I 8, 1968–1971). Dies gilt vornehmlich dann, wenn aus Sicht der betroffenen Personen keine angemessenen Alternativen bestehen: *„der andere Plan ist ja nur ähm, ja, der Tod des, des, des Elternteils und das ist jetzt auch nicht eine Sache, die man sich erwünschen sollte oder kann oder mit leben kann, dass man sich das wünscht“* (I 9, 952–954) Mit dem Verweis der Befragten auf das, was sein „sollte“ bzw. auf das, womit man nicht „leben kann“, wird wieder Bezug auf den moralischen Anspruch familialer Sorge und auf die Themen Schuld bzw. Schuldigkeit genommen.

Die Übernahme von Pflegeverantwortung ist eingebettet in den Kontext der familialen Sorgegeschichte, indem eigen- und fremderlebte Sorgeerfahrungen den Referenzpunkt des eigenen Sorgeverhaltens bilden und zugleich Verantwortlichkeiten bzw. deren Abgrenzung legitimieren: „[Mutter] hat ja schon vor 20 Jahren versäumt, da was zu machen mit diesem Alkohol und dem ganzen Zeug. Will ich mich jetzt eigentlich nicht verantwortlich fühlen, wir haben ja auch drunter leiden müssen als Kinder“ (I 14, 92–94). Dies stellt den Bezug zu selbst- und fremd zugewiesenen Zuständigkeiten her, die mit ganz unterschiedlichen Faktoren wie räumlicher bzw. emotionaler Nähe, geschlechtsspezifischen oder familial tradierten Rollenmustern und beruflicher Expertise begründet werden. Die damit verbundenen Aushandlungsprozesse – wer, wann, wie viel und in welcher Form Sorge trägt – bergen Konfliktpotentiale und können zu einer Belastung für die beteiligten Personen werden. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei den kernfamilialen Akteuren zu: Während die Kinder kommunikativ oder über dosierte Präsenz bzw. Beteiligung in die Pflege einbezogen werden, übernehmen die Partner\*innen eher kompensatorische Leistungen in der Kinderbetreuung, im hauswirtschaftlichen Bereich oder auch stellvertretend in der Pflege. Ihnen wird die vorrangige Zeitverknappung zugemutet. Dabei wird deutlich, dass die Nichtverfügbarkeit von kernfamilialen Akteuren zu einer erheblichen Verstärkung der Auswirkungen der untersuchten Lebenssituation führt. Dies zeigt sich in den Ausführungen von Frau M. als alleinerziehender Mutter und am Beispiel von Frau G., die als ‚young carer‘ für ihre Mutter sorgte, welche krankheitsbedingt ihrer Erziehungsverantwortung nicht nachkommen konnte und deren Vater nach der Trennung nicht verfügbar war.

Pflegen ist eine Form des Sorge-Tragens und wird von den Teilnehmenden auf unterschiedliche Art und Weise umgesetzt. Diese Verschiedenartigkeit ist auch durch die Rahmenbedingungen der Pflege begründet: Es liegen Unterschiede in den Unterstützungsbedarfen, den familialen Konstellationen und räumlichen Distanzen vor. Darüber hinaus zeigen sich Veränderungen im Zeitverlauf, was besonders in den Schilderungen der Befragten mit pflegebedürftigen Kindern deutlich wird. Hinzu kommen individuelle Sichtweisen, die sich auf die Art des Sorge-Tragens auswirken. So findet bspw. im Fall der partnerschaftlichen Pflege ein Austausch von Sorgeleistungen statt und pflegerische Tätigkeiten werden unter der alltäglichen familialen Sorgearbeit subsumiert und somit nicht als zusätzliche Arbeit betrachtet.

Pflege wird als wesentlicher, wenn auch ambivalent wahrgenommener Lebensbereich erlebt: „die Pflege an sich hätte ich mir nicht aus der Hand nehmen lassen“ (I 13, 1177). Mit der Übernahme der Pflegeverantwortung sind Entscheidungen verbunden, die sich auf die Folgen pflegerischer Handlungen beziehen: „Ich hab ihn gespritzt und zehn Minuten später lebt er nicht mehr.“ (I 4, 722/723) Weiterhin muss Verantwortung auch für Handlungen übernommen werden, die nicht rechtzeitig stattgefunden haben: „im Nachhinein denken wir Kinder auch: ‚Hätte man doch echt mal jetzt [früher] drauf springen müssen.‘“ (I 16, 52/53), oder auch ganz

unterblieben sind: *„den größten Schaden hab ich dadurch mitgekriegt (...), dass ich auch keinen Krankenwagen geholt hab, weiß ich bis heute nicht, warum ich das nicht gemacht habe“* (I 9, 56–59). Darüber hinaus betrifft dies auch antizipierte Entscheidungen: *„irgendwann muss ich mal stark sein und muss (...) die Entscheidung treffen und muss ihnen das dann aufzwingen“* (I 8, 610–614), wobei ein Einverständnis der pflegeempfangenden Personen oder weiterer beteiligter Personen nicht immer vorausgesetzt werden kann. Einige dieser Entscheidungen haben existentiellen Charakter: *„mir diese Spritze geben zu lassen, das mein Kind tötet, das ging gar nicht“* (I 15, 599), deren Konsequenzen auch Personen betreffen, die nicht an der Entscheidungsfindung beteiligt sind bzw. waren: *„ziemlich gehadert damit (...) was ich meinen anderen Kindern damit antue“* (I 15, 601/602). Zudem sehen sich die Befragten mit kritischen Sichtweisen des sozialen Umfeldes konfrontiert: *„sie hat schon mal zu mir gesagt, ob das [Geburt des dritten Kindes] hat sein müssen“* (I 15, 1141). Die Schwierigkeit, Entscheidungen für andere Personen zu treffen, die in ihrer Entscheidungskompetenz eingeschränkt sind: *„man tut sich ja mit so einem kranken Kind noch viel schwerer zu entscheiden, was ist gut und was ist richtig und was ist falsch“* (I 15, 1293/1294), zeigt sich auch im Bewusstsein der Verantwortlichkeit: *„dass ich mich nicht entscheiden kann und es geht einfach drum, dass ich eine Entscheidung treffen muss und die auch verantworten“* (I 16, 1279/1280).

Die Berufsarbeit als weiterer, wesentlicher Lebensbereich hat unterschiedliche Bedeutungen für die befragten Personen. Zum einen wird damit der Verantwortlichkeit für die materielle Existenzgrundlage nachgekommen, zum anderen kann die berufliche Tätigkeit Abstand zur Sorgearbeit herstellen und einen wichtigen Anteil an der Identitätsbildung haben. Unabhängig davon beschreiben die Teilnehmenden die Unterschiede der Lebensbereiche Erwerbsarbeit und Sorgearbeit in der Sichtbarkeit und der gesellschaftlichen und auch materiellen Anerkennung. Familiäre Sorge findet wenig oder keine Beachtung: *„dass diese Sorge halt keiner sieht“* (I 9, 982), sodass die damit verbundenen Mühen ebenfalls unbeachtet bleiben: *„dann ist es auch viel einfacher zu sagen, diese Arbeit gibt es ja gar nicht“* (I 9, 997/998). Damit bleiben auch die Folgen der Übernahme von zusätzlicher Sorge in Form von Pflege für die anderen Lebensbereiche und im biografischen Verlauf unberücksichtigt: *„weil ich ja auch jahrelang unbezahlt Pflegearbeit geleistet habe, na, das macht mir keiner wieder gut, das steht nirgendwo“* (I 7, 74/75). Überdies wird der gesellschaftliche Beitrag nicht nur nicht gewürdigt: *„ich ziehe drei Kinder groß, ich zahle Pflegekasse, ich zahle Rente, ich zahle Krankenkasse, ich pflege“* (I 9, 1371/1372), sondern die betroffenen Personen sehen sich noch kritischen Sichtweisen zu ihrem beruflichen Engagement ausgesetzt: *„das wird mir dann noch vorgehalten (...): ‚Du bist ja nicht Vollzeit berufstätig.‘“* (I 9, 1385/1386). Ein Ausdruck dieser Geringschätzung von Sorgearbeit sind die beschriebenen Hindernisse und Hürden, die den Befragten bei der Suche nach Unterstützung entgegentreten: *„dass ich meine Rechtsansprüche, die mir (...) zustehen, nicht durchsetzen muss, sondern dass die mir einfach genehmigt werden,*



wenn ich die beantrage. Und noch besser wär natürlich, dass ich darauf hingewiesen werde, dass ich die habe.“ (I 6, 1013–1016). Sorge und Verantwortung wird demnach in vielen Fällen getragen, ohne dass dies vom familialen und sozialen Umfeld, aber auch im Kontext der Erwerbstätigkeit und Institutionen der Gesundheitsversorgung angemessen wahrgenommen und gewürdigt wird. Das ‚Tragen‘ im konstitutiven Muster bezeichnet in diesem Zusammenhang auch den Aspekt einer Last. Damit wird auf die Bedeutung von professioneller Unterstützung verwiesen, die wesentlichen Einfluss auf die Lebenssituation der betroffenen Personen nehmen kann. Befragte, denen es möglich geworden ist, informierte Entscheidungen zu treffen, gestaltend Einfluss auf die Lebenssituation zu nehmen und professionelle Unterstützung einzubeziehen, die tatsächlich Verantwortung mitträgt, blicken auf krisenhafte Zeiten zurück und äußern sich – auch vor dem Hintergrund der familialen Sorgegeschichte – positiv über das Sorge-Tragen: „es ist gut, das zu erleben, weil das ist einfach das Leben (...), das passt irgendwie zu (...) meiner Kindheitsgeschichte, also von daher schließt sich da ein Kreis auf eine ganz andere Art (...) und jetzt hab ich die Möglichkeit, jetzt im Moment, ich kanns gestalten“ (I 11, 1465–1470). Hier zeigt sich die Bereitschaft der Befragten, Sorge zu tragen und Verantwortung zu übernehmen, aber auch die Bedeutung gelingender Sorge im biografischen Verlauf. Dieses Gelingen besteht auch darin, neben den zahlreichen alltäglichen Verpflichtungen den Blick auf andere Aspekte der Lebenssituation wie bspw. den bevorstehenden Verlust eines Familienmitgliedes richten zu können: „dass sie jetzt überhaupt noch lebt (...), dass man das eher noch ähm auch, auch wertschätzen müsste (...), dass man nicht immer denkt: ‚Oh Gott, das ist alles so belastend.‘“ (I 16, 1676–1678) Trotz aller mit der Pflegeverantwortung verbundenen Einschnitte können entlastende Angebote beitragen, Raum für positive Sichtweisen auf das Sorge-Tragen zu schaffen: „ich bin gezwungen worden sozusagen, Abstriche zu machen, aber das war gut eigentlich im Nachhinein also war, wie man halt draufguckt aufs Leben, ja also eigentlich eine Bereicherung im Großen und Ganzen“ (I 3, 1530–1532), ein „gutes Ende“ der fordernden Lebenssituation herbeizuführen: „ich glaub der Opa ist [posthum] mit dem zufrieden, was passiert ist“ (I 4, 691), und den Erfolg der Mühen und das Gelingen der Sorge für die betroffenen Personen in den Vordergrund zu stellen: „bin ich eigentlich sehr stolz drauf auch, dass ich das halt so geschafft hab und mein Sohn, dass er halt so niedlich ist und so toll (...), das will ich niemals missen und deswegen glaub ich, dass es eine gute Entscheidung war, alles, ja“ (I 7, 1051–1053). Dies erscheint insbesondere wichtig zu sein, da die betroffenen Personen in Phasen mit hohen Sorgebedarfen das Ausmaß ihres Engagements und die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit nur bedingt einschätzen können: „ich hätte jetzt rückblickend nicht sagen können, ich hätte irgendwie mehr tun können, weil ich es einfach nicht geschafft hätte (...), wenn Sie mich das in der Situation gefragt hätten, hätte ich wahrscheinlich gesagt: ‚Nee, das ähm, ich tue immer noch zu wenig, ich muss irgendwie noch mehr tun‘“ (I 4, 1298–1302). Hinzu kommt, dass eine erfolgreiche Suche nach professioneller

Unterstützung partiell entlasten kann und zumindest zeitweilig Sorge und Verantwortung abnehmen kann: „*also Sorglosigkeit ist wirklich ein wichtiges Thema, das hab ich mir schon oft gewünscht*“ (I 7, 2298/2299).

