



FIFAS

Freiburger Institut für
angewandte
Sozialwissenschaft e.V.

Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management

Anlage II:

„Pflegekulturelle Orientierungen“

Die Annaberg-Unna-Studie. Eine empirische Untersuchung über Erwartungen und Präferenzen, Innovationsbereitschaft und Traditionsverbundenheit, Nahraum- und Fernraumsolidarität (Baldo Blinkert/Thomas Klie)

Pflegekulturelle Orientierungen

Die Annaberg-Unna-Studie.

Eine empirische Untersuchung über Erwartungen und Präferenzen,
Innovationsbereitschaft und Traditionsverbundenheit,
Nahraum- und Fernraumsolidarität.

Baldo Blinkert

Thomas Klie

Freiburg, Juli 2006

Herausgeber:

Freiburger Institut für
angewandte Sozialwissenschaft –
FIFAS e.V.

Erasmusstr. 16
79098 Freiburg

Tel.: 0761 / 28 83 64
Fax: 0761 / 29 27 493
E-Mail: info@fifas.de
Web: www.fifas.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Anmerkungen und Erläuterungen zur Fragestellung und Darstellung	1
2. „Soziologische Basisvariablen“ – Bedingungen, mit denen sich pflegekulturelle Orientierungen erklären lassen – die „unabhängigen Variablen“	8
2.1 Persönlich-biografische Verhältnisse	9
2.2 Verankerung im gesellschaftlichen Umfeld: kirchliche Bindungen, Erwerbstätigkeit, soziale Milieus	13
3. Eigene Pflegeerfahrungen.....	26
4. Wie würde man mit der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen umgehen?	36
4.1 Entscheidungen in einer Dilemma-Situation: Wie wird die Entscheidung zur Heimversorgung der eigenen Mutter bewertet?	36
4.2 „Bewältigungskompetenz“: Würde man sich die Versorgung einer nahe stehenden pflegebedürftigen Person selber zutrauen oder würde man Hilfe und Beratung brauchen?	44
4.3 Was ist zu tun, wenn eine nahe stehende Person pflegebedürftig wird?	48
5. Was würde man bevorzugen, wenn es um die eigene Pflegebedürftigkeit geht?	59
5.1 Wie „wahrscheinlich“ ist Pflegebedürftigkeit? Wie gesichert ist die Versorgung?.....	59
5.2 Stellenwert des Pflegebudgets bei eigener Pflegebedürftigkeit – neue Optionen für Leistungserbringung, Organisation der Pflege und Bezahlung von Leistungen	62
6. Bürgerschaftliches Engagement im Landkreis Annaberg – Sozialkapital als zivilgesellschaftliche Ressource	74
6.1 Gemeinschaftsaktivitäten und Ehrenamt in den Landkreisen Annaberg und Unna.....	74
6.2 „Nahraum“- und „Fernraumsolidarität“	82
7. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen – zwei „Pflegekulturen“?	90
8. Pflegepolitische Konsequenzen.....	94
Literatur.....	97

Anhang: Fragebogen der persönlich-mündlichen Befragung in Unna

1. Einleitung: Anmerkungen und Erläuterungen zur Fragestellung und Darstellung

Pflegekulturelle Orientierungen

Im Vordergrund der Untersuchungen für die Landkreise Unna und Annaberg steht die Frage nach der Bedeutung und Ausprägung von „pflegekulturellen Orientierungen“.¹ Darunter verstehen wir die Gesamtheit aller Präferenzen und Absichten im Hinblick auf die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit: Wo soll gepflegt werden – zuhause oder in einem Heim? Wer soll für die Pflege verantwortlich sein, wer soll an ihr beteiligt sein? Welchen Stellenwert sollen informell geleistete Hilfen gegenüber fachlich-professionellen Leistungen haben? Welche Verpflichtung soll die Allgemeinheit übernehmen? Wer soll die Kosten der Versorgung tragen? Und wie soll eine Bezahlung von Leistungserbringern erfolgen – über die Pflegekasse oder in eigener Verantwortung? Zu diesen Orientierungen gehören auch die Begründungen für Präferenzen und Entscheidungen, damit also auch die moralischen oder sonstigen Erwägungen, die letztlich dahinter stehen. Wir haben bewusst den Begriff „Kultur“ gewählt: Zum einen, weil wir der Meinung sind, dass Pflegen in einem umfassenden Sinnzusammenhang thematisiert werden muss und zum anderen, weil die Art und Weise, wie eine Gesellschaft mit Pflegebedürftigkeit umgeht in einer ganz zentralen Weise auf ihre kulturelle und zivilisatorische Verfasstheit verweist.

Wir alle wissen, dass wir pflegebedürftig werden können. Das zumindest glauben mehr als 90 % der in unserer Stichprobe für die beiden Landkreise befragten 40- bis 65-Jährigen. Und diese Vorstellung ist gar nicht so unrealistisch, denn wir können als 40-Jährige mit einer Lebenserwartung rechnen, die bei 80 Jahren liegt. Das heißt aber, dass viele von uns älter als 80 werden und in dieser Altersgruppe liegt die Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit schon bei 25 % und wenn wir gar älter als 90 werden, müssen wir mit einer Wahrscheinlichkeit rechnen, die deutlich über 50 % liegt. Pflegebedürftigkeit ist also in der Wahrnehmung der Bevölkerung ein ganz normales Risiko geworden – fast so normal wie das Sterben. Dieses Risiko beschäftigt die Menschen und lässt auch ein Bedürfnis nach Sicherheit entstehen sowie Erwartungen darüber, wie man im Falle des Eintretens dieses Risikos versorgt werden möchte.

Pflegebedürftige Menschen haben also einen Versorgungsbedarf und sie haben Erwartungen, wie dieser Bedarf gedeckt werden soll. Der Versorgungsbedarf hängt wesentlich von der Art und von dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit ab. Die Erwartungen bringen Präferenzen über eine optimale Versorgung zum Ausdruck, aber auch kulturell geprägte Leitbilder über

¹ Zum Begriff der Pflegekultur in seinen unterschiedlichen Schattierungen: Hils, A.: Die Kultur der Pflege. Auf der Suche nach einem Wort. Versuch einer Synthese. Diplomarbeit an der EFH Freiburg. Freiburg: 2006

Solidarität und Versorgungspraktiken. In unserer Kultur dominiert noch weitgehend das Leitbild einer häuslichen Versorgung und die Erwartung, dass diese Versorgung solidarisch und geleitet von der Reziprozitätsnorm durch die Primärgruppe – Familie und Angehörige – getragen wird. Dieses Leitbild fand auch Eingang in die Pflegeversicherung, die nach wie vor voraussetzt, dass ein großer Teil der Versorgungsleistungen unentgeltlich und solidarisch von der Familie erbracht wird. Die Frage ist jedoch, ob das alles noch zutreffend ist. Wenn wir von der Pflegestatistik ausgehen, scheint sich dieses Bild eher zu bestätigen. Noch immer wird die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen (70 %) häuslich versorgt und von diesen wiederum die Mehrheit (65 %) ohne Inanspruchnahme von professionellen Pflegediensten, sondern allein durch Angehörige – mit besonderer Beteiligung von Frauen, von Töchtern, Schwiegertöchtern oder Ehefrauen, bzw. Lebensgefährtinnen. Diese überproportionale Beteiligung von Frauen an der Pflege lässt sich im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückführen: auf eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Beteiligung am Erwerbsleben und damit verbundene Rollenzuschreibungen einerseits und auf die höhere Lebenserwartung von Frauen, die deutlich häufiger als Männer der überlebende und damit pflegende Teil einer Partnerschaft sind andererseits.

Die Frage, die uns alle beschäftigen muss ist nun, ob die Pflege weiterhin so realisiert werden kann, ob das Risiko der Pflegebedürftigkeit auch künftig auf diese Weise abgedeckt sein kann und ob wir damit rechnen können, dass die damit verbundenen und auch die Gesetzgebung noch immer bestimmenden Erwartungen und Ansprüche auch in der Zukunft erfüllt sein werden. Die Frage wird auch sein, für wen das zutrifft und für wen nicht. Wir müssen also auch nach der sozialen Verteilung von Versorgungschancen fragen – wie diese heute aussieht und wie sich diese Verteilung entwickeln könnte.

Auf die allein mit der demografischen Entwicklung verbundenen Risiken müssen wir hier nicht mehr eingehen. Durch die Simulation verschiedener Szenarien konnten wir zeigen, dass mit einer „Scherenentwicklung“ zu rechnen ist: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich bis 2050 mehr als verdoppeln; das „informelle Pflegepotential“ wird dagegen allein aus demografischen Gründen um rund 40 % sinken.² Die künftigen Chancen für eine häusliche Versorgung durch Angehörige sehen also nicht sehr gut aus.