## **6 Diskussion**

Mit der vorliegenden Arbeit wurden Einblicke in die Lebenswelt berufstätiger Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung gewonnen und diese anhand der Themen ‚Alltagserleben‘, ‚Priorisierung von Sorge‘, ‚Sorge und Schuld‘, ‚familiales Gefüge‘, ‚Pflege‘, ‚Erwerbstätigkeit‘ und ‚Suche nach Unterstützung‘ sowie dem konstitutiven Muster ‚Sorge und Verantwortung tragen‘ beschrieben. Das Thema ‚Alltagserleben‘ greift zunächst die Herausforderungen und die Folgen der Gleichzeitigkeit der als unvereinbar wahrgenommenen Lebensbereiche auf. Dies bildet den Ausgangspunkt für die Beantwortung der Frage nach den Veränderungen familialer Lebenswelten durch multiple Sorgeerfordernisse: Aufgrund der Zunahme der alltäglichen Verpflichtungen wird eine Priorisierung von Sorge notwendig und zugleich der Versuch unternommen, die verfügbaren Ressourcen angemessen auf die jeweiligen Personen zu verteilen. Im Zeitverlauf treten jedoch immer wieder Phasen auf, in denen dies aus Sicht der Befragten nur unzureichend gelingt. Deshalb stellt das Thema ‚Schuld‘ einen wichtigen Aspekt in der Lebenswelt dar, dem nicht nur Bedeutung in der aktuellen Lebenssituation der Befragten zukommt, sondern auch in der familiengeschichtlichen Kontextualität von Sorge mit ihrer Bezogenheit auf eigen- und fremderlebte Fürsorge.

Weiterhin nehmen die jeweiligen, sehr variablen Konstellationen der familialen Akteure mit unterschiedlichen Zuständigkeitserwartungen Einfluss auf das Sorgeverhalten. Familiäre Handlungsmuster und auch selbst formulierte Ansprüche der Befragten an das eigene Sorgeverhalten können hier mit gesellschaftlichen Entwicklungen wie der steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen und den Mobilitätsanforderungen des Arbeitsmarktes kollidieren. Im Hinblick auf die Pluralisierung familialer Lebensformen wurde eingangs die Frage nach deren Auswirkungen auf die Gestaltung häuslicher Pflege gestellt. Es wird deutlich, dass Pflege in multilokalen Mehrgenerationenfamilien auch über die Distanz hinweg erbracht wird. Die spezifischen Herausforderungen dieser Konstellation bestehen u. a. in einem höheren zeitlichen Aufwand für die Überwindung räumlicher Distanzen und in den begrenzten Möglichkeiten, in der Pflegesituation präsent und aktiv beteiligt zu sein oder in Notfallsituationen intervenieren zu können. Daneben zeigt sich, dass bei lebenslangen Paarbeziehungen die familiäre Sorgegeschichte in der Regel fortgeschrieben wird, während sich bei Trennungen Brüche in den Sorgebeziehungen vor allem zur Schwiegerfamilie finden. Die Übernahme von Sorgeverantwortung kann in Folgebeziehungen jedoch auch als Instrument gesehen werden, um Akzeptanz und Anerkennung in der „neuen“ Schwiegerfamilie zu erreichen, sodass die

Auswirkungen der sich verändernden Formen familialen Zusammenlebens auf die Gestaltung häuslicher Pflege hier eher begrenzt ausfallen. Dem stehen die gravierenden Folgen multipler Sorgeverantwortung bei alleinerziehenden Personen gegenüber: Die fehlende partnerschaftliche Unterstützung im Alltag sowie die alleinige Erziehungsverantwortung, die die Verantwortlichkeit für jegliche Entscheidungen einschließt, verbunden mit der Notwendigkeit, für das Familieneinkommen sorgen und die Anforderungen des Arbeitsmarktes auch im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit bewältigen zu müssen, stellt eine immense Herausforderung dar, die von einem begrenzten familialen Hilfpotential u. a. durch den Wegfall der Schwiegerfamilie begleitet ist. Geringere zeitliche und finanzielle Spielräume begrenzen zudem die Möglichkeiten, entlastende Angebote in Anspruch zu nehmen und wirken sich umso gravierender aus, wenn multiple Sorgeerfordernisse bestehen.

Dies rückt die Fragestellung nach den Unterstützungsbedarfen in den Fokus. Wie bereits oben beschrieben, wird Pflege ambivalent wahrgenommen, da sie im Gegensatz zur Erziehungsarbeit einerseits als ein irreguläres und negativ konnotiertes Ereignis gesehen wird, andererseits ein Instrument sorgender Zuwendung darstellt, das nicht leicht an andere Personen abgegeben werden kann. Da sich im vorliegenden Sample ein eher pragmatischer Umgang mit körperbezogener Pflege zeigt, liegen die Herausforderungen eher auf der psychischen Ebene in der Konfrontation mit dem Leid und dem (drohenden) Verlust nahestehender Personen und in der Bewältigung der Lebenssituation gemeinsam mit den minderjährigen Kindern. Damit stehen hinsichtlich der Unterstützungsbedarfe die Ermöglichung und die Sicherstellung von Pflege (und nicht deren vollständige Delegation) im Vordergrund.

Ähnlich gestaltet sich dies im Thema ‚Erwerbstätigkeit‘. Während die Befragten die Bedeutung der beruflichen Arbeit unterschiedlich bewerten, werden Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung sowie die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg\*innen als hilfreich wahrgenommen. Diese Aspekte sind im beruflichen Alltag häufig nicht gewährleistet, zudem werden Auswirkungen auf die berufliche Karriere befürchtet. Das zeigt sich auch darin, dass einige Befragte ihren Arbeitgeber nicht über die Pflegeverantwortung informieren. Dies unterstreicht die von den Teilnehmenden beklagte Unsichtbarkeit und die mangelnde Wertschätzung von Sorgearbeit, die dazu beitragen, dass eine wirkungsvolle Unterstützung für die Betroffenen unterbleibt. Den Erfahrungen mit professioneller Unterstützung steht der Wunsch nach einer kontinuierlichen, kompetenten und zugewandten Begleitung gegenüber, womit zugleich die Frage nach der Gestaltungskriterien für Unterstützungsangebote beantwortet wird. Aussagen zu einer geschlechtsspezifischen Ausprägung von Unterstützungsbedarfen können aufgrund der ungleichen Geschlechtsverteilung im Sample jedoch nicht gemacht werden.

Die Gestaltungsräume pflegeprofessioneller Interventionen werden von den Befragten überwiegend als sehr eingeschränkt wahrgenommen: Dies ist zunächst auf die räumlichen Gegebenheiten insbesondere von stationären Einrichtungen bezogen, was sich auch in der

Versorgungsqualität niederschlägt. Darüber hinaus werden der zeitliche Rahmen und die Flexibilität der Angebote als begrenzt beschrieben, was sich limitierend auf deren entlastenden Effekt und Inanspruchnahme auswirkt und häufig auch von Pflegefachpersonen beklagt wird. Besonders problematisch stellen sich die von den Befragten geschilderten Defizite professioneller Akteure in der (Pflege-)Fachlichkeit, in der Einnahme einer empathischen Grundhaltung sowie in der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, dar. In der Summe erscheinen zahlreiche Interventionen in ihrer derzeitigen Ausgestaltung nicht geeignet, eine Entlastung für Personen mit multipler Sorgeverantwortung zu bewirken.

### **6.1 Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund anderer empirischer Befunde**

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen Gemeinsamkeiten mit den Resultaten von phänomenologischen Studien zur gelebten Erfahrung von Personen in einer Sandwich-Situation auf: So legt Steiner (2015) dar, dass die Betroffenen in den Interviews vorrangig die Pflegeverantwortung fokussierten, die – im Gegensatz zu Erziehungsverantwortung als erwartbares Ereignis – eine größere Herausforderung darstellt. Die Autorin führt ebenfalls die Metapher des Jonglierens an: „keeping all the balls in the air“ (2015, S. 42), und beschreibt die Suche nach einer Balance zwischen den unterschiedlichen Bedürfnissen. Es wird ferner auf den dynamischen Verlauf mit Phasen mit hohen Unterstützungsbedarfen hingewiesen, in denen sich die Teilnehmerinnen überlastet und überwältigt fühlen und hin- und hergerissen sind zwischen den pflegeempfangenden Personen und der Kernfamilie. Die Befragten beklagen die geringen zeitlichen Ressourcen für Kinder und Partner und auch hier werden Kompensationsversuche beschrieben. Weitere Gemeinsamkeiten finden sich in den Veränderungen familialer Rollen, den reduzierten sozialen Kontakten sowie einer als nachrangig behandelten Selbstsorge, die sich u. a. in den Ernährungsgewohnheiten, verminderten sportlichen Aktivitäten und der hintangestellten medizinischen Versorgung zeigt. Unterstützung erbringen auch hier die Partner der Befragten durch emotionalen Support und ein höheres Engagement in der Kinderbetreuung. Als positive Aspekte werden verbesserte familiäre Beziehungen sowie das Empfinden, gebraucht zu werden und einer Verpflichtung im Sinne der Reziprozität nachgekommen zu sein, genannt. Darüber hinaus werden ebenfalls die Förderung der sozialen Kompetenzen und der Selbständigkeit der Kinder sowie Lernprozesse im Abgrenzungsverhalten aufseiten der Befragten betont. Im empirischen Material finden sich auch hier die Aspekte Priorisierung („[the kids] *always have to be the priority*“) und Schuld („*I think guilt was the main thing for me. Cause when you're with your parent, you're guilty that you are not home with your kids.... And when you're with your kids, you [are] guilty that you are not with the parent.*“ Steiner, 2015, S. 45), die jedoch nicht in die Ergebnisdarstellung aufgenommen wurden.

Boyczuk und Fletcher (2016) verweisen ebenfalls aus einer phänomenologischen Perspektive auf die Dynamik der Lebenssituation („ebbs and flows“, S. 54), die nicht nur aus steigenden

Pflegebedarfen resultiert, sondern auch aus sich verändernden Anforderungen in der Erziehung. Auch in dieser Studie wird das Gefühl der Überlastung thematisiert und die Betroffenen geben in stressreichen Phasen mehr negative Gefühle bezüglich der Pflegerolle an. Die Befragten beschreiben die Schwierigkeit innerfamiliärer Aushandlungsprozesse und hohe Erwartungen vonseiten der pflegeempfangenden Personen, die das Gefühl von Unzulänglichkeit vermitteln. Weitere qualitative Untersuchungen zu den Erfahrungen pflegender Angehöriger und den Auswirkungen der Pflegeverantwortung (Brody, 2004) aus einer Lebensverlaufsperspektive (Merrill, 1997) zeichnen ein detailreiches Bild der Lebenssituation von u. a. Personen, die Erziehungs- und Pflegeverantwortung mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren. Faktoren für die Pflegeübernahme sind ebenfalls räumliche Nähe, Einzelkindstatus, Geschlecht und familiäre Rollenmuster (Brody, 2004; Merrill, 1997). Wie in der vorliegenden Arbeit werden unterschiedliche familiäre Aushandlungsprozesse zur Verteilung der Sorgearbeit beschrieben, die konsensorientiert oder konfliktär verlaufen. Anhand der Betonung der Rollenerwartung an Frauen, Pflege zu übernehmen und verantwortlich für das Wohlbefinden aller Beteiligten zu sein, der Rollenkehr und dem Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit sowie dem Ringen um Kontrolle und Balance wird eine Lebenssituation dargestellt, die durch Schuldgefühle geprägt ist (Brody, 2004). Mit der Beschreibung unterschiedlicher Lebenslagen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Familienstand, Verwandtschaftsbeziehungen sowie Art und Umfang der Erwerbstätigkeit, aber auch ethnischer bzw. Klassenzugehörigkeit werden Faktoren herausgearbeitet, die Einfluss auf das Erleben der Lebenssituation nehmen und deren Heterogenität illustrieren (Brody, 2004; Merrill, 1997). Die theoretische Perspektive des Lebensverlaufs unterstreicht die Verwobenheit der unterschiedlichen Rollen der betroffenen Personen, indem bei zunehmenden Pflegebedarfen die Erwerbstätigkeit reduziert oder unterbrochen wird oder Positionen angenommen werden, die leichter mit der Pflegeverantwortung vereinbart werden können. Dies wirkt sich langfristig auf die berufliche Karriere und die materielle Absicherung im Alter aus. Zudem zeigt sich eine wechselseitige Abhängigkeit der Generationen im familialen Gefüge (Merrill, 1997).