Pflegekulturelle Orientierungen entstehen einerseits in einem je spezifischen biografischen Kontext, andererseits sind sie aber auch in der Sozialstruktur verankert. Damit wird auch schon angedeutet, in welcher Richtung nach Erklärungen für die Entstehung von pflegekulturellen Orientierungen zu suchen ist. Zum einen ist damit zu rechnen, dass persönliche Umstände und Lebenserfahrungen auch mit spezifischen Präferenzen und auf Pflegebedürftigkeit

² Blinkert, B.; Klie, Th.; Roloff J.: Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differenzierenden Arrangements und private Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Freiburg: 2001

bezogenen Sinnzusammenhängen verbunden sein werden: u.a. Alter, Familiensituation, Geschlecht und Pflegeerfahrungen. Zum anderen ist zu erwarten, dass pflegekulturelle Orientierungen sich auch durch die Strukturierungsmerkmale moderner Gesellschaften erklären lassen, die natürlich wiederum nur durch persönliche Erfahrungen und damit subjektiven Sinn ihre Wirkung entfalten können.

Unsere Untersuchungen für die Landkreise Annaberg und Unna knüpfen an die Vorläufer-Studien in Kassel und Munderkingen an.³ Diese Forschungen haben bereits deutlich gemacht, dass pflegekulturelle Orientierungen nicht zufällig in der Gesellschaft verteilt sind. Eines der auch pflegepolitisch bedeutsamen Ergebnisse war, dass sich für Pflegebereitschaften eine soziokulturelle Verankerung ausmachen lässt. Es zeigte sich, dass die Präferenz für das Arrangement „selber zuhause pflegen“ am stärksten in den sozialen Milieus verankert ist, deren quantitative Bedeutung in der Vergangenheit kontinuierlich abgenommen hat und wahrscheinlich auch weiter abnehmen wird. Unsere bisherigen Forschungen konnten zeigen, dass der Modernisierungsprozess auch vor der Versorgung pflegebedürftiger Menschen nicht Halt macht. Es wäre erstaunlich wenn es anders wäre. Wir konnten im Rahmen unserer Forschungen auch Belege und Interpretationen präsentieren, die im Hinblick auf die Verteilung von Risiken und Chancen eine Art „umgekehrte Privilegierung“ erkennen lassen: Die „Gewinner“ von Modernisierungsprozessen werden im Falle von Pflegebedürftigkeit eher mit Benachteiligungen rechnen müssen – die „Verlierer“ dagegen können eher mit relativen Vorteilen rechnen.

Ob sich diese Regelmäßigkeit auch für die Landkreise Unna und Annaberg beobachten lässt, wurde zu einer zentralen Frage unserer Untersuchungen. Während die Kassel- und Munderkingen-Studien z.T. noch einen eher explorativen Charakter hatten, konnten wir nun sehr viel gezielter und in mancher Hinsicht auch mit verbesserten methodischen Werkzeugen an das Thema herangehen. Was die Untersuchungen für Unna und Annaberg aber am deutlichsten von den Vorläufern unterscheidet sind zusätzliche Fragestellungen, die sich daraus ergeben haben, dass diese Studien im Zusammenhang mit der von uns übernommenen Begleitforschung zur Einführung eines personenbezogenen Pflegebudgets durchgeführt werden konnten.⁴ Diese Fragen sind eine Erweiterung unseres bisherigen Konzeptes und beziehen sich auf die mit der Einführung eines persönlichen Pflegebudgets verbundenen neuen Versorgungsmöglichkeiten.⁵ Wir wollten wissen, wie diese neuen Möglichkeiten als Optionen bei Überlegungen hinsichtlich der eigenen Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit bewertet werden.

³ Blinkert, B.; Klie, Th.: Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: 2004

⁴ Wir sind unserem Auftraggeber außerordentlich dankbar, dass er uns die Möglichkeit zu dieser Erweiterung unserer Begleitforschung eingeräumt hat. Die Ergebnisse der Unna- und Annaberg-Studien zeigen ja auch deutlich, wie wichtig es war, die ursprüngliche Fragestellung der Begleitforschung in diesem Sinne zu erweitern.

⁵ Zum Thema „Pflegebudget“ vgl. Klie, Th.; Spermann, A. (Hrsg.): Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen. Hannover: 2004

Beschränkung der Untersuchungen auf die Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen

Unsere Untersuchungen haben wir auch diesmal – wie in Kassel und Munderkingen – auf die Altersgruppe der jetzt 40- bis 65-Jährigen beschränkt. Das sind Altersgruppen, die sich als „pflegenaher Jahrgänge“ bezeichnen lassen – und zwar in einem doppelten Sinne: In dieser Altersgruppe muss man damit rechnen, dass in absehbarer Zeit Versorgungsverpflichtungen entstehen – derart, dass eine nahe stehende Person pflegebedürftig wird und man entscheiden muss, in welcher Weise eine Versorgung sichergestellt werden kann. Zum anderen aber rücken Personen in diesem Alter einer Lebensphase immer näher, in der mit einem erhöhten Risiko der Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist. Es ist deshalb nahe liegend, in dieser Altersgruppe auch die Frage nach Vorstellungen über eine eigene Versorgung bei Pflegebedürftigkeit zu stellen.

Wie „repräsentativ“ ist unsere Stichprobe?

Unsere Untersuchung ist aufgrund dieser altersmäßigen Festlegung natürlich nicht repräsentativ für die gesamte deutsche Bevölkerung. Sie ist es aber auch nicht für die Grundgesamtheit der 40- bis 65-Jährigen, denn sie wurde in zwei *Landkreisen* durchgeführt und damit besonders in Orten, in denen ländliche oder allenfalls kleinstädtische Bedingungen für die Lebensverhältnisse maßgeblich sind. In modernen Gesellschaften verringern sich zwar die Unterschiede zwischen „Stadt“ und „Land“, aber sie verschwinden nicht. Und in anderen Studien konnten wir beobachten, dass gerade was die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit angeht, die Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen beachtlich sind.⁶ Für welche Grundgesamtheit sind dann unsere Ergebnisse generalisierbar? Auf jeden Fall für jeden der beiden Landkreise für sich genommen und zwar für die Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen. Sowohl für den Landkreis Unna, wie auch für den Landkreis Annaberg ist die Stichprobe groß genug, dass sich die Schätzfehler in vertretbaren Grenzen halten. In Unna konnten wir 475 Personen durch ein persönlich mündliches Interview (Anhang 2) befragen, in Annaberg 530 Personen. Wir können diese beiden Stichproben natürlich zusammenfassen und das dann als Grundlage ansehen, um auf die Verhältnisse von 40- bis 65-Jährigen in Landkreisen in ganz Deutschland zu generalisieren. Das geht jedoch nicht ohne weiteres, weil die neuen Bundesländer durch den Landkreis Annaberg überrepräsentiert sind. Wenn wir Ergebnisse für die beiden Stichproben insgesamt berichten, ist das nur sinnvoll, wenn wir eine Gewichtung vornehmen, um zu einer repräsentativen Proportionalität von alten und neuen Bundesländern zu kommen.

⁶ Vgl. dazu Blinkert, B.; Klie, Th.: Pflege im sozialen Wandel. Die Situation der Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: 1999

Gliederung des Berichts

Im zweiten Kapitel beschreiben wir „soziologische Basisvariablen“. Das sind Bedingungen und Merkmale, von denen wir annehmen, dass sie Gründe oder Ursachen für pflegekulturelle Orientierungen sein könnten. Diese Bedingungen und Merkmale beziehen sich einerseits auf die persönlich-biografische Situation der befragten Personen und andererseits auf ihre Einbettung in die Gesellschaftsstruktur. Es geht dabei um solche Sachverhalte wie Alter, Geschlecht, Familiensituation, Erwerbstätigkeit, kirchlich-religiöse Bindungen unserer Befragten und ihre Einordnung in soziale Milieus. Diejenigen, die direkt in das zentrale Thema dieser Untersuchungen einsteigen wollen, können dieses erste Kapitel überspringen, denn hier werden Sachverhalte beschrieben – die Definition, Messung und Verteilung „soziologischer Basisvariablen“ – die nur in einem mittelbaren Zusammenhang zu dem Thema „Pflege“ stehen. Wer also weniger an den soziologischen Definitionen und methodischen Operationen zur Erfassung dieser erklärenden Variablen interessiert ist, kann dieses erste Kapitel auslassen. Er (oder sie) wird aber merken, dass ein Verständnis der in den weiteren Kapiteln beschriebenen Zusammenhänge ohne die Erläuterungen in diesem Kapitel kaum möglich ist.

In Kapitel 3 beschreiben wir, über welche Pflegeerfahrungen die von uns befragten Personen verfügen. Wie groß ist der Anteil der 40- bis 65-Jährigen, die erlebt haben, wie eine nahe stehende Person pflegebedürftig wurde? Wie viele Befragte haben sich selber an der Versorgung beteiligt? Welche Erfahrungen mit Belastungen und Verzichten wurden dabei gemacht? In Kapitel 4 legen wir dar, welche pflegekulturellen Orientierungen wir unter verschiedenen Gesichtspunkten beobachten konnten, wenn es um die Versorgung einer nahe stehenden Person geht, die pflegebedürftig geworden ist. Würde man es sich zutrauen, allein damit fertig zu werden? Was für Arrangements würde man bevorzugen?

Das Kapitel 5 behandelt dann die Frage wie unsere 40- bis 65-Jährigen sich eine Versorgung vorstellen könnten, wenn sie selber pflegebedürftig werden sollten. Dabei wollen wir auch herauszufinden, wie Versorgungsmöglichkeiten und Leistungen bewertet werden, die sich durch die Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Casemanagement neu eröffnen könnten.

Das Kapitel 6 befasst sich dann mit einem Bereich, der eher einen mittelbaren Bezug zum Thema Pflegebedürftigkeit hat, aber in dieser indirekten Weise von allergrößter Bedeutung sein kann. Es geht dabei um das „soziale Kapital“ in den beiden Landkreisen, um die abrufbaren zivilgesellschaftlichen Ressourcen – konkret: es geht um die Frage nach Art und Ausmaß des ehrenamtlichen bürgerschaftlichen Engagements und um die Bedingungen, unter denen verschiedene Formen des Engagements zu erwarten sind. Der Bezug zu den pflegekulturellen Orientierungen wird dann auf die Weise hergestellt, dass Pflegebereitschaften gegenüber nahe stehenden Personen und zivilgesellschaftliches Engagement einen gemeinsamen Nenner haben, nämlich die Bereitschaft zu solidarischem Handeln, das aber unterschiedliche Ausprägungen haben kann, für die uns zur Bezeichnung die Begriffe „Nahraumsolidarität“ und „Fernraumsolidarität“ als geeignet erscheinen. Unsere Analysen können dann zeigen, dass

beide Typen von Solidarität in der Sozialstruktur verankert sind, aber in einer sehr unterschiedlichen Weise und dass diese Verankerung die gesellschaftlichen Konsequenzen von Modernisierungsprozessen widerspiegelt.

In Kapitel 7 gehen wir noch einmal auf zentrale Ergebnisse unserer Untersuchungen ein und versuchen die Frage zu beantworten, ob es in Deutschland „zwei Pflegekulturen“ gibt – eine für die alten und eine für die neuen Bundesländer.

Das Kapitel 8 schließlich unterbreitet und diskutiert pflegepolitische Folgerungen und Forderungen, die sich durch unsere Ergebnisse begründen lassen.

Zum Stil unserer Forschung und dieses Berichts

Ein komplexes Untersuchungsthema bedarf auch komplexer Methoden. Diese finden auch im Rahmen dieser Studie Anwendung, aber eher im „Hintergrund“.⁷ Methoden, die spezielle Kenntnisse in Statistik und Datenanalyse voraussetzen, haben wir zwar eingesetzt, um unseren Blick zu schärfen, aber bei der Darstellung von Ergebnissen verzichten wir darauf. Wir sind der Meinung, dass wirklich substantielle Ergebnisse auch in einer anschaulichen Weise mitteilbar sind. Im Bericht stellen wir Ergebnisse deshalb ganz überwiegend durch Grafiken dar. An dieser Stelle sei auch daran erinnert, dass die Wirklichkeiten, mit denen diese Forschung und dieser Bericht sich befassen, von „Natur aus“ nicht exakt sind. Solche im Forschungsprozess erfolgenden Einteilungen wie „liberal-bürgerliches Milieu“ oder „konventionelle moralische Begründungen“ sind in der sozialen Realität nicht klar abgrenzbar und eine Berichterstattung, in der diese und ähnliche Phänomene durch Prozentanteile mit Dezimalstellen beschrieben werden, würde eine Genauigkeit vortäuschen, die der Sache nicht angemessen ist.

Eine weitere Anmerkung ist zu dem Konzept der „statistischen Signifikanz“ angebracht. Hier hat sich in der Berichterstattung über Forschungsergebnisse ein Stil durchgesetzt, den man als „Signifikanzhuberei“ bezeichnen könnte. „Signifikanz“ – also eine geringe Irrtumswahrscheinlichkeit für das Zurückweisen einer „Nullhypothese“ – ist natürlich keine hinreichende Bedingung für die Bedeutsamkeit eines Forschungsergebnisses. Wenn die Stichprobe nur groß genug ist, sind auch Ergebnisse mit geringen Effektgrößen und vernachlässigbarer praktischer Relevanz „hochsignifikant“. Wir halten Signifikanz für ein wichtiges Kriterium, aber eben nur für eine notwendige Bedingung für die Relevanz eines Forschungsergebnisses und wir berichten Ergebnisse nicht allein deshalb weil sie signifikant sind. Wir erwähnen diese Stileigenheit unseres Berichtes weniger für den von uns vorausgesetzten Leserkreis, son-

⁷ Solche Methoden sind u.a. die Faktorenanalyse, logistische Regressionen und die auf Partialkorrelation und multipler Regression beruhende „Pfadanalyse“. Die Methode der Faktorenanalyse haben wir eingesetzt, um Skalen und Indices zu entwickeln und um ihre Brauchbarkeit zu überprüfen. Die logistische Regression ist eine brauchbare Methode, um Wahrscheinlichkeiten abzuschätzen. Mit der „Pfadanalyse“ haben wir gearbeitet, um multivariate Zusammenhänge herauszuarbeiten. Auf der Grundlage dieser Analysen haben wir versucht, die wichtigsten Ergebnisse in einfach zu lesende Diagramme zu übersetzen.

dern eher für diejenigen, die beim Lesen vielleicht die symbolischen Rituale der empirischen Sozialforschung vermissen. Ihnen – und auch allen anderen – sei versichert, dass wir nur solche Beziehungen und Zusammenhänge explizit berichten, für die sich eine Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 5 % ergeben hat. Die dabei vorausgesetzte Grundgesamtheit ist die Menge aller in Landkreisen lebenden Personen im Alter von 40 bis 65 Jahren.

2. „Soziologische Basisvariablen“ – Bedingungen, mit denen sich pflegekulturelle Orientierungen erklären lassen – die „unabhängigen Variablen“

Unter „Basisvariablen“ verstehen wir Merkmale der befragten Personen, die auf ihre Verortung in der Sozialstruktur der Bundesrepublik verweisen und von denen zu vermuten ist, dass sie einen Beitrag zur Erklärung von pflegekulturellen Orientierungen leisten könnten. Solche Variablen sind vor allem:

- Alter und Geschlecht
- Familiensituation: Familienstand, Haushaltsgröße, Zahl der Kinder
- Wohnsituation
- Konfessionszugehörigkeit und Kirchgangshäufigkeit
- Verankerung in der Sozialstruktur Deutschlands nach Ausbildung, Beruf, Einkommen und Milieuzugehörigkeit

Im Landkreis Annaberg wurde eine repräsentative Auswahl von 530 Personen im Alter zwischen 40 und 65 Jahren befragt.⁸ Die Stichprobe in Unna umfasst 475 Personen in dieser Altersgruppe. Für die beiden Regionen zusammen wurden also 1005 Personen durch ein persönlich-mündliches Interview befragt. Die neuen Bundesländer sind durch den Landkreis Annaberg überproportional in der Stichprobe vertreten. Um Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit der in Landkreisen der BRD lebenden 40- bis 65-Jährigen zu ermöglichen, wurde diese disproportionale Stichprobe so gewichtet, dass alte und neue Bundesländer gemäß ihren Anteilen an der Gesamtbevölkerung berücksichtigt werden.

Nahezu alle Befragten besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit: in Unna trifft das nur für 4 % nicht zu, in der Annaberg-Stichprobe gibt es keine Ausländer.

Die Berichterstattung für die Basisvariablen erfolgt insgesamt, d.h. für die beiden Regionen zusammen, wobei die gewichtete Stichprobe berücksichtigt wird. Zusätzlich berichten wir auch Verteilungen getrennt für die beiden Regionen, weil auf diese Weise ein Vergleich zwischen der Situation in den alten und neuen Bundesländern möglich ist. Soweit das möglich ist, werden für Vergleichszwecke auch die Verteilungen der für das Bundesgebiet repräsentativen Stichprobe für die Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen berichtet (ALLBUS 2004).⁹

⁸ Zusätzlich wurden im Landkreis Annaberg für eine Sonderauswertung für die Gemeinde Schlettau weitere 88 Personen befragt, die in diesem Bericht nicht berücksichtigt werden.