Auch hinsichtlich der Auswirkungen auf die Kinder als Akteure in der Kernfamilie werden ähnliche Befunde beschrieben. So wird auf die Notwendigkeit kindlicher Anpassungsleistungen hingewiesen, in deren Folge jedoch auch Verhaltensauffälligkeiten auftreten können, woraufhin die Teilnehmenden die für die Pflege aufgewendete Zeit reduzieren. Darüber hinaus schildern Befragte eine Stärkung des familialen Zusammenhaltes und die Möglichkeit für die Kinder, Erfahrungen mit dem Altern zu sammeln und intergenerationale Solidarität zu erleben (Keck & Saraceno, 2010). Die ebenfalls generationenübergreifende Perspektive einer Studie zur Weitergabe von ethischen Sichtweisen in Familien (Marts, 2013) zeigt, dass diese Einfluss auf die Wahrnehmung von Sorge nehmen, auch wenn sich die konkrete Ausgestaltung häuslicher Pflege im Vergleich zu vorangegangenen Generationen verändert. Die betroffenen Personen

thematisierten diese Sichtweisen in den Interviews als Moralvorstellungen von ‚gut‘ und ‚richtig‘ oder in Form von Wertorientierungen, was als Parallele zur in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Kontextualisierung von Sorge durch die familiäre Sorgegeschichte verstanden werden kann.

Auf die divergierenden Ergebnisse von Studien, die die Lebenssituation der betroffenen Personen unter Anwendung standardisierter Methoden erforschten, wurde bereits in der Aufarbeitung des Forschungsstandes hingewiesen. Es finden sich Resultate, die Übereinstimmungen mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit aufweisen, aber auch Befunde mit gegensätzlichem Aussagegehalt. So zeigten Personen mit multigenerationaler Sorgeverantwortung eine verminderte Umsetzung ausgewählter Gesundheitsverhaltensweisen (Chassin et al., 2010). Während sich der Zusammenhang zwischen Pflegeverantwortung und schlechterem Gesundheitszustand durch die Anwesenheit von Kindern im Haushalt verstärkte (Do et al., 2014), konnten in einer anderen Studie nur schwache Belege für die Annahme gefunden werden, dass sich die Kombination von Pflege-, Partnerschafts-, Eltern- und Erwerbstätigenrolle auf den Gesundheitszustand im Lebensverlauf auswirkt (Barnett, 2015). Während keine bzw. nur geringe Effekte multigenerationaler Sorgeverantwortung auf das Wohlbefinden bzw. die Lebenszufriedenheit von Befragten nachgewiesen werden konnten (Loomis & Booth, 1995; Künemund, 2002, 2006), fanden sich in anderen Untersuchungen Beeinträchtigungen der Freizeit- und Familienaktivitäten sowie im beruflichen Bereich und gesundheitliche Probleme wie u. a. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Gewichtsschwankungen, Hauterkrankungen (Krach & Brooks, 1995). Auch zeigten sich höhere Werte für pflegebezogenen Stress bei berufstätigen Pflegepersonen mit Kindern (Kim et al., 2006).

An der vorliegenden Studie nahmen einige Personen teil, die berufliche und familiäre Pflege mit einer Erziehungsverantwortung vereinbaren. Untersuchungen zu diesem Personenkreis („triple duty caregiver“) beschreiben eine im Vergleich zu Pflegefachpersonen ohne zusätzliche Sorgeverantwortung häufigere Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung, ein geringeres psychosoziales Wohlbefinden bei höherer emotionaler Erschöpfung, eine geringere Arbeitszufriedenheit sowie höhere wechselseitige Beeinträchtigungen zwischen Beruf und Familie („work-to-family conflict“, „family-to-work conflict“) und eine niedrigere Schlafquantität und -qualität (DePasquale, Bangerter et al., 2016; DePasquale, Davis et al., 2016; DePasquale, Mogle et al., 2018; DePasquale, Polenick et al., 2018; DePasquale et al., 2019; DePasquale, Zarit et al., 2018). Zudem finden sich Hinweise, dass diese Personen von Interventionen profitieren, die die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz fördern (Kossek et al., 2019).

Um Limitierungen der theoretischen Bezugnahmen und der ausschließlich durch standardisierte Verfahren erhobenen Daten auszugleichen, werden zunehmend multimethodische Studien durchgeführt. Duxbury und Higgins (2017) beschreiben ebenfalls den stressreichen Alltag, der

Personen mit multigenerationaler Sorgeverantwortung überwältigt und Schuldgefühle auslöst. Die Unterschiedlichkeit der Eltern- und Pflegenden-Rolle erschwert es den Betroffenen, beidem gerecht zu werden, sodass diese die höchsten Werte für eine Rollenüberlastung („role overload“) angeben. Auch hier wird die familiäre Dynamik mit konfliktär verlaufenden Aushandlungsprozessen und die teils fehlende Unterstützung im familialen, sozialen und beruflichen Umfeld beschrieben. Das Erleben, zwischen den drei Lebensbereichen hin- und hergezogen zu werden, findet sich in einem ausgeprägten „work-life conflict“ wieder.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die hier dargestellten Ergebnisse zur Lebenssituation berufstätiger Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung Übereinstimmungen mit den Resultaten anderer Studien aufweisen. Befunde zur Wahrnehmung (pflege-)professioneller Interventionen durch diese Personen finden sich jedoch nur in begrenztem Umfang, indem auf mangelhafte Angebotsstrukturen oder fehlende Ressourcen für deren Finanzierung hingewiesen wird. Aufgrund der beschriebenen Herausforderungen wird jedoch die Notwendigkeit von Unterstützung für die betroffenen Personen betont.

Diese Unterstützungsbedarfe resultieren einerseits aus dem Umfang der Sorgearbeit, die viel Raum im Alltag der Betroffenen einnimmt; andererseits wird deutlich, dass wesentliche Aspekte der Lebenswelt über die Betrachtung als Arbeit bzw. als hohe Arbeitsbelastung hinausgehen, indem moralische Fragen aufgeworfen werden. Diese Schwerpunktsetzungen – Sorge als Arbeit und die ethisch-moralische Dimension dieses Phänomens – finden sich in den Diskurslinien zu Sorgearbeit und Care wieder, die im Folgenden kurz skizziert und anschließend als theoretischer Bezugsrahmen für die weitere Diskussion herangezogen werden.

## **6.2 Diskussion der Ergebnisse anhand Care-theoretischer Bezugnahme**

Sorgearbeit als „Gesamtheit aller familialen und beruflichen Haushalts-, Erziehungs-, Betreuungs- und Pflegetätigkeiten, d. h. sowohl formelle/informelle als auch bezahlte/unbezahlte weiblich konnotierte Tätigkeiten“ (Kohlen, 2018, S. 255) wurde in den 1970er Jahren in Deutschland zunächst im Zusammenhang mit Haus- und Familienarbeit und vor dem Hintergrund der tradierten, geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung diskutiert (Kohlen, 2016a; Conradi, 2016). Mit der Einführung des Begriffes der Reproduktionsarbeit für unbezahlte und unsichtbare Tätigkeiten von Frauen im familialen Kontext wurden diese als ergänzendes Gegenstück zur Lohnarbeit der öffentlichen Sphäre betrachtet und im privaten Bereich verortet (Kohlen, 2018), was auch die Kritik an der „die Frauen benachteiligende[n] Konstruktion des Wohlfahrtsstaates“ (Eckart, 2004, S. 25) beinhaltet. Wurde der Reproduktionsbegriff im Verlauf auch weiter gefasst und emotionale Begleitung und Unterstützung aufgenommen (Kontos, 2015), blieben ethische Aspekte – wie auch in der Sorgearbeitsdebatte – weitgehend unberücksichtigt (Kohlen, 2016a). Diese wurden im Rahmen des Care-Diskurses aufgenommen, indem „Fragen der Beziehung, ihre Güte und daraus wachsende Verantwortlichkeiten“ (Kohlen,

2016a, S. 194) zentral gesetzt wurden. Den Ausgangspunkt bildete dabei die Rezeption von Gilligans Arbeit „In a different voice“ (1982), welche die Bezogenheit von Menschen betont und die Berücksichtigung von emotionalen und Beziehungsaspekten bei moralischen Fragestellungen sowie deren Kontextualisierung herausarbeitet – im Gegensatz zur Orientierung an Prinzipien und abstrakten Regeln (Vosman, 2016). Während Conradi die jeweiligen Diskussionslinien von Sorgearbeit und Care-Ethik als „zwei nahezu unverbundene Paralleldiskurse“ (2016, S. 76) wahrnimmt, beschreibt Kohlen eine Annäherung, indem „[n]ormative Ansprüche (..) in die Debatte der Reproduktions- und Sorgearbeit eingeflossen und ethische Kategorien und Elemente der Sorgeethik Gegenstand des gegenwärtigen Diskurses [sind]“ (Kohlen, 2018, S. 272). Eine Brücke zwischen den beiden Diskussionslinien könnte aufgrund ihrer Anschlussfähigkeit (Conradi, 2016) und ihrer Rezeption in der Sorgearbeits-Debatte (Kohlen, 2016a) die Care-Definition von Fisher und Tronto bilden, indem Care verstanden wird als „*a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‚world‘ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in complex, life-sustaining web.*“ (1990, S. 40, Herv. i. O.). Mit dieser Begriffsbestimmung wird Care als „eine spezifische Zugangsweise zur Welt“ (Brückner, 2010, S. 43) verstanden: Menschliche Aktivitäten sind auf die Erhaltung, Fortdauer und Reparatur der Lebenswelt gerichtet. Es wird ein komplexes und lebenserhaltendes Netz geknüpft, um so gut wie möglich in dieser Welt, die die Elemente Körperlichkeit, Persönlichkeit und Umwelt umfasst, leben zu können. Tronto (1993) gliedert den Prozess des Carings in vier Phasen, welchen vier ethische Elemente zugeordnet sind, wodurch Care als Praxis und als Ethik bestimmt wird.

In der ersten Phase ‚caring about‘ (sich sorgen um) steht die Wahrnehmung von Sorgebedarfen im Vordergrund, was auch als Anteilnahme gefasst wird und ‚attentiveness‘ bzw. Aufmerksamkeit als ethisches Element voraussetzt. Diese lässt die Einsicht zu, dass im Sinne eines Sorgeerfordernisses Bedarfe bestehen. Die Befragten der vorliegenden Studie räumen der Sorge für ihre Kinder eine hohe Priorität ein. Es werden altersspezifische und zusätzliche, infolge der Pflegeverantwortung auftretende Sorgebedarfe thematisiert. Im Bereich der Pflege berichten die Befragten von unterschiedlichen Einschätzungen der Sorgebedarfe durch die pflegeempfangenden Personen bzw. durch Familienmitglieder, was zu Konflikten führen kann. Auch hinterfragen einige Teilnehmende, ob die Sorgebedarfe rechtzeitig wahrgenommen wurden und den pflegeempfangenden Personen ausreichend Aufmerksamkeit zuteilwurde, was insbesondere bei räumlichen Distanzen erschwert sein kann.

Die zweite Phase ‚taking care of‘ umfasst die Verantwortungsübernahme und die Beurteilung von Handlungsmöglichkeiten, um den Sorgebedarfen nachkommen und Unterstützung leisten zu können. Damit wird Verantwortlichkeit (‚responsibility‘) als zentrale moralische Kategorie eingeführt. Die Verantwortungsübernahme für die Pflege ist häufig verbunden mit



Aushandlungsprozessen, die vor dem Hintergrund tradierter Rollenmuster, fachlicher Kompetenzen, stattgefundener Zuwendungen teilweise konfliktär verlaufen und in deren Rahmen Zuständigkeiten formuliert werden. Es werden Entscheidungen getroffen, wie den Sorgeerfordernissen nachgekommen werden soll, wobei häufig der Mangel an Informationen zu und das Fehlen von Versorgungsangeboten und damit von Handlungsoptionen beklagt wird.