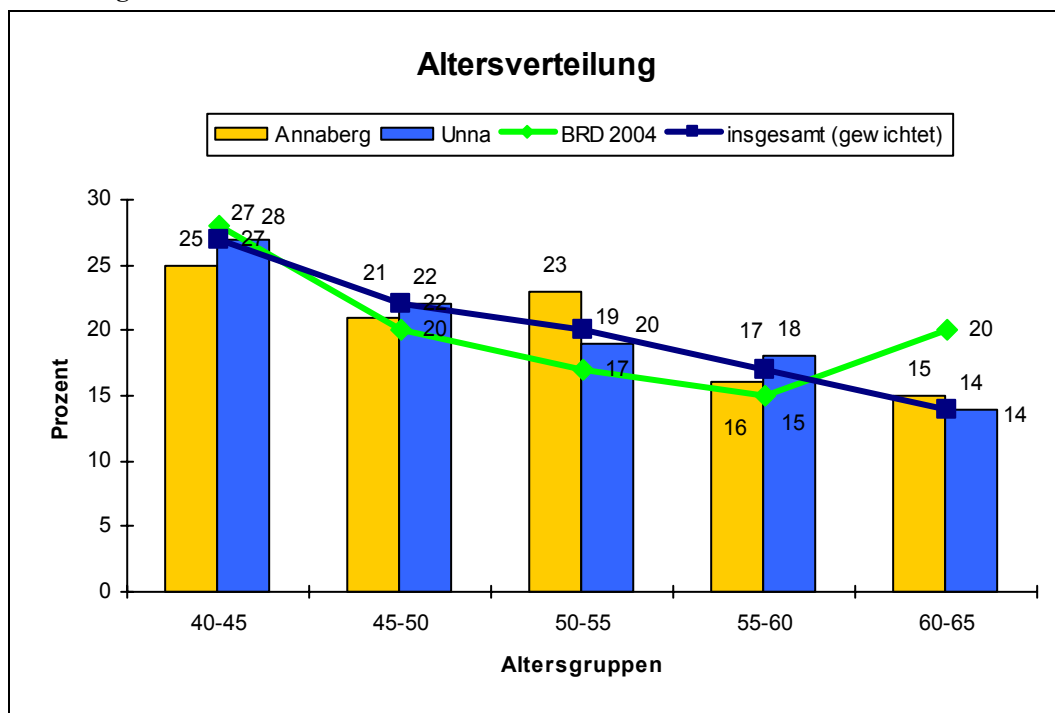
⁹ Die hier benutzten Daten entstammen der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ für das Jahr 2004 (ALLBUS 2004). ALLBUS ist in den Jahren 1980-86 und 1991 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert worden. Die weiteren Erhebungen wurden von Bund und Ländern über die GESIS (Gesellschaft sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen) finanziert. ALLBUS wird von ZUMA (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e.V., Mannheim) und Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung (Köln) in Zusammenarbeit mit dem ALLBUS-Ausschuss realisiert. Die Daten sind beim Zentralarchiv

2.1 Persönlich-biografische Verhältnisse

Alter und Geschlecht

Die in den Annaberg- und Unna-Stichproben realisierten Alters- und Geschlechtsverteilungen unterscheiden sich nur geringfügig von der Verteilung in einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe. Nur die Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen ist gegenüber dem Bundesdurchschnitt deutlich unterrepräsentiert.

Abbildung 1



Der Anteil der Frauen und Männer in den Stichproben für die Landkreise Unna und Annaberg entspricht ungefähr den Anteilen in der repräsentativen Stichprobe für das Bundesgebiet (51 %, 49 %).

Familiensituation

Die überwiegende Mehrheit der Befragten ist verheiratet, lebt mit dem Partner zusammen (78 % in Unna und Annaberg). Nur 11 % sind geschieden oder leben vom Partner getrennt. 4 % sind verwitwet und 7 % der 40- bis 65-Jährigen sind ledig. Zwischen Unna und Annaberg gibt es hinsichtlich dieser Anteile keine Unterschiede. Die Verhältnisse in beiden Regionen

entsprechen auch weitgehend den Anteilen in der für Deutschland repräsentativen ALLBUS-Stichprobe.

Unterschiede zwischen Annaberg und Unna gibt es jedoch im Hinblick auf Kinder: In Annaberg sind nur 7 % der Befragten kinderlos, in Unna dagegen 15 %. Rund 50 % der Befragten in beiden Regionen leben mit mindestens einem Kind im Haushalt zusammen.

Am häufigsten kommt der Haushaltstyp „zwei Erwachsene mit Kindern“ vor: in beiden Regionen etwas mehr als 40 %. Fast gleich häufig ist der Typ „zwei Erwachsene ohne Kinder“ (knapp 40 % in beiden Gebieten). Single-Haushalte haben einen Anteil von rund 10 %; die Konstellation „mehr als zwei Erwachsene mit Kindern“ kommt mit 5 % nur selten vor und noch seltener sind mit 4 % Alleinerziehenden-Haushalte.

Abbildung 2

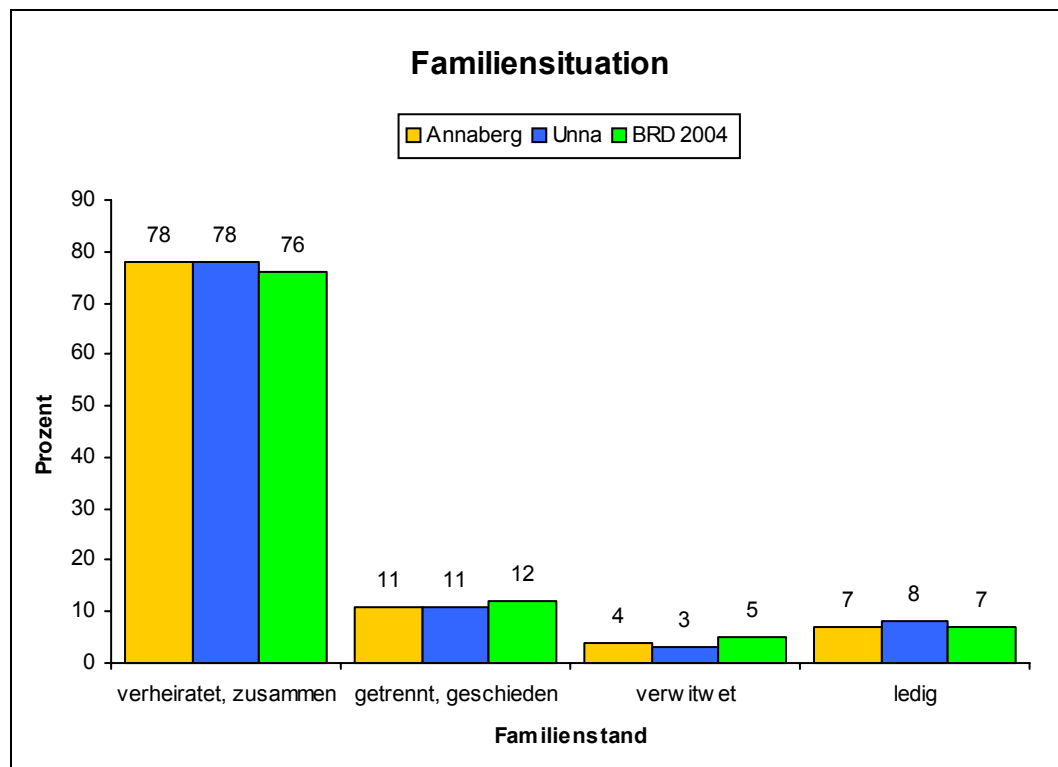
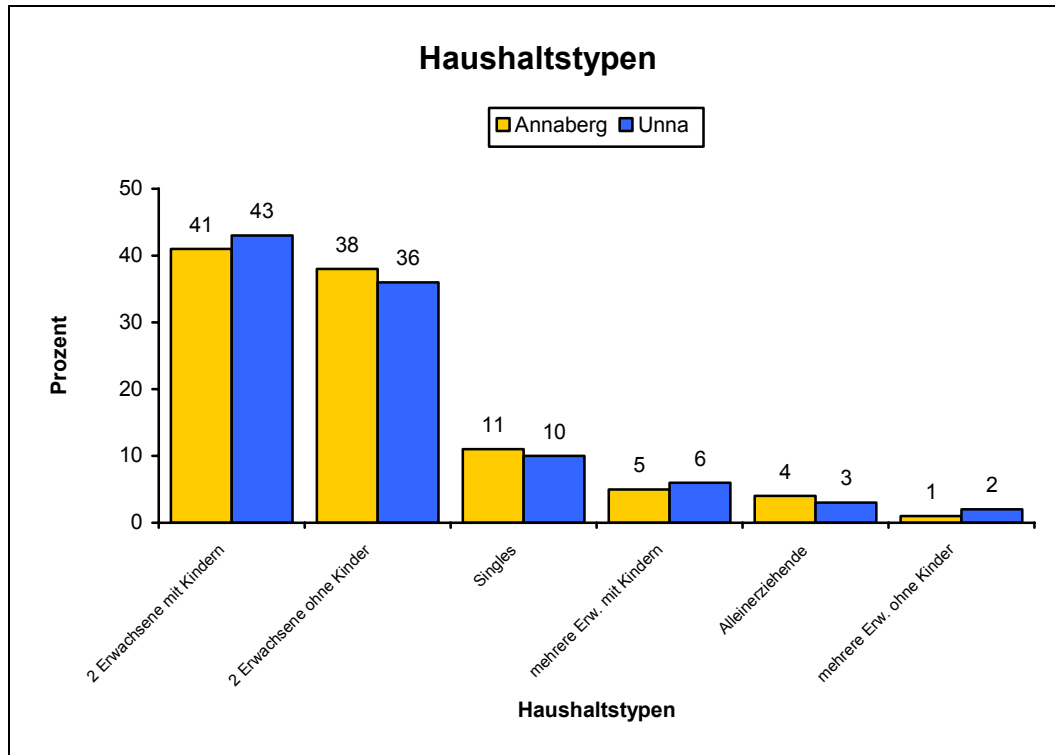