‚Care-giving‘ beschreibt die Umsetzung von Maßnahmen im Sinne der Versorgung. Dies setzt den Kontakt zu den Sorgeempfangenden Personen sowie Kompetenz als ethisches Element voraus. Für die Befragten der vorliegenden Studie ist diese Phase häufig durch Zeitmangel und dem Gefühl der Unzulänglichkeit geprägt, da mehrere Sorgeerfordernisse gleichzeitig bestehen und zumindest zeitweise als unvereinbar wahrgenommen werden. Zudem können räumliche Distanzen die Möglichkeiten, direkt auf bestehende Pflegebedarfe einzugehen, begrenzen. Aufgrund dessen wird versucht, professionelle Unterstützung einzubeziehen, um bei der Versorgung entlastet zu werden und Verantwortung abgeben zu können.

In der Phase des ‚care-receiving‘ findet die Reaktion der Sorgeempfangenden Person statt, die Auskunft darüber gibt, inwieweit den Sorgebedarfen tatsächlich nachgekommen werden konnte. Das zugeordnete ethische Element ‚responsiveness‘, was auch mit Resonanz wiedergegeben wird (Conradi, 2001), verweist darauf, dass eine beiderseitige Empfänglichkeit notwendig wird: In Form eines Sich-Einlassens (Conradi, 2001) aufseiten der Sorgeempfangenden Person und als eine Aufnahmefähigkeit oder -bereitschaft der sorgenden Person. Auch kommt in dieser Phase die Asymmetrie in Sorgebeziehungen zum Tragen, die aus der Vulnerabilität der beteiligten Personen resultiert. Dass Reaktionen auf Sorge oder unbefriedigte Sorgebedarfe unterschiedlich ausfallen, wird in den Interviews dann offenkundig, wenn bspw. von Verhaltensauffälligkeiten minderjähriger Kinder oder Rückzugsverhalten pflegebedürftiger Personen berichtet wird.

Tronto (1993) weist darauf hin, dass es sich bei der Unterscheidung der vier Phasen des Care-Prozesses um eine analytische Trennung handelt und diese miteinander verbunden ablaufen, was durchaus nicht reibungslos geschieht: „the caring process is not a gracefully unfolding one, but contains different components that often clash with each other“ (Fisher & Tronto, 1990, S. 40). Konflikte können aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen der jeweiligen Akteure zu Care entstehen, aber auch wenn die Sorgebedarfe mehrerer Personen kollidieren oder in Konkurrenz zur Selbstsorge stehen (Tronto, 1993). Alle diese Faktoren treffen auf die Teilnehmenden der vorliegenden Studie in besonderer Weise zu, da diese mit multiplen Sorgebedarfen konfrontiert sind, die zudem als unvereinbar erlebt werden. Die daraus resultierende und im Rahmen des konstitutiven Musters dargestellte Begrenztheit des Sorge-Tragens findet sich auch bei Tronto: „there will inevitably be more care needs that can be met. In meeting some needs, other needs will inevitably go unmet.“ (Tronto, 1993, 137 f.). In diesen unbefriedigten Sorgebedarfen sieht Tronto eine Ursache für moralische Dilemmata, die unweigerlich im Zusammenhang mit Care auftreten. Weitere Gründe resultieren aus der jeweiligen Lage, in der sich Personen in

unterschiedlichen Care-Prozessen befinden. In der vorliegenden Studie führt die spezifische Lebenssituation der Teilnehmenden zu einer Priorisierung von Sorge verbunden mit der Suche nach stichhaltigen Begründungen bzw. Kompensationsmechanismen und zur Frage nach der Wertigkeit von Selbstsorge in Relation zur Sorge um andere. Tronto fasst dies als „to make judgements about the worthiness of competing demands“ (1993, S. 140). Anhand des in der Definition genannten Reparierens eines lebenserhaltenden Netzes kann dies bildhaft illustriert werden: Vermittelt ‚repair‘ zunächst eine eher mechanistische Vorstellung, wird dieser Begriff auch im Zusammenhang mit der Heilung der Welt (Brumlik, 2016) gebraucht. Die Anforderung, das *gesponnene, fragile Netz* (Frau G.) an mehreren Stellen gleichzeitig reparieren zu müssen, um allen Beteiligten ein möglichst gutes Leben zu ermöglichen, verdeutlicht das Entstehen von Schuldgefühlen und das Ausmaß der Verantwortung, die die Befragten tragen. Diese Verantwortlichkeit „unterscheidet sich bei Tronto von einer Erfüllung von Pflichten“ (Kohlen, 2018, S. 263), vielmehr verweist Care-Ethik „als eine relationale Ethik (.) darauf (.), dass Menschen existenziell aufeinander angewiesen sind“ (Kohlen, 2018, S. 261). Diese Kritik an der deontologischen Fundierung der Sorge als Pflicht und an der Vorstellung menschlicher Autonomie, die auch als „fiktionales Leitbild moderner Gesellschaften“ (Kohlen, 2018, S. 261) bezeichnet wird, lenkt den Blick auf die Bezogenheit von Menschen. Auch hier veranschaulicht das Bild vom lebenserhaltenden Netz die Verwiesenheit von Menschen, indem die jeweiligen Akteure miteinander wechselseitig verbunden sind. Gestützt wird dieses Bild auch von der vierten Phase des Care-Prozesses, in welcher die Reaktion der Care-empfangenden Person stattfindet. In der wiederkehrenden Abfolge der Care-Phasen findet ein Austausch entlang des Netzes immer wieder statt: „[s]chließlich bedeutet Achtsamkeit auch, die Antwort auf Unterstützung abzuwarten: zu hören, wie die Zuwendung angekommen ist und daraus praktische Konsequenzen zu ziehen“ (Vosman & Conradi, 2016, S. 16). Mit dem hier enthaltenen Begriff der Achtsamkeit führt Conradi (2001) anknüpfend an, aber auch in Abgrenzung zu Tronto Care als eine „Praxis der Achtsamkeit“ ein und die „Ethik der Achtsamkeit“ (ethics of care) stellt (.) eine *interaktive Praxis* in den Mittelpunkt: Menschen beziehen sich sorgend auf andere, lassen sich tatsächlich aufeinander ein, pflegen Beziehungen und eine gewisse Verbindlichkeit miteinander“ (Vosman & Conradi, 2016, S. 16, Herv. i. O.). Conradi (2001) formuliert neun Thesen, um die Dimensionen von Sorge darzustellen. Diese umfassen zunächst das Verständnis von (1) Care als einer menschlichen Interaktion, die – mit Ausnahme der Selbstsorge – von mindestens zwei Menschen gestaltet wird. (2) Durch die Care-Interaktionen entsteht eine Beziehung zwischen den Beteiligten. (3) Care wird verstanden als eine gesellschaftliche Praxis, die sowohl den Aspekt der Bezogenheit als auch sorgende Aktivitäten umfasst. (4) Care schließt das Zuwenden als auch das Annehmen der Zuwendung ein. (5) Care-Interaktionen können asymmetrisch sein und einer Dynamik der Macht unterliegen. (6) Die beteiligten Menschen sind unterschiedlich autonom, wobei Achtung nicht

auf eine Unterstellung von Autonomie angewiesen ist. (7) Care als das Schenken von Achtsamkeit ist nicht an Reziprozität gebunden. (8) Care-Interaktionen können nonverbal sein und sind häufig mit körperlichen Berührungen verbunden. (9) In Care-Interaktionen sind Fühlen, Denken und Handeln verwoben.

Im Gegensatz zum weit gefassten Care-Begriff bei Tronto bleibt Care hier auf menschliche Interaktionen beschränkt. Ebenso wie Tronto nimmt auch Conradi die Selbstsorge auf und distanziert sich vom Konzept der dyadischen Interaktion. Ein zentraler Begriff hierbei ist die Zuwendung, die Care als Element der Pflege kennzeichnet (Conradi, 2001). Stärker als Tronto grenzt Conradi sich vom Konzept der Autonomie ab (Kohlen & Kumbruck, 2008) und sieht den „Schwerpunkt (.) in den Bezügen von Menschen und deren Verhältnis zueinander“ (Conradi, 2001, S. 231). Trotz der Vorstellung, dass es sich dabei um asymmetrische Verhältnisse handeln kann, wird Care „nicht als eine Tätigkeit, die eine Person für eine andere tut“ (Conradi, 2001, S. 46) betrachtet. Die Lösung von aus der Care-Praxis resultierenden Konflikten liegt – entgegen der Sichtweise Trontos – auch innerhalb dieser Praxis.

Werden diese Aussagen in Beziehung zu den vorliegenden empirischen Befunden gestellt, finden sich die Bezüge und Verhältnisse von Menschen zueinander vor allem in den Erzählungen zum familialen Gefüge wieder. Indem Care-Situationen nicht begrenzt auf die jeweilige Erbringung der Sorge-Aktivitäten sind, sondern als grundlegende Praxis verstanden werden, ist das Vorhandensein von mehr als zwei Akteuren in den untersuchten Care-Situationen konstitutiv und durch das Kriterium der Gleichzeitigkeit von Erziehungs- und Pflegeverantwortung festgelegt. Zudem zeigen die Verweise der Befragten auf familiäre Sorgeerfahrungen, was im Vorangegangenen als Kontextualisierung bzw. als Bezugspunkt des eigenen Sorgeverhaltens bezeichnet wurde, die Bezogenheit von Menschen auch in ihrer zeitlichen Dimension. Die beteiligten Personen sind unterschiedlich autonom, was durch Faktoren wie bspw. Lebensalter, Erkrankungen bzw. Behinderungen und daraus resultierenden Pflegebedarfen begründet ist. Ähnlich wie die Autonomie unterliegt auch die Asymmetrie der Beziehungen einer Dynamik im zeitlichen Verlauf, indem unterschiedliche Lebens- und Entwicklungsphasen wie bspw. das Heranwachsen der Kinder, die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder die Wahrnehmung eines Bildungsangebotes, aber auch unterschiedliche Phasen der Pflegebedürftigkeit wie bspw. bei psychischen, demenziellen oder auch lebensbegrenzenden Erkrankungen durchlaufen werden. Die Lösung moralischer Konflikte, die durch die Priorisierung von Sorge und der Gewichtung von Selbstsorge sowie durch unterschiedliche Sichtweisen im Rahmen der Care-Praxis entstehen, ist innerhalb dieser zu finden, indem sich „[a]us der Praxis *Care* selbst bestimmte Weisen des Umgangs mit moralischen Konflikten [ergeben]“ (Conradi, 2001, S. 233, Herv. i. O.). Diese Weisen des Umgangs dokumentieren sich auch in einem neuen Blick auf (konfliktäre) Situationen: „Wenn wir die Bedeutung der achtsamen Zuwendung (care) für unser Leben einschätzen wollen,

müssen wir erkennen, dass Subjektivität möglicherweise nicht durch Handlungsfähigkeit, Selbstbehauptung oder Autonomie definiert wird, sondern durch Angewiesenheit und Verletzlichkeit.“ (Laugier, 2016, S. 297) Obwohl die Teilnehmenden der vorliegenden Studie als Erziehungsberechtigte und pflegende Angehörige eher den Care-gebenden Akteuren zuzurechnen sind und damit als handlungsfähige Subjekte betrachtet werden können, zeigt sich in den Interviews ein hohes Maß an Vulnerabilität, die aus der Lebenssituation mit multiplen Sorgeerfordernissen resultiert. Entsprechend der Sichtweise auf Care als der Bewahrung eines lebenserhaltenden Netzes sowie einer interaktiven Praxis wird die Angewiesenheit der Befragten im Thema ‚Suche nach Unterstützung‘ deutlich, die ihnen gleichzeitig die Rolle von Care-empfangenden Personen zuweist. Die geschilderten Erfahrungen mit professioneller Unterstützung werfen hierbei die Frage nach dem Gelingen von Care auf: „es ist von Belang, *ob* Menschen tatsächlich Hilfe erhalten und *wer* faktisch die Verantwortung dafür übernimmt“ (Conradi, 2016, S. 53, Herv. i. O.). Wie bereits oben herausgearbeitet, lassen die Gestaltung und die Gestaltungsräume (pflege-)professioneller Interventionen eine verantwortliche Übernahme von Sorge nur sehr begrenzt zu und „[o]bwohl die Frage nach der *Gestaltung* höchste Bedeutung hat, wird sie faktisch oft erst dann thematisiert, wenn fürsorgende Interaktionen misslingen“ (Conradi, 2016, S. 55, Herv. i. O.). Auch Luderer und Meyer verweisen darauf, dass sich „[d]er ethische Aspekt von Qualität aus der Sicht der Empfänger/-innen (..) besonders in Situationen heraus[stellt], in denen Pflege als unzureichend oder unpassend beschrieben wird“ (Luderer & Meyer, 2018, S. 17). Dies gilt insbesondere dann, wenn die Achtung der Würde von pflegeempfangenden Personen als ungenügend erlebt wird, was neben den Betroffenen auch deren Angehörige beklagen und von Pflegefachpersonen mit Blick auf die Arbeitsbedingungen in den unterschiedlichen Settings ebenfalls kritisch diskutiert wird (Luderer & Meyer, 2018). Nach Ansicht der Autorinnen folgt aus der Definition dieses fundamentalen Patientenrechtes als Qualitätskriterium, dass „die Selbstverständlichkeit der Achtung von Würde im pflegerischen Alltag infrage [gestellt] und (..) deren Missachtung ein[geräumt]“ (Luderer & Meyer, 2018, S. 17) wird. Dieser aus pflegeprofessioneller Sicht einschneidende Schritt erscheint unerlässlich, da er letztlich die Anerkennung einer vielfach und auch in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Realität darstellt. Auf der Suche nach einer „Alternative zum nachträglichen Bedauern“ (Conradi, 2016, S. 53) misslungener Sorge oder unzureichender Pflege stellt sich die Herausforderung, neben dem Problem der Messbarkeit dieses formulierten Gütekriteriums (Luderer & Meyer, 2018) dessen Umsetzung in der pflegerischen Praxis zu gewährleisten. Die Bewältigung dieser Herausforderung umfasst intraprofessionelle Aspekte wie die Sensibilisierung von Pflegefachpersonen und die Stärkung der Reflexivität im beruflichen Alltag, aber auch (bildungs-)politische Maßnahmen im Bereich der Akademisierung, Registrierung und Lizenzierung von Pflegefachpersonen sowie eine gesellschaftliche Diskussion zum Wert und der Qualität von Sorge und Pflege, die auch dazu

beitragen soll, den Kontrast zwischen pflegeprofessionellem Anspruch und unter den aktuellen Rahmenbedingungen Leistbarem aufzulösen (Luderer & Meyer, 2018).

Der oben formulierte Qualitätsanspruch findet sich im Care-Diskurs wieder: „Im Sinne einer Care-Ethik (Ethik der Sorge) soll Sorgearbeit menschlichen Bedürfnissen in einer Form gerecht werden, die humanitären Ansprüchen wie beispielsweise dem Schutz der Würde oder der Entfaltung der Persönlichkeit gerecht werden.“ (Kohlen, 2018, S. 256) Neben der ethischen Dimension beziehen sich Care-Konzepte auf die Praxis und formulieren auch hier Qualitätskriterien sowie die dafür notwendigen Voraussetzungen: „Achtsame Zuwendung ist ein Qualitätsmerkmal. Sie benötigt einen diese **Qualität** ermöglichenden institutionellen Kontext.“ (Conradi, 2014, Herv. i. O.) Mit der Thematisierung der „organisatorisch-institutionelle[n], gesellschaftliche[n] und politische[n] *Rahmenbedingungen*, unter denen ein Bedarf entstand und das Helfen stattfindet oder unterbleibt“ (Conradi, 2016, S. 53, Herv. i. O.), wird auch eine dritte – die politische – Ebene einbezogen. Die „Frage nach der Gestaltung, Bewertung und Veränderung von Hilfe-, Pflege- und Versorgungsprozessen“ (Vosman & Conradi, 2016, S. 14) und damit nach dem Gelingen wird als ethico-politische Dimension des Sorgens gefasst.

Für die zur Beantwortung dieser Frage notwendige Diskussion bieten Care-Konzepte einen geeigneten Bezugsrahmen. Vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Gegebenheiten, die sich auch in den Aussagen der Teilnehmenden wiederfinden, und den zukünftigen Entwicklungen erscheint diese Diskussion dringlich zu sein. Sie sollte sich darauf richten, „wie die Versorgungslücken nicht ‚irgendwie‘, sondern ‚gut‘ im Sinne einer *Care*-Ethik geschlossen werden können“ (Kohlen, 2018, S. 272, Herv. i. O.). Mit dem Anspruch der Care-Ethik, „die alltägliche Sorge und die professionellen sowie institutionellen Dienstleistungen zusammen [zu] betrachten“ (Vosman, 2016, S. 33), findet sich ein gemeinsamer Ausgangspunkt für familiäre und professionelle Sorge, bei dem die sorgende Zuwendung in den Mittelpunkt gestellt wird. Sorgende Zuwendung pflegender Angehöriger vor dem Hintergrund der individuellen familialen Sorgegeschichte zu ermöglichen, zu unterstützen und zu fördern, sollte ein wesentliches Anliegen von Pflegefachpersonen sein. Zugleich kennzeichnet dieses Element die Qualität professioneller Pflege, da auch die sachgerechte Ausführung von Techniken keine Pflegepraxis darstellt, solange dies kein fürsorgliches Engagement beinhaltet (Benner & Wrubel, 1997). Grundlage für die oben angemahnte Auseinandersetzung, an der unterschiedliche gesellschaftliche Akteure beteiligt sein sollten, können Schlüsselbegriffe einer Care-Ethik wie Bezogenheit, Leiblichkeit und Verletzlichkeit, Zuwendung und Achtsamkeit sowie Selbstsorge und Verantwortung (Kohlen, 2016b) sein.

Die Grenzen Care-theoretischer Ansätze liegen zunächst in deren Vielfalt, innerhalb der sich auch gegensätzliche Positionen bspw. im Verhältnis zur traditionellen Prinzipienmoral wiederfinden (Schuchter, 2016). Zudem werden Sichtweisen von Sorge formuliert, die in ihrer idealisierten Form der Ambivalenz von Sorgebeziehungen, die auch durch Macht und

Ungleichheit gekennzeichnet sein können, und der „in der Realität grundsätzlich harte[n] Arbeit“ (Vosman, 2016, S. 38) nicht gerecht werden. Die Vorstellung, dass sich in der Sorge für andere „eine Verschmelzung von Gedanken, Gefühlen und Handlungen an[deutet], eine Einheit von Wissen und Sein“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 21), kann zur Überforderung sorgender Personen beitragen. Der Ansatz von Tronto wurde für die vorliegende Arbeit ausgewählt, da ihre Definition „klar auf das Handeln ausgerichtet [ist]; und verbunden mit dem Übernehmen von Verantwortung“ (Kohlen & Kumbruck, 2008, S. 16). Damit wird eine Nähe zum konstitutiven Muster ‚Sorge und Verantwortung tragen‘ deutlich. Zudem erscheint das Bild des Reparierens eines lebenserhaltenden Netzes geeignet, die gelebte Erfahrung von Personen mit multipler Sorgeverantwortung zu illustrieren. In der abgrenzenden Fortführung dieses Ansatzes betont Conradi (2001) die nicht auf allgemeinen Normen beruhende Entscheidungsfindung als wesentlichen Aspekt von Care, womit die „Moralität (.) in der Suche nach der richtigen – oder vielleicht eher der bestmöglichen – Entscheidung [liegt]“ (Conradi, 2001, S. 215).

Aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit bildet die gemeinsame Suche nach einer bestmöglichen und jeweils individuellen Lösung, in der die Bedürfnisse und Präferenzen aller beteiligten Personen eingeflossen sind, eine der zentralen Aufgaben von Pflegefachpersonen. Der Anspruch, ein ausgewogenes Verhältnis in der Sorge für Andere und der Selbstsorge herzustellen (Conradi, 2001), der gleichermaßen für pflegeempfangende, pflegende Personen und auch Fachpersonen gilt, stellt eine professionelle Herausforderung dar: „It is a way of making highly abstract questions about meeting needs return to the prosaic level of how these needs are being met.“ (Tronto, 1993, S. 124)

### **6.3 Stärken und Schwächen**

In der vorliegenden Studie wurden berufstätige Personen mit multipler Sorgeverantwortung in unterschiedlichen Lebenssituationen befragt und das angestrebte heterogene Sample erreicht. Differenzen finden sich in den familialen Konstellationen, in Anzahl und Alter der Kinder, in den (Verwandtschafts-)Beziehungen zu den pflegeempfangenden Personen, in Art und Umfang der Berufstätigkeit sowie in den Ursachen der Pflegebedürftigkeit und der Gestaltung der Pflege. Die Befragten beschreiben ungleiche Sorgebiografien und nehmen unterschiedliche Rollen in der Pflege ein. Aufgrund der Samplingstrategie bei einem schwierigen Feldzugang sind Personen, die in Gesundheitsberufen tätig sind und über einen akademischen Abschluss verfügen bzw. diesen erwerben, überrepräsentiert. Ein angestrebter höherer Anteil männlicher Teilnehmer konnte trotz gezielter Rekrutierungsversuche nicht erreicht werden.

Mit Blick auf die aufwendige Rekrutierung wurde eine Befragte in die Studie aufgenommen, deren Arbeitszeit von acht Wochenstunden unter dem vorab formulierten Einschlusskriterium lag. Auch waren die Kinder einer Teilnehmerin zum Interviewzeitpunkt bereits volljährig, was aber aufgrund der langjährigen Pflege des Geschwisterkindes vernachlässigt werden konnte.

Bereits früh im Studienverlauf zeichnete sich ab, dass das Vorhaben, mehrere Personen eines Pflegearrangements zu befragen, nicht realisiert werden konnte: Die Befragten reagierten zurückhaltend auf die entsprechende Anfrage; eine Teilnehmerin erklärte, dass sie ein Interview ihres Partners im Sinne einer „Gegendarstellung“ ablehne. Damit erwies sich die Vorannahme, dass Erziehungs- und Pflegeverantwortung als familiäre Aufgabe mit gemeinsamen Zuständigkeiten gesehen wird, als unzutreffend, weshalb auch der geplante Sample-Umfang nicht realisiert wurde. Dennoch konnte mit 16 Befragungen eine Sättigung erreicht werden, indem sich wesentliche Bedeutungsmuster abzeichneten und im Verlauf keine weiteren Informationen bzw. neuen Aspekte hinzukamen (Schreier, 2020).

Mit Blick auf den explorativen Studiencharakter bietet die Phänomenologie mit dem Fokus auf die subjektive Wahrnehmung und das Erleben einen geeigneten theoretischen Bezugsrahmen. Dies gilt auch für die Diskussion der empirischen Befunde vor dem Hintergrund Care-theoretischer Konzepte, die eine Nähe zu phänomenologischer Forschung und dem Begriff der gelebten Erfahrung aufweisen (Vosman, 2016). Allerdings lässt sich eine begriffliche Unschärfe im Verlauf der Arbeit feststellen: Wie einleitend dargestellt, wurde mit ‚Sorge‘ zunächst die Erziehungsverantwortung und ein breit gefasster Pflege-Begriff verbunden, um eine Varianz in der Lebenssituation der Befragten zu ermöglichen. Die Verortung der Begriffe ‚Sorge‘ und ‚Sorgearbeit‘ in spezifischen Diskursen wurde in der Bezugnahme auf Care-theoretische Ansätze vorgenommen. Obwohl ‚Care‘ als polysemischer Begriff mit einer „Fülle an Sinngehalten“ (Vosman, 2016, S. 34) nur bedingt übersetzt werden kann und „[d]er deutschen Sprache (.) ein Wort [fehlt], das den Gesichtspunkt der Zuwendung mit interaktiven Aspekten vereint“ (Conradi, 2001, S. 13), wurden die Begriffe ‚Sorge‘ und ‚Care‘ weiterhin synonym verwendet.