Abbildung 3

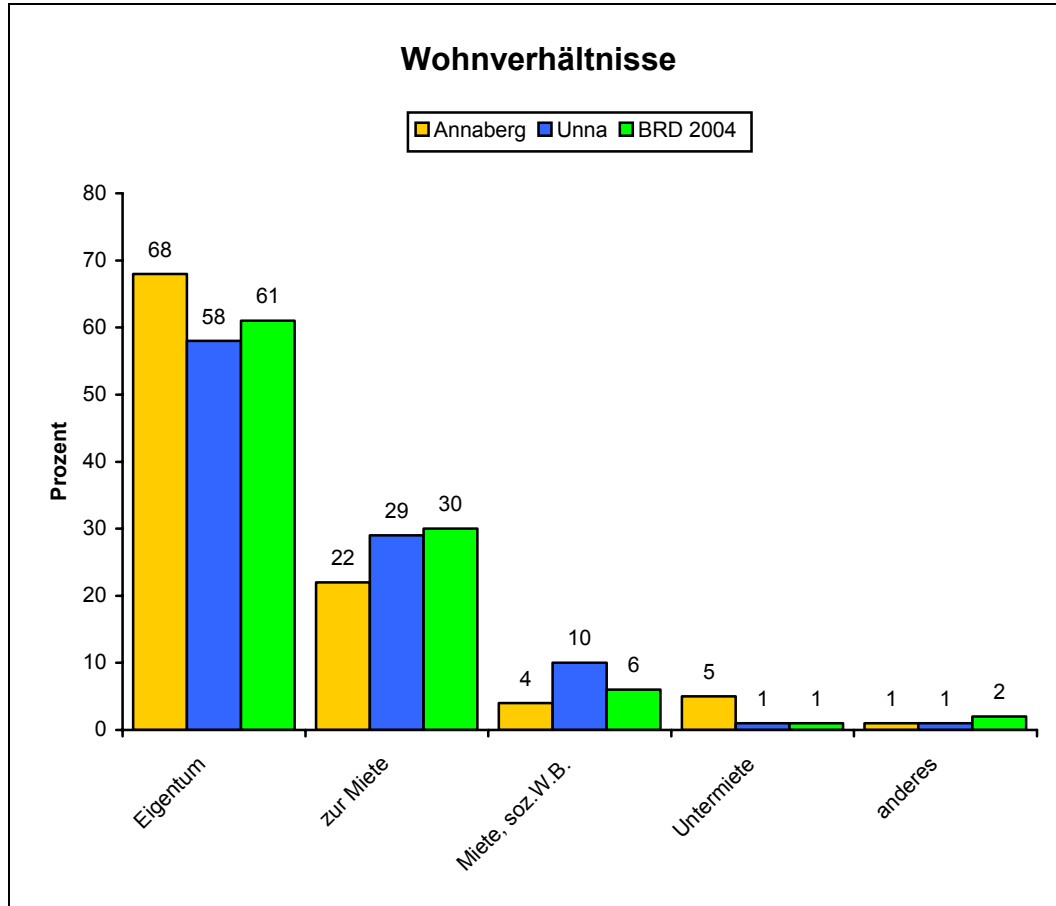


Wohnsituation

Auch die Wohnsituation entspricht weitgehend dem bundesdeutschen Durchschnitt. Es gibt jedoch einige bemerkenswerte Abweichungen und auch Unterschiede zwischen den Regionen:

- In Annaberg wohnen 68 % der Befragten in einer eigenen Wohnung oder in einem eigenen Haus. Das ist deutlich mehr als im Bundesdurchschnitt und auch mehr als in Unna (58 %).
- In Unna ist der Anteil der Befragten, die in einer Sozialwohnung leben (10 %) sehr viel höher als in Annaberg (4 %) und im Bundesgebiet (6 %).

Abbildung 4



2.2 Verankerung im gesellschaftlichen Umfeld: kirchliche Bindungen, Erwerbstätigkeit, soziale Milieus

Eine weitere Gruppe von Bedingungen, mit denen sich pflegekulturelle Orientierungen vielleicht erklären lassen, bezieht sich auf das gesellschaftliche Umfeld der von uns befragten Personen: Ob und in welchem Maße sie über eine kirchliche Bindung verfügen, ob sie erwerbstätig sind und welchem sozialen Milieu sie sich zuordnen lassen.

Konfessionszugehörigkeit und kirchliche Bindungen

Die Unterschiede zwischen den Regionen in der Konfessionszugehörigkeit sind beträchtlich: In beiden Regionen gibt es eine „bipolare Verteilung“, d.h. nahezu zwei gleichstarke Gruppen, aber diese sind in den beiden Landkreisen sehr unterschiedlich:

- Im Landkreis Annaberg ist mit 49 % die evangelische Konfession die stärkste Glaubensgemeinschaft. Stark vertreten ist auch die Gruppe derjenigen, die keiner Konfession angehören (47 %). Dieser Anteil ist auch deutlich höher als im Bundesgebiet insgesamt.
- Im Landkreis Unna ist die katholische Kirche mit 41 % am stärksten vertreten; Allerdings gibt es auch einen hohen Anteil von Protestanten (36 %). „Keine Konfession“ kommt mit 18 % relativ selten vor.

Ein Indikator für die kirchliche Bindung ist die Kirchgangshäufigkeit. In dieser Hinsicht sind die Unterschiede zwischen den Annaberg- und Unna-Stichproben und gegenüber der repräsentativen Stichprobe gering. Häufiger Kirchgang mit mindestens einmaligem Kirchenbesuch in der Woche kommt mit knapp 10 % selten vor. Der Anteil derjenigen, die nie in die Kirche gehen, ist mit 33 % in Annaberg höher als in Unna (23 %), entspricht aber dem „Normalbild“ einer säkularisierten Gesellschaft und ist genauso hoch wie im Bundesdurchschnitt.

Abbildung 5

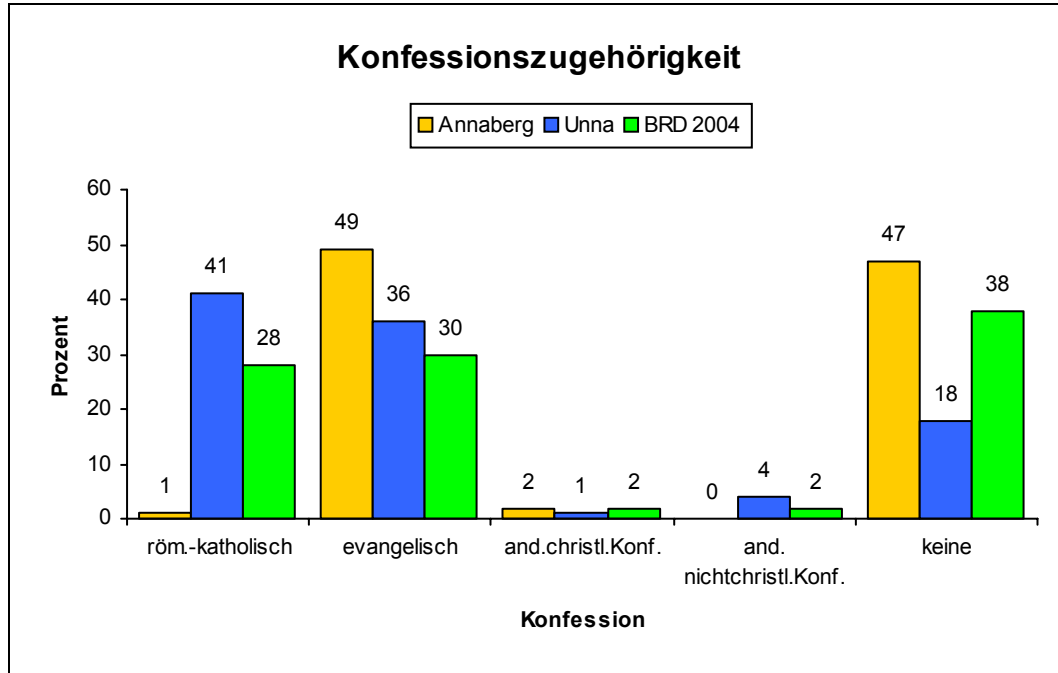
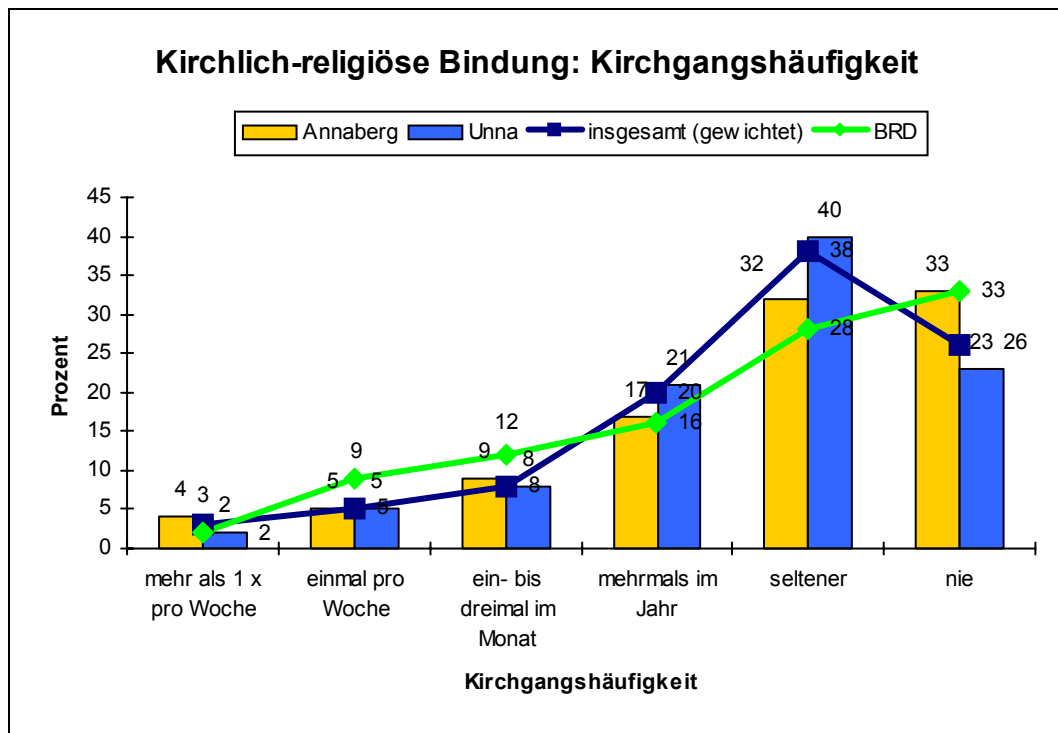