Im Hinblick auf das methodische Vorgehen erwies sich das narrative Interview als geeignet, die Lebenssituation mit multiplen Sorgeerfordernissen vor dem Hintergrund des biografischen Verlaufes zu erfassen. Die narrative Kompetenz war aus situations- oder personenbezogenen Gründen unterschiedlich ausgeprägt, sodass Nachfragen in unterschiedlichem Maße notwendig wurden. Es gelang jedoch in allen Fällen, ein umfassendes Bild der Lebenssituation zu erheben. In ihrer methodenkritischen Reflexion charakterisiert Retkowski thematisch-narrative Interviews zu familialer Generationensorge als Sorgeerzählungen, die „Konstruktionen des eigenen Selbst im sozialen Beziehungsgefüge dar[stellen]. Dabei ist das Organisationsprinzip von Sorgeerzählungen das Spannungsverhältnis zwischen der Sorge um Andere, der Sorge der Anderen um einen selber sowie der Sorge um sich.“ (Retkowski, 2012, S. 234) Dies gilt auch für die Darstellungen der Teilnehmenden der vorliegenden Studie, wie sich bereits in der Ergebnisdarstellung gezeigt hat. Trotz des beträchtlichen Umfangs des Datenmaterials hat sich die Analysemethode als geeignet erwiesen, Gemeinsamkeiten, Unterschiede sowie Muster in den Erzählungen herauszuarbeiten.

## 7 Fazit und Ausblick

Die Heterogenität der Lebenssituationen, in denen Personen gleichzeitig Erziehungs- und Pflegeverantwortung tragen und diese mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren, spiegelt sich auch in der Vielfalt des individuellen Erlebens wider. Einfluss auf die Weise, wie die betroffenen Personen diesen Situationen begegnen, nehmen u. a. Art, Umfang und Dauer der Sorgebedarfe sowie die (räumliche) Nähe und Distanz der Akteure im familialen Gefüge, aber auch die Rahmenbedingungen der Erwerbstätigkeit, wobei der Kontext des Sorge-Tragens von der familialen Sorgegeschichte gebildet wird.

Neben diesen Unterschieden in der gelebten Erfahrung zeichnen sich auch Gemeinsamkeiten ab: Aufgrund des dynamischen Verlaufs treten Phasen mit hohen Sorgebedarfen auf, in denen Sorgeerfordernisse gegeneinander abgewogen werden müssen. Dies verweist zum einen auf die Fragilität der Sorge-Konstrukte und ist zum anderen als moralisches Dilemma Ausdruck der Begrenztheit des Sorge-Tragens. In der Betonung der Bedeutung gelingender Sorge durch die Teilnehmenden tritt hier eine weitere Gemeinsamkeit zutage.

In einigen Fällen hat professionelle Unterstützung einen Beitrag zu diesem Gelingen geleistet, wobei dies voraussetzt, dass professionelle Akteure Verantwortung übernehmen und im Sinne des konstitutiven Musters mittragen. Daraus lässt sich eine wesentliche Aufgabe professioneller Interventionen ableiten, die darin besteht, die Grenzen des Sorge-Tragens für die betroffenen Personen zu erweitern.

Mit der vorliegenden Arbeit konnten erste Einblicke in die Lebenswelt von berufstätigen Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung gewonnen und zahlreiche Desiderate und Anknüpfungspunkte für die zukünftige wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen identifiziert werden. Künftige Forschungen sollten der Diversität von Lebensentwürfen mehr Rechnung tragen und Personen, die in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften leben, sowie Personen mit unterschiedlichen kulturellen Prägungen gezielt in die Untersuchung einschließen; auch sollten alleinerziehende Personen stärker berücksichtigt werden. Der Ansatz, mehrere Personen eines Arrangements zu befragen, erscheint geeignet, die familialen Lebenswelten eingehender abbilden zu können. Allerdings ist es erforderlich, dies bereits in der Samplingstrategie entsprechend umzusetzen. Wünschenswert wären Längsschnittstudien, die die Dynamik dieser Lebenssituation im Zeitverlauf dokumentieren, wobei insbesondere Untersuchungen, die einem Mixed Methods Design folgen, geeignet erscheinen, die Komplexität der Lebenssituation zu erfassen. Ziel dieser Forschungen sollte sein, die Grundlage für die Entwicklung von (pflege-)professionellen Interventionen zu schaffen, die eine unterstützende Wirkung für die betroffenen Personen entfalten.



## Literaturverzeichnis

- Barnett, A. E. (2015). Adult Child Caregiver Health Trajectories and the Impact of Multiple Roles Over Time. *Research on Aging*, 37(3), 227–252.
- Bauernschmidt, D. (2020). Berufstätige Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung: Ein Scoping Review. *Pflege*, 33(3), 153–163.
- Benner, P. E. & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Huber: Bern.
- Boyczuk, A. M. & Fletcher, P. C. (2016). The Ebbs and Flows: Stresses of Sandwich Generation Caregivers. *Journal of Adult Development*, 23(1), 51–61.
- Brody, E. M. (2004). *Women in the middle: Their parent care years* (2nd ed.). Springer: New York.
- Brückner, M. (2010). Entwicklungen der Care-Debatte - Wurzeln und Begrifflichkeiten. In U. Apitzsch & M. Schmidbauer (Hg.), *Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen* (S. 43–58). Budrich: Opladen, Farmington Hills.
- Brumlik, M. (2016). Die Heilung der Welt - Tikkun Olam. In E. Conradi & F. Vosman (Hg.), *Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik* (S. 87–91). Campus: Frankfurt/Main, New York.
- Chassin, L., Macy, J. T., Seo, D.-C., Presson, C. C. & Sherman, S. J. (2010). The Association between Membership in the Sandwich Generation and Health Behaviors: A Longitudinal Study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(1), 38–46.
- Conradi, E. (2001). *Take care: Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Campus: Frankfurt/Main.
- Conradi, E. (27. September 2014). *Ethik der Achtsamkeit - Care zwischen Bevormundung und Teilhabe*. 8. Internationales IFF - ÖRK Symposium Sorgeskultur im Alter. [https://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/7\\_Conradi.pdf](https://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/7_Conradi.pdf) [28.12.2020].
- Conradi, E. (2016). Die Ethik der Achtsamkeit zwischen Philosophie und Gesellschaftstheorie. In E. Conradi & F. Vosman (Hg.), *Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik* (S. 53–86). Campus: Frankfurt/Main, New York.
- Danner, H. (2006). *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik: Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik* (5., überarb. und erw. Aufl.). Reinhardt: München.
- DePasquale, N., Bangerter, L. R., Williams, J. & Almeida, D. M. (2016). Certified Nursing Assistants Balancing Family Caregiving Roles: Health Care Utilization Among Double- and Triple-Duty Caregivers. *The Gerontologist*, 56(6), 1114–1123.
- DePasquale, N., Davis, K. D., Zarit, S. H., Moen, P., Hammer, L. B. & Almeida, D. M. (2016). Combining Formal and Informal Caregiving Roles: The Psychosocial Implications of Double- and Triple-Duty Care. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(2), 201–211.
- DePasquale, N., Mogle, J., Zarit, S. H., Okechukwu, C., Kossek, E. E. & Almeida, D. M. (2018). The Family Time Squeeze: Perceived Family Time Adequacy Buffers Work Strain in Certified Nursing Assistants With Multiple Caregiving Roles. *The Gerontologist*, 58(3), 546–555.
- DePasquale, N., Polenick, C. A., Davis, K. D., Berkman, L. F. & Cabot, T. D. (2018). A Bright Side to the Work-Family Interface: Husbands' Support as a Resource in Double-and-Triple-Duty Caregiving Wives' Work Lives. *The Gerontologist*, 58(4), 674–685.
- DePasquale, N., Sliwinski, M. J., Zarit, S. H., Buxton, O. M. & Almeida, D. M. (2019). Unpaid Caregiving Roles and Sleep Among Women Working in Nursing Homes: A Longitudinal Study. *The Gerontologist*, 59(3), 474–485.

- DePasquale, N., Zarit, S. H., Mogle, J., Moen, P., Hammer, L. B. & Almeida, D. M. (2018). Double- and Triple-Duty Caregiving Men: An Examination of Subjective Stress and Perceived Schedule Control. *Journal of Applied Gerontology*, 37(4), 464–492.
- Diekelmann, N. L. (1992). Learning-as-testing: A Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experience of students and teachers in nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 72–83.
- Do, E. K., Cohen, S. A. & Brown, M. J. (2014). Socioeconomic and demographic factors modify the association between informal caregiving and health in the Sandwich Generation. *BMC Public Health*, 14, 362–370.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription: Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* (2. Aufl.). Eigenverlag: Marburg.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2020). Transkription. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 835–854). Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Duxbury, L. & Higgins, C. (2017). *Something's Got to Give: Balancing Work, Childcare and Eldercare*. University of Toronto Press: Toronto.
- Eckart, C. (2004). Fürsorgliche Konflikte: Erfahrungen des Sorgens und die Zumutungen der Selbständigkeit. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 29, 24–40.
- Fisher, B. & Tronto, J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. In E. K. Abel (Hg.), *Circles of care: Work and identity in women's lives* (S. 35–62). State University of New York Press: Albany.
- Flick, U. (2019). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 473–488). Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press: Cambridge.
- Heidegger, M. (2006). *Sein und Zeit* (19. Aufl., unveränderter Nachdruck). Max Niemeyer Verlag: Tübingen.
- Hoffman-Riem, C. (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie: Der Datengewinn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32(2), 339–372.
- Höpflinger, F. & Baumgartner, D. (1999). 'Sandwich Generation': Metapher oder soziale Realität? *Zeitschrift für Familienforschung*, 11(3), 102–111.
- Hörl, J. & Kytir, J. (1998). Die "Sandwich-Generation": soziale Realität oder gerontologischer Mythos? Basisdaten zur Generationenstruktur der Frauen mittleren Alters in Österreich. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50(4), 730–741.
- Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1977). Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In D. Wegner (Hg.), *Gesprächsanalysen: Vorträge, gehalten anlässlich des 5. Kolloquiums des Instituts für Kommunikationsforschung und Phonetik* (S. 159–274). Buske: Hamburg.
- Keck, W. & Saraceno, C. (2010). Caring for a parent while working for pay in the German welfare regime. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(1), 107–138.
- Kim, Y., Baker, F., Spillers, R. L. & Wellisch, D. K. (2006). Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles. *Psycho-Oncology*, 15(9), 795–804.
- Kohlen, H. (2016a). Sorge als Arbeit ohne ethische Reflexion? Entwicklungslinien der deutschen Debatte um Sorge als Arbeit und der internationale Care-Ethik. In A. Henkel, I. Karle, G. Lindemann & M. Werner (Hg.), *Dimensionen der Sorge: Soziologische, philosophische und theologische Perspektiven* (S. 189–207). Nomos: Baden-Baden.
- Kohlen, H. (2016b). Sorge als Arbeit und Ethik der Sorge - Zwei wissenschaftliche Diskurse. In E. Conradi & F. Vosman (Hg.), *Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik* (S. 115–127). Campus: Frankfurt/Main, New York.