Abbildung 6

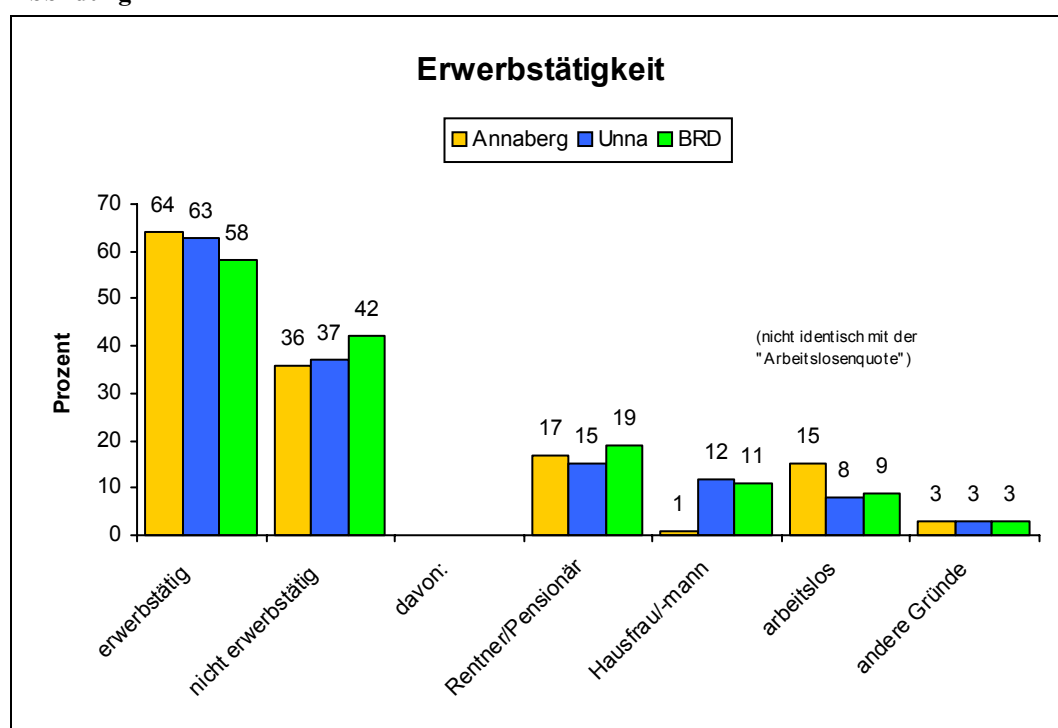


Erwerbstätigkeit

Die Erwerbstätigkeit der 40- bis 65-Jährigen in der Unna-Stichprobe entspricht weitgehend dem bundesdeutschen Durchschnitt. Von den Befragten sind 37 % nicht erwerbstätig, 8 % sind arbeitslos, 14 % sind im Ruhestand und 12 % sind Hausfrau/-mann.

Die Erwerbstätigkeit der im Landkreis Annaberg Befragten weicht in zwei Punkt von der Unna- und von der bundesdeutschen Stichprobe ab: Der Anteil der Arbeitslosen ist mit 15 % deutlich höher als in der repräsentativen Stichprobe (9 %). Sehr viel niedriger als im Bundesdurchschnitt ist dagegen der Anteil derjenigen, die als Tätigkeitsbezeichnung „Hausfrau/Hausmann“ angeben (1 % vs. 11 %).

Abbildung 7



Soziale Milieus: Status und Lebensentwurf

Die Stellung von Individuen bzw. Haushalten im gesellschaftlichen Gefüge lässt sich in einer besonders aussagekräftigen Weise durch ihre Zugehörigkeit zu sozialen Milieus beschreiben.¹⁰ Diese Milieus bringen zum einen Positionen im Hinblick auf gesellschaftliche Un-

¹⁰ Zum Milieukonzept vgl. Blinkert, B.; Klie, Th.: Pflege im sozialen Wandel. Die Situation der Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: 1999, Herkommer, S.: Die feinen und die krassen Unterschiede der kapitalistischen Klassengesellschaft, in: Klages, Strutynski (Hrsg.): Kapitalismus am Ende des 20. Jahrhunderts, S. 67-81. Hamburg: 1997, Vester, M., Oertzen v., P., Geiling, H. u.a.: Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung. Köln: 1993

gleichheiten zum Ausdruck. Zum anderen berücksichtigt die Milieu-Klassifikation auch den Lebensstil bzw. den Lebensentwurf von Personen. Als Basisvariablen zur Milieudefinition berücksichtigten wir die Schulbildung, die berufliche Ausbildung und das Haushaltseinkommen als Indikatoren für den sozialen Status. Vorstellungen über die Frauenrolle betrachten wir als geeignete Indikatoren für den Lebensentwurf – ob dieser eher einem vormodernen oder einem modernen Muster entspricht.

Schulbildung und berufliche Ausbildung

Die Anteile verschiedener Schul- und Berufsbildungsabschlüsse in Unna entsprechen weitgehend den Anteilen in der repräsentativen Stichprobe. Knapp die Hälfte der Befragten hat einen Hauptschulabschluss, rund ein Viertel einen mittleren Abschluss und ein weiteres Viertel die Fachhochschul- oder die Hochschulreife. Etwas mehr als die Hälfte hat eine kaufmännische oder gewerbliche Lehre abgeschlossen, knapp 20 % einen mittleren Abschluss (Fach-, Berufsfachschule, Technikerausbildung, Meister) und 16 % haben an einer Fachhochschule oder Hochschule studiert.

Die Ausbildungsabschlüsse im Landkreis Annaberg verteilen sich anders. Besonders auffällig ist, dass mittlere Abschlüsse sehr viel häufiger vertreten sind als im bundesdeutschen Durchschnitt und in Unna. Das gilt sowohl für den allgemeinen Schulabschluss wie auch für die Berufsausbildung.

Abbildung 8

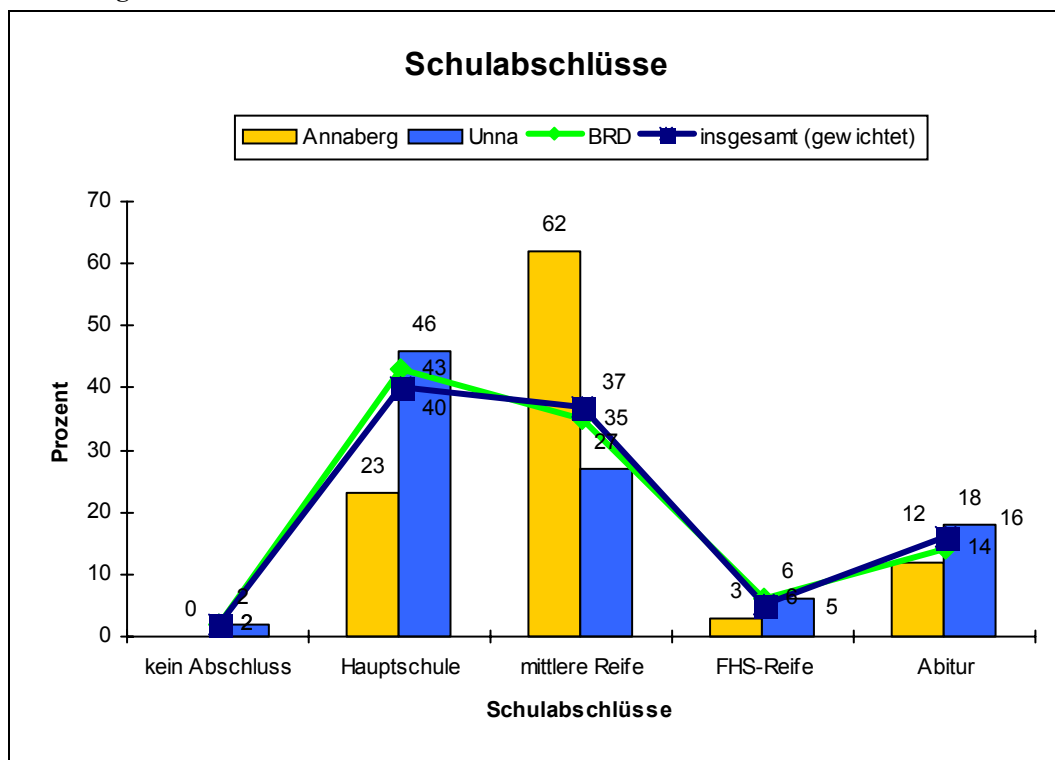
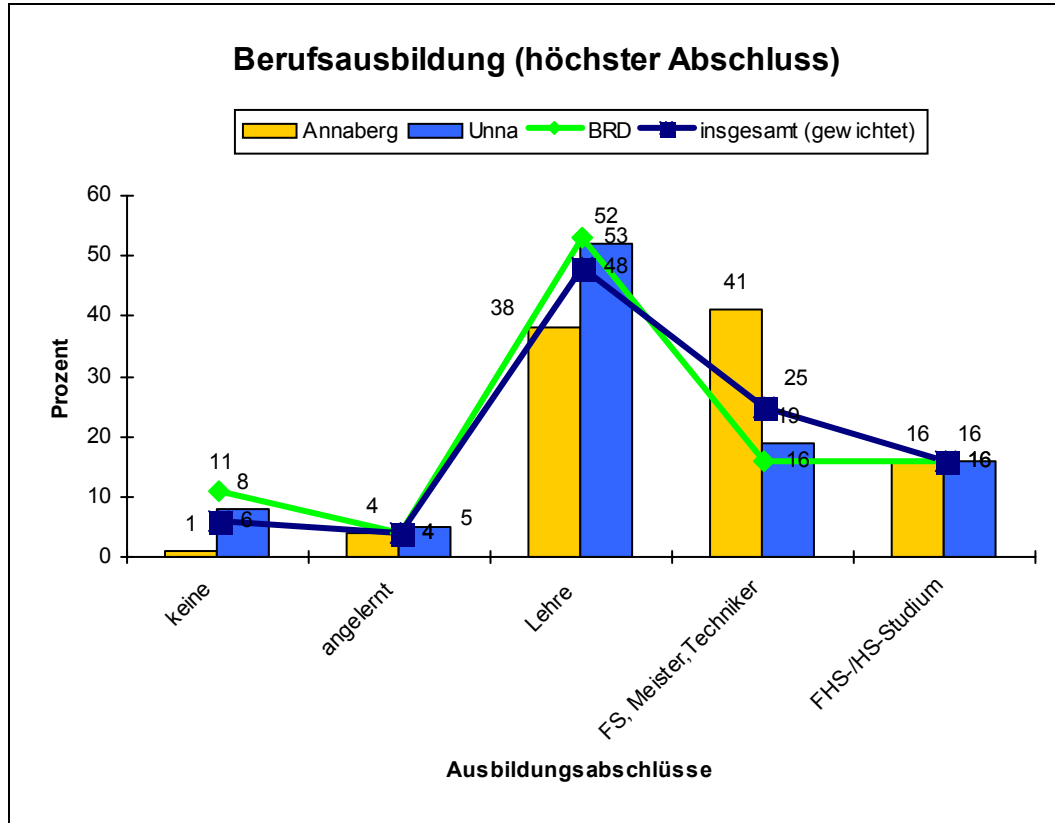


Abbildung 9

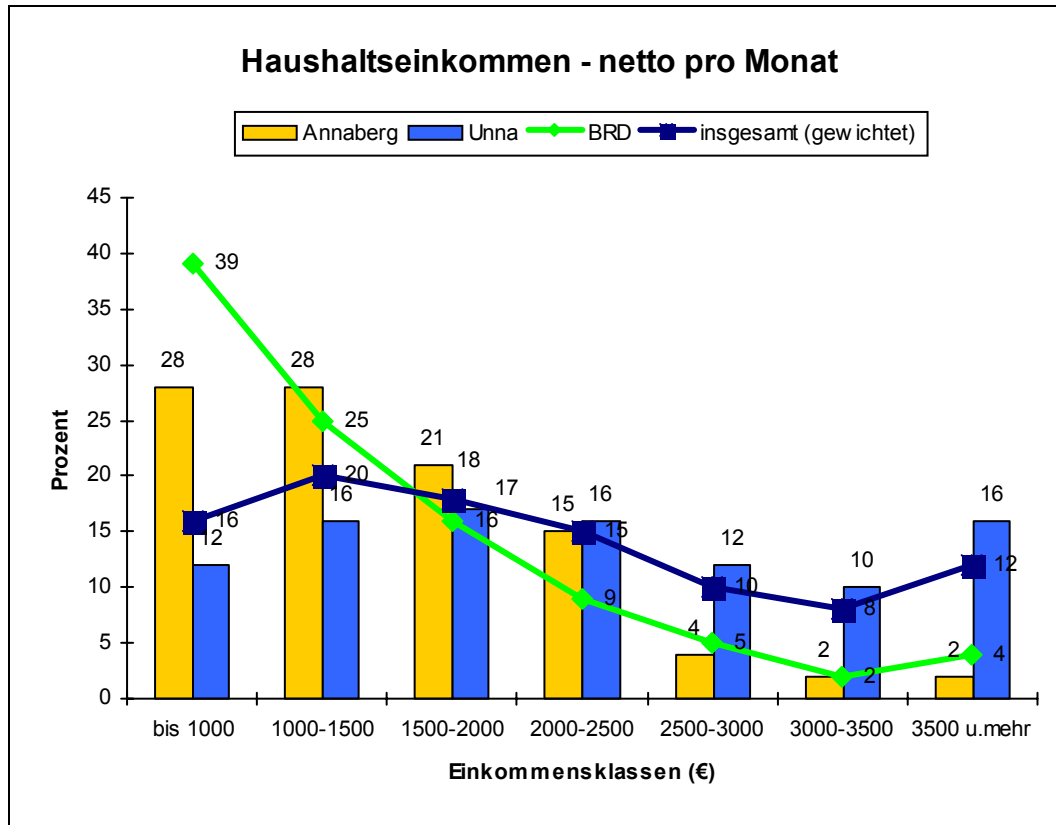


Haushaltseinkommen

Die Einkommensverteilungen in den beiden Landkreisen sind sehr unterschiedlich. Im Landkreis Unna ist die Einkommenssituation deutlich günstiger als in Annaberg und im Bundesgebiet. Die unteren Einkommensklassen (bis 1500 € pro Monat) kommen seltener vor als im Bundesdurchschnitt und in Annaberg und die höheren Einkommensklassen (2500 € und mehr) kommen sehr viel häufiger vor.

Die Einkommensverteilung in der Annaberg-Stichprobe entspricht ungefähr dem Bundesdurchschnitt. Der Anteil für den untersten Bereich ist jedoch deutlich niedriger als in Deutschland insgesamt.

Abbildung 10



Die Klassifikation von sozialen Milieus: Konfigurationen aus strukturellen und symbolischen Ressourcen

Das von uns entwickelte Milieukonzept unterscheidet sich nicht grundlegend von anderen. Es wurden Merkmale, mit denen sich positionale Ungleichheiten beschreiben lassen, mit Indikatoren verknüpft, die eine Einschätzung von grundlegenden Orientierungen zum Lebensstil bzw. Lebensentwurf ermöglichen. Dabei wurden nur solche Merkmale berücksichtigt, die einerseits unter den hier als wichtig betrachteten Gesichtspunkten gültige Einstufungen ermöglichen, die andererseits aber auch in genau der gleichen Weise wiederholt – von 1982 bis 2004 – in den repräsentativen ALLBUS-Studien erhoben wurden. Die Indikatoren wurden auf der Grundlage der ALLBUS-Daten (2004) über Faktorenanalysen zu zwei Skalen zusammengefasst und mit den „ALLBUS-Gewichten“ zur Klassifikation der Befragten in den Unna-Annaberg-Stichproben verwendet. Wir haben also für die Erhebung nichts Neues konstruiert, sondern schon vorhandene Methoden eingesetzt und nur in einer neuen Weise aufbereitet und zu aussagekräftigen Kennziffern umgearbeitet. Der Rückgriff auf die bei ALLBUS verwendeten Erhebungsmerkmale hat den großen Vorteil, dass sich der Stellenwert der Annaberg-Unna-Ergebnisse vor dem Hintergrund einer repräsentativen Stichprobe bestimmen lässt. Und ein Vergleich zwischen ALLBUS-Erhebungen zu verschiedenen Zeitpunkten lässt erkennen, wie die von uns als besonders wichtig erachtete Bedingung zur Erklärung von pflegekulturel-