- Kohlen, H. (2018). Geschlechtergerechte Sorgearbeit im Horizont der Care-Ethik. In U. M. Gassner, J. von Hayek, A. Manzei & F. Steger (Hg.), *Geschlecht und Gesundheit* (S. 253–284). Nomos: Baden-Baden.
- Kohlen, H. & Kumbruck, C. (2008). *Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie)* [artec-paper 151]. Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-219593> [26.03.2020].
- Kontos, S. (2015). Von der Hausarbeitsdebatte zur 'Krise der Reproduktion'? In A. Demirović, S. Klauke & E. Schneider (Hg.), *Was ist der "Stand des Marxismus"? Soziale und epistemologische Bedingungen der kritischen Theorie heute* (S. 78–103). Westfälisches Dampfboot: Münster.
- Kossek, E. E., Thompson, R. J., Lawson, K. M., Bodner, T., Perrigino, M. B., Hammer, L. B., Buxton, O. M., Almeida, D. M., Moen, P., Hurtado, D. A., Wipfli, B., Berkman, L. F. & Bray, J. W. (2019). Caring for the elderly at work and home: Can a randomized organizational intervention improve psychological health? *Journal of Occupational Health Psychology, 24*(1), 36–54.
- Krach, P. & Brooks, J. A. (1995). Identifying the responsibilities & needs of working adults who are primary caregivers. *Journal of Gerontological Nursing, 21*(10), 41–50.
- Künemund, H. (2002). Die "Sandwich-Generation" - typische Belastungskonstellation oder nur gelegentliche Kumulation von Erwerbstätigkeit, Pflege und Kinderbetreuung? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 22*(4), 344–361.
- Künemund, H. (2006). Changing Welfare States and the "Sandwich Generation": Increasing Burden for the Next Generation? *International Journal of Ageing and Later Life, 1*(2), 11–29.
- Küstners, I. (2009). *Narrative Interviews: Grundlagen und Anwendungen* (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Küstners, I. (2019). Narratives Interview. In N. Baur & J. Blasius (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 687–693). Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Laugier, S. (2016). Verletzlichkeit und Verantwortung - Über das Alltägliche in der Ethik. In E. Conradi & F. Vosman (Hg.), *Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik* (S. 297–318). Campus: Frankfurt/Main, New York.
- Loomis, L. S. & Booth, A. (1995). Multigenerational Caregiving and Well-Being: The Myth of the Beleaguered Sandwich Generation. *Journal of Family Issues, 16*(2), 131–148.
- Luderer, C. & Meyer, G. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege aus ethischer Perspektive. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hg.), *Pflege-Report 2018* (S. 15–22). Springer: Berlin, Heidelberg.
- Lüscher, K. & Liegle, L. (2003). *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft*. UVK/UTB: Konstanz.
- Marts, S. Z. (2013). *Sandwich Generation Caregivers: Ethical Legacies Throughout Generations*. University of San Francisco. <https://core.ac.uk/download/pdf/216983391.pdf> [24.08.2020].
- Mayring, P. (2020). Qualitative Forschungsdesigns. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 3–17). Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Merrill, D. M. (1997). *Caring for elderly parents: Juggling work, family, and caregiving in middle and working class families*. Auburn House: Westport.
- Raab, J., Pfadenhauer, M., Stegmaier, P., Dreher, J. & Schnettler, B. (2008). Einleitung. In J. Raab, M. Pfadenhauer, P. Stegmaier, J. Dreher & B. Schnettler (Hg.), *Phänomenologie und Soziologie: Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen* (1. Aufl., S. 11–29). VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Reichertz, J. (2016). *Qualitative und interpretative Sozialforschung*. Springer Fachmedien: Wiesbaden.

- Retkowski, A. (2012). *Familiale Generationensorge: Eine qualitative Studie über Alter(n) zwischen Gestern und Morgen*. Wallstein: Göttingen.
- Schnell, M. (2013). Pflegeforschungsethik. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil & H. Mayer (Hg.), *Verlag Huber Programmbereich Pflege. Pflegewissenschaft: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft* (2. Aufl., 191-201). Huber: Bern.
- Schreier, M. (2020). Fallauswahl. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 19–39). Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Schuchter, P. (2016). *Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen: Eine praktische Philosophie der Sorge*. Transcript: Bielefeld.
- Schütz, A. & Luckmann, T. (2017). *Strukturen der Lebenswelt* (2., überarb. Aufl.). UVK: Konstanz, München.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3), 283–293.
- Schütze, F. (1987). *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien I*. Fernuniversität Hagen.
- Schwartz, A. N. (1979). Psychological Dependency: An Emphasis on the Later Years. In P. K. Ragan (Hg.), *Aging parents* (S. 116–125). University of Southern California: Los Angeles.
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Erwerbstätigkeit. Erwerbstätigenquoten 1991 bis 2019*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetigenquoten-gebietsstand-geschlecht-altergruppe-mikrozensus.html> [10.02.2021].
- Statistisches Bundesamt. (2020a). *Bevölkerung. Sterbefälle und Lebenserwartung*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/\\_inhalt.html#sprg229094](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html#sprg229094) [08.02.2021].
- Statistisches Bundesamt. (2020b). *Demografischer Wandel: Trend zu späterer Geburt setzt sich fort*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html) [07.02.2021].
- Statistisches Bundesamt. (2020c). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2019*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile#:~:text=Nimmt%20man%20die%20Stichtagsdaten%20zum,2019%20bet%C3%A4gt%204%2C13%20Millionen](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Nimmt%20man%20die%20Stichtagsdaten%20zum,2019%20bet%C3%A4gt%204%2C13%20Millionen) [13.02.2021].
- Steiner, A. (2015). *The Lived Experiences of Sandwich Generation Women and Their Health Behaviours* [Masterarbeit]. Waterloo: Wilfrid Laurier University. <https://scholars.wlu.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2817&context=etd> [22.08.2020].
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care* (Repr.). Routledge: New York, London.
- Vosman, F. & Conradi, E. (2016). Einleitung - Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. In E. Conradi & F. Vosman (Hg.), *Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik* (S. 13–30). Campus: Frankfurt/Main, New York.
- Vosman, F. (2016). Kartographie einer Ethik der Achtsamkeit - Rezeption und Entwicklung in Europa. In E. Conradi & F. Vosman (Hg.), *Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik* (S. 33–51). Campus: Frankfurt/Main, New York.
- Williams, C. (2004). *The sandwich generation*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-008-x/2005001/article/7033-eng.pdf> [10.01.2021].
- Zahavi, D. (2007). *Phänomenologie für Einsteiger*. Fink: Paderborn.
- Zahavi, D. & Martiny, K. M. M. (2019). Phenomenology in nursing studies: New perspectives. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 155–162.

## **Thesen**

- (1) Das Phänomen ‚multiple Sorgeerfordernisse‘ bezeichnet die gleichzeitige Übernahme von Erziehungs- und Pflegeverantwortung und beschreibt eine komplexe Lebenssituation, insbesondere wenn dies mit einer Berufstätigkeit vereinbart wird.
- (2) Zu diesem Phänomen liegen wenige Forschungsergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum vor.
- (3) Die interpretativ-phänomenologische Analyse der mit narrativen Interviews erhobenen Daten stellt einen geeigneten Zugang dar, um Erkenntnisse über die Lebenswelt von berufstätigen Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung zu gewinnen.
- (4) Kennzeichnend für diese Lebenswelt sind die Themen ‚Alltagsleben‘, ‚Priorisierung von Sorge‘, ‚Sorge und Schuld‘, ‚Familiales Gefüge‘, ‚Pflege‘, ‚Erwerbstätigkeit‘ sowie ‚Suche nach Unterstützung‘, die durch das konstitutive Muster ‚Sorge und Verantwortung tragen‘ verbunden und gerahmt werden.
- (5) Die Priorisierung von Sorge infolge umfangreicher und/oder langandauernder Sorgebedarfe ist Ausdruck einer Begrenztheit in den Möglichkeiten, Sorge zu tragen.
- (6) Eine entlastende Wirkung professioneller Unterstützungsangebote bleibt häufig aus, da keine Verantwortung übernommen, d. h. mitgetragen wird.
- (7) Unterstützungsangebote für berufstätige Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung sollten sich an der spezifischen Lebenssituation der betroffenen Personen orientieren.
- (8) Care-theoretische Annahmen können einen gemeinsamen Ausgangspunkt für familiäre und professionelle Pflege bilden, indem ‚Sorge und Verantwortung tragen‘ in den Mittelpunkt gestellt wird.

## **Anlagen**

## Studieninformationen

- Die Studie ist eine pflegewissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Doktorgrades an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG

- Die Studie wird von der Ernst-Abbe-Hochschule Jena gefördert.



**Ernst-Abbe-Hochschule Jena**  
University of Applied Sciences

- Das Promotionsvorhaben wird von Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer (MLU Halle-Wittenberg) und Herrn Prof. Dr. Stephan Dorschner (EAH Jena) betreut.
- Die Interviews werden durch die Promovandin Dorothee Bauernschmidt geführt.

## Kontakt

**Studienverantwortliche Person:**  
**Dorothee Bauernschmidt, M. Sc.**  
 Promovandin der Internationalen Graduierten Akademie InGrA, Halle Ernst-Abbe-Hochschule Jena  
 Fachbereich Gesundheit und Pflege  
 Postfach 10 03 14  
 07703 Jena  
 Tel.: 03641 / 205 856  
 Email: Dorothee.Bauernschmidt@eah-jena.de

**Betreuer/-in:**  
**Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer**  
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
 Medizinische Fakultät  
 Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
 Magdeburger Str. 8  
 06112 Halle (Saale)  
 Tel.: 0345 / 557 4466  
 www.medin.uni-halle.de/pflegewissenschaft

**Prof. Dr. phil. Stephan Dorschner**  
 Ernst-Abbe-Hochschule Jena  
 Fachbereich Gesundheit und Pflege  
 Carl-Zeiss-Promenade 2  
 07745 Jena  
 Tel.: 03641 / 205 850  
 www.eah-jena.de/fhj/gp



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG

# FAMILIE – PFLEGE – BERUF



Die Lebenswelt von  
berufstätigen Personen mit  
gleichzeitiger Erziehungs- und  
Pflegeverantwortung



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG



**Ernst-Abbe-Hochschule Jena**  
University of Applied Sciences

## Hintergrund

Familie ist der zentrale Ort, an dem Sorgearbeit für nahestehende Personen erbracht wird.

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung, der Zunahme pflegebedürftiger Menschen und der späteren Familiengründung sorgen immer mehr Menschen gleichzeitig für Kinder und für pflegebedürftige Angehörige und gehen einer Erwerbstätigkeit nach.

Bislang gibt es in Deutschland kaum Erkenntnisse über die Lebenssituation von Personen, die die Erziehung minderjähriger Kinder und die Pflege von nahestehenden Menschen mit einer Berufstätigkeit vereinbaren.

Deshalb werden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung betroffene Personen befragt, wie sie diese Situation erleben und welche Unterstützung sie erhalten oder sich wünschen würden.

Sollten Sie gleichzeitig für minderjährige Kinder und pflegebedürftige Angehörige sorgen und berufstätig sein, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie sich mit uns in Verbindung setzen.

## Ziele und Methoden

### Ziele

- Es wird untersucht, wie Personen ihre Lebenssituation wahrnehmen, die Familie, Pflege und Beruf miteinander vereinbaren.
- Zusätzlich wird der Frage nachgegangen, welche Unterstützungsangebote in Anspruch genommen werden und inwieweit diese die befragten Personen entlasten.

### Methoden

- Mit den teilnehmenden Personen wird ein Interview geführt.
- Das Gespräch wird auf einem Tonträger aufgezeichnet und ohne Nennung von Namen, Ort oder anderen persönlichen Daten (pseudonymisiert) verschriftlicht.
- Die verschriftlichten Daten werden wissenschaftlich ausgewertet.
- Eine finanzielle Aufwandsentschädigung kann nicht gewährt werden.

## Vorgehen

### Wenn Sie an der Studie teilnehmen,

- haben Sie die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen, ggf. auch Belastungen und Sorgen ausführlich in einem vertraulichen Rahmen zu schildern.
- bestimmen Sie den Ort und die Dauer des Interviews. Der zeitliche Aufwand beträgt ca. 1-2 Stunden.
- können Sie das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden.
- erhalten Sie nach Abschluss der Untersuchung einen Kurzbericht über die Ergebnisse der Studie.

Mit einer Studienteilnahme gewähren Sie Einblicke in Ihre Lebenssituation, wodurch ein besseres Verständnis entwickelt werden kann.

Dies kann dazu beitragen, dass Unterstützungsmaßnahmen besser an die Bedürfnisse der betroffenen Personen angepasst werden können.



Dorothee Bauenschmidt, M. Sc.  
Studienverantwortliche Person



## Informationsschreiben und Einwilligungserklärung



**MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG**

Medizinische Fakultät

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
Leiterin: Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, PF 302, 06097 Halle (Saale)

Dorothee Bauernschmidt, M. Sc.  
Promovendin der Internationalen Graduiertenakademie  
InGrA  
Ernst-Abbe-Hochschule Jena  
Fachbereich Gesundheit und Pflege  
Postfach 10 03 14  
07703 Jena  
Tel: 03641 / 205 856  
E-Mail: Dorothee.Bauernschmidt@eah-jena.de

### Informationsschreiben für die Mitwirkenden an der pflegewissenschaftlichen Studie

**„Die Lebenswelt erwerbstätiger Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und  
Pflegerverantwortung. Eine phänomenologische Studie.“**

#### Allgemeine Informationen zur vorliegenden Untersuchung

Familie ist der zentrale Ort, an dem Sorgearbeit für nahestehende Personen erbracht wird. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen sowie dem Trend zur späteren Familiengründung werden einige Personen mit mehrfachen Sorgeerfordernissen konfrontiert, die sie zudem mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren.

Bislang gibt es kaum Erkenntnisse über die Lebenssituation von Personen, die die Erziehung minderjähriger Kinder und die Pflege von nahestehenden Menschen mit einer Berufstätigkeit vereinbaren. Deshalb werden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung betroffene Personen dazu befragt, wie sie diese Situation erleben und welche Unterstützung sie erhalten bzw. wünschen.

Es sollen 20-30 Interviews geführt werden. Um unterschiedliche Sichtweisen zu erfassen, können mehrere Personen einer Familie befragt werden, wenn diese damit einverstanden sind.

Die Studie ist eine pflegewissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Doktorgrades an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und wird von der Ernst-Abbe-Hochschule Jena gefördert. Das Promotionsvorhaben wird von Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer (MLU Halle-Wittenberg) und Herrn Prof. Dr. Stephan Dorschner (EAH Jena) betreut. Die Interviews werden durch die Promovendin Dorothee Bauernschmidt geführt.

#### Ziele der Studie

Mit dieser Studie sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie Personen ihre Lebenssituation wahrnehmen, die gleichzeitig für ein oder mehrere minderjährige(s) Kind(er) und für pflegebedürftige Angehörige sorgen sowie einer Berufstätigkeit nachgehen.

Es wird auch untersucht, welche Unterstützungsangebote in Anspruch genommen werden und inwieweit diese geeignet sind, die befragten Personen zu entlasten.

#### **Vorgehensweise**

Sollten Sie sich zur Teilnahme an der Studie entschließen, wird mit Ihnen ein Interview geführt. Sie werden gebeten zu erzählen, wie es zu Ihrer aktuellen Lebenssituation gekommen ist und wie es Ihnen geht.

Ort und Dauer des Interviews werden von Ihnen bestimmt. Der Zeitaufwand liegt bei ca. 1-2 Stunden. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, das Interview ohne Angabe von Gründen zu beenden.

Das Interview wird auf einem Tonträger aufgezeichnet. Diese Aufnahme wird in pseudonymisierter Form verschriftlicht und gemeinsam mit anderen pseudonymisierten Daten zu Ihrer Lebenssituation wissenschaftlich ausgewertet.

Pseudonymisiert bedeutet, dass für die Identifizierung der erhobenen Daten keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode. Eine Zuordnung der pseudonymisierten Daten zu Ihrer Person ist nur durch eine Referenzliste möglich, die ausschließlich den an der Studie beteiligten Personen zugänglich ist. Alle Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die relevanten Bestimmungen der Datenschutzgesetze des Bundes und des Landes Sachsen-Anhalt werden eingehalten.

Die Daten werden nach Abschluss der Studie, spätestens jedoch nach fünf Jahren, gelöscht.

Bei der Veröffentlichung von Studienergebnissen oder von Zitaten aus dem Interview kann kein Bezug zu Ihrer Person hergestellt werden.

Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen. Sie haben das Recht, fehlerhafte Daten berichtigen zu lassen. Außerdem können Sie jederzeit Ihre Einwilligung widerrufen. In diesem Fall werden Ihre gespeicherten Daten gelöscht.

#### **Freiwilligkeit der Teilnahme**

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Durch die Teilnahme oder Nichtteilnahme entstehen keine Vorteile oder Nachteile für Sie.

#### **Möglicher Nutzen und mögliche Risiken der Teilnahme**

Durch die Studienteilnahme bietet sich Ihnen die Möglichkeit, Ihre Sichtweisen und Erfahrungen, ggf. auch Belastungen und Sorgen zu Ihrer aktuellen Lebenssituation ausführlich und in einem vertraulichen Rahmen zu schildern.

Dies kann auch Themen beinhalten, die Sie persönlich stark berühren. In diesem Fall wird die Tonaufzeichnung beendet. In einem Gespräch können Sie die Ursachen für die starke Belastung beschreiben und gemeinsam mit der Interviewenden nach möglichen Lösungsmöglichkeiten suchen.

#### **Einsichtnahme in die Ergebnisse der Studie**

Nach Abschluss der Untersuchung erhalten Sie einen Kurzbericht über die Ergebnisse der Studie. Für Fragen oder eine weitere Einsichtnahme stehe ich unter den oben genannten Kontaktdaten sehr gerne persönlich zur Verfügung.

## **Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der pflegewissenschaftlichen Studie**

**„Die Lebenswelt erwerbstätiger Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und  
Pflegeverantwortung. Eine phänomenologische Studie.“**

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die oben genannte Studie vollständig über  
Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben  
gelesen und verstanden.

Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich habe die Antworten verstanden und  
akzeptiere sie. Ich bin über die mit der Teilnahme an der Studie verbundenen Risiken und  
auch über den möglichen Nutzen informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass  
die Teilnahme freiwillig ist.

Ich willige ein, dass das für den Zweck der oben genannten Studie durchgeführte Interview  
auf Tonträger aufgezeichnet wird. Diese Aufnahme darf in pseudonymisierter (d.h.  
verschlüsselter) Form verschriftlicht und gemeinsam mit anderen pseudonymisierten  
Daten zu meiner Lebenssituation wissenschaftlich ausgewertet werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen  
jederzeit widerrufen kann, dass bei einem Widerruf die erhobenen Daten gelöscht werden  
und dass bei der Veröffentlichung von Zitaten aus dem Interview und von  
Studienergebnissen kein Bezug zu meiner Person hergestellt werden kann.

Für Fragen kann ich mich jederzeit telefonisch unter 03641 / 205 856 oder per Email  
Dorothee.Bauernschmidt@eah-jena.de an die verantwortliche Person wenden.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einwilligungserklärung erhalten.  
Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der/des Teilnehmenden

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der Interviewenden

## Erklärung zur Nutzung der Daten nach Studienabschluss

Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt für fünf Jahre gespeichert werden und damit potentiell für eine weitere wissenschaftliche Verwendung zur Verfügung stehen.

Eine erneute Auswertung der Interviews zu einem späteren Zeitpunkt wird nur zur Beantwortung ähnlicher Fragestellungen und ausschließlich durch die verantwortliche Person der vorliegenden Studie durchgeführt. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten.

Die Daten liegen weiterhin in pseudonymisierter Form vor und können über die Referenzliste meiner Person zugeordnet werden. Für die wissenschaftliche Nachnutzung werden alle vorgenannten datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten, sodass bei der Veröffentlichung von Zitaten aus dem Interview und von Studienergebnissen kein Bezug zu meiner Person hergestellt werden kann.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Mit einer wissenschaftlichen Nachnutzung meiner Daten unter den aufgeführten Bedingungen bin ich

einverstanden.

nicht einverstanden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der/des Teilnehmenden

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der Interviewenden

# Erhebungsbogen für soziodemographische Daten und Merkmale des Pflegearrangements



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG



Medizinische Fakultät

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
Leiterin: Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, PF 302, 06097 Halle (Saale)

Dorothee Bauernschmidt, M. Sc.

Promovendin der Internationalen Graduiertenakademie

InGrA

Ernst-Abbe-Hochschule Jena

Fachbereich Gesundheit und Pflege

Postfach 10 03 14

07703 Jena

Tel.: 03641 / 205 856

E-Mail: Dorothee.Bauernschmidt@eah-jena.de

**Die Lebenswelt erwerbstätiger Personen mit gleichzeitiger Erziehungs- und Pflegeverantwortung.  
Eine phänomenologische Studie.**

**Erhebungsbogen für die soziodemographischen Daten und Merkmale des Pflegearrangements**

Studien-Code:		
Studienteilnehmer/ -in		
Alter: (in Jahren)		
Familienstand:	ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, in Lebenspartnerschaft lebend, Lebenspartnerschaft aufgehoben, Lebenspartner verstorben	
aktuelle berufliche Tätigkeit:		Wochenarbeitszeit: (in Stunden)
Schulabschluss:	Hauptschulabschluss, Realschulabschluss (oder gleichwertig), Fachhochschul- oder Hochschulreife, ohne allgemeinen Schulabschluss	
Konfession:	röm.-kath., ev.-luth., jüdisch, muslimisch, andere, konfessionslos	

Geschwister:	Anzahl:
	Wohnentfernung: (in km)

Kind(er):	Anzahl:	Alter:
	Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder:	
	besondere Unterstützungsbedarfe:	

Nutzung von Unterstützungsangeboten zur Kinderbetreuung (Personen/Institutionen und Umfang)	
familiäre Unterstützung:	
informelle Unterstützung:	
formelle Betreuung:	Tagesmutter, Kinderkrippe bzw. -garten, Mittags- bzw. Hausaufgabenbetreuung, Hort

Pflegeempfangende Person	
(Verwandtschafts-) Verhältnis:	
Alter: (in Jahren)	
Grund für Pflegebedürftigkeit/ Diagnose(n):	
Pflegegrad:	
Pflegedauer durch befragte Person:	
Wohnsituation:	im eigenen Haushalt lebend, im Haushalt der Pflegeperson lebend, im Haushalt anderer Personen lebend, in stationärer Pflegeeinrichtung lebend

Nutzung von Unterstützungsangeboten bei der Pflege (Personen/Institutionen und Umfang)	
familiale Unterstützung:	
informelle Unterstützung:	
formelle Unterstützung:	Ambulanter Pflegedienst, Tagespflege, Menüservice, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, stationäre Pflege, Beratungsangebote, Pflegezeit, Familienpflegezeit

## **Anhang**

### **Selbständigkeitserklärung**

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

---

Ort, Datum

---

Dorothee Bauernschmidt

### **Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

---

Ort, Datum

---

Dorothee Bauernschmidt



## **Danksagung**

Ganz herzlich danke ich den Teilnehmenden der Studie, die in einer fordernden Lebenssituation die Zeit und das Vertrauen für ein Interview aufgebracht haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, die das Dissertationsvorhaben vertrauensvoll unterstützt und überaus kompetent, zugewandt und geduldig betreut hat und darüber hinaus auch jederzeit bei allen Fragen zur beruflichen Entwicklung zur Seite stand.

Für die Begleitung der Arbeit danke ich ebenfalls Herrn Prof. Dr. phil. Stephan Dorschner, dessen Unterstützung die Realisierung des Vorhabens im Rahmen der Promotionsförderung durch die Ernst-Abbe-Hochschule Jena erst möglich gemacht hat. Durch diese dreijährige Förderung konnte die Vereinbarung von Familie und Promotion gelingen, weshalb sich mein Dank auch an die Ernst-Abbe-Hochschule Jena richtet.

Bei den Dozierenden und Promovierenden der Internationalen Graduiertenakademie (InGrA) des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg möchte ich mich für die konstruktive Kritik, die anregenden Diskussionen und den anteilnehmenden Austausch in den verschiedenen Phasen der Promotion bedanken.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Mutter, die über lange Jahre hinweg bereitwillig viele Reisen auf sich genommen hat und jederzeit für die Kinderbetreuung zur Verfügung stand.

Alle Höhen und Tiefen im Verlauf der Promotion haben mein Mann und unsere Söhne mit mir erfahren und durchlebt. Ihnen gebührt ein besonderer Dank für die geduldige Hinnahme von Abwesenheit und für die unermüdliche Unterstützung.