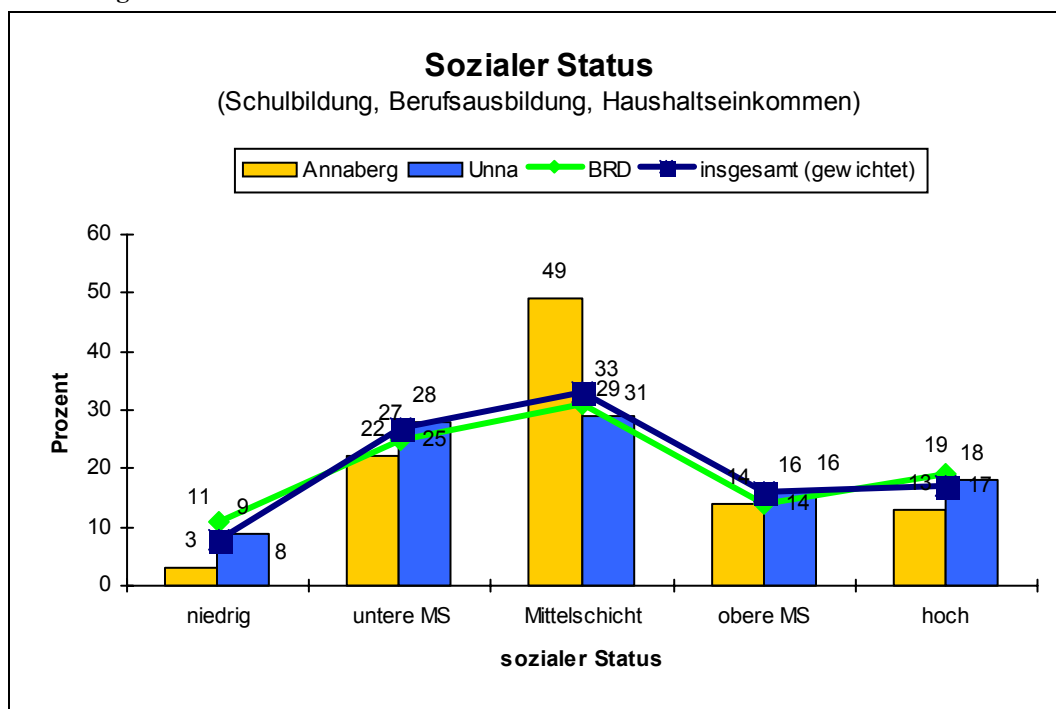
len Orientierungen – die Zugehörigkeit zu sozialen Milieus – sich im Zeitverlauf verändert hat.

Sozialer Status – strukturelle Ressourcen: Zusammenfassung von Schulbildung, Berufsausbildung und Haushaltseinkommen

Zur Messung der positionalen Ungleichheit wurden das Pro-Kopf Einkommen im Haushalt (netto), der Schulabschluss und die Berufsausbildung berücksichtigt. Der Berufsstatus wurde nicht in die Skala aufgenommen, da dann zahlreiche Befragte, die keinen Beruf ausüben – insbesondere Frauen – nicht einstuftbar gewesen wären. Die Merkmale Pro-Kopf-Einkommen im Haushalt, Schulbildung und Berufsausbildung wurden für die ALLBUS-Befragung aus dem Jahr 2004 über eine Faktorenanalyse zu einer Skala mit dem Mittelwert 100 und der Standardabweichung 50 zusammengefasst. Für die Milieuklassifikation wurde die Skala unter Berücksichtigung der Standardabweichung zu drei Kategorien komprimiert: niedrig (bis 67), mittel (67 bis 133) und hoch (größere Werte als 133).

Die Statusverteilung in den beiden Landkreisen zusammen entspricht weitgehend den bundesdeutschen Verhältnissen.¹¹ Der Landkreis Unna ist dabei „typischer“ für die Verhältnisse in der Bundesrepublik als der Landkreis Annaberg, in dem die mittleren Positionen deutlich stärker besetzt sind.

Abbildung 11



¹¹ Für diesen Vergleich wurden die Kennziffern für Status unter Berücksichtigung der Standardabweichung zu 5 Kategorien zusammengefasst: niedrig (Werte bis 50), untere Mittelschicht (50 bis 83), Mittelschicht (83 bis 117), obere Mittelschicht (117 bis 150) und hoch (Werte über 150).

Symbolische Ressourcen – Lebensstil/Lebensentwurf: Vorstellungen über die Frauenrolle

In einem zweiten Schritt entwickelten wir eine Skala, mit der sich ein bestimmter Aspekt des Lebensentwurfs unserer Befragten beschreiben lässt: Ob eher eine Tendenz zu einem „vor-modernen“ oder zu einem „modernen“ Lebensentwurf besteht. Dazu berücksichtigten wir aus den ALLBUS-Studien eine Gruppe von Statements zur Ermittlung von Vorstellungen über die Rolle von Frauen. In der einen Richtung verweist die Zustimmung zu diesen Aussagen auf ein eher konservatives, familienzentriertes Frauenbild und in der anderen Richtung auf das Gegenstück: eine weniger auf die Familie und dafür stärker auf Selbstbestimmung und berufliche Entfaltung ausgerichtete Vorstellung von der Frauenrolle.¹²

Bewertung von Aussagen zur Frauenrolle durch die befragten Personen

	stimme völlig zu	stimme eher zu	lehne eher ab	lehne völlig ab	insges.
Eine berufstätige Mutter kann ein genauso herzliches und vertrauensvolles Verhältnis zu ihren Kindern finden wie eine Mutter, die nicht berufstätig ist.	Annaberg: 86% Unna: 72% BRD: 57%	10% 16% 24%	3% 10% 15%	1% 3% 4%	100%
Für eine Frau ist es wichtiger, ihrem Mann bei seiner Karriere zu helfen, als selbst Karriere zu machen.	6% 6% 6%	14% 16% 16%	30% 30% 39%	50% 48% 38%	100%
Ein Kleinkind wird sicherlich darunter leiden, wenn seine Mutter berufstätig ist.	22% 33% 26%	24% 28% 29%	21% 19% 27%	33% 21% 18%	100%
Es ist für alle Beteiligten viel besser, wenn der Mann voll im Berufsleben steht und die Frau zu Hause bleibt und sich um den Haushalt und die Kinder kümmert.	10% 18% 14%	18% 19% 23%	24% 25% 34%	48% 38% 29%	100%
Es ist für ein Kind sogar gut, wenn seine Mutter berufstätig ist und sich nicht nur auf den Haushalt konzentriert.	50% 25% 17%	32% 36% 36%	13% 25% 33%	5% 14% 12%	100%
Eine verheiratete Frau sollte auf eine Berufstätigkeit verzichten, wenn es nur eine begrenzte Anzahl von Arbeitsplätzen gibt, und wenn ihr Mann in der Lage ist, für den Unterhalt der Familie zu sorgen.	Annaberg: 11% Unna: 18% BRD: 14%	17% 15% 22%	21% 22% 34%	51% 46% 31%	100%

Annaberg-Unna-Studie 2005/6

	„deutlich moderne“ Rollenauffassung
	„eher moderne“ Rollenauffassung

¹² In unseren bisherigen Untersuchungen haben wir auch Werteorientierungen in dem von R. Inglehart vorgeschlagenen Sinne zur Klassifizierung des Lebensentwurfs berücksichtigt. Der Inglehart-Index ermöglicht eine Einstufung auf dem Kontinuum „postmaterialistische vs. materialistische“ Werteorientierungen. Dieser Index korreliert jedoch so gering mit den für unsere Zwecke wichtigeren Aussagen über die Frauenrolle, dass wir ihn in dieser Studie nicht mehr berücksichtigt haben. Wir vermuten auch, dass der schon über Jahrzehnte in der gleichen Weise verwendete Inglehart-Index nicht mehr sensibel genug ist, um heute relevante Unterschiede im Lebensentwurf noch darstellen zu können.

Die Bewertungen zu den Aussagen wurden zu einer Skala zusammengefasst, mit der sich beschreiben lässt, ob die Vorstellungen über die Frauenrolle auf einen „eher modernen“ oder „eher vormodernen“ Lebensentwurf schließen lassen. Auch diese Skala wurde normiert, mit dem Mittelwert 100 und einer Standardabweichung von 50. Die Skala beschreibt das folgende Kontinuum: auf dem einen Extrem eine auf den Bereich der Familie konzentrierte Definition der Frauenrolle gegenüber einer Definition der Frauenrolle, die weniger an der Familie als an einer beruflichen Tätigkeit ausgerichtet ist. Auch diese Skala wurde für die Milieuklassifikation zu drei Kategorien zusammengefasst: „vormoderner Lebensentwurf“ (Werte bis 67), „teils, teils“ (67 bis 133) und „moderner Lebensentwurf“ (größere Werte als 133).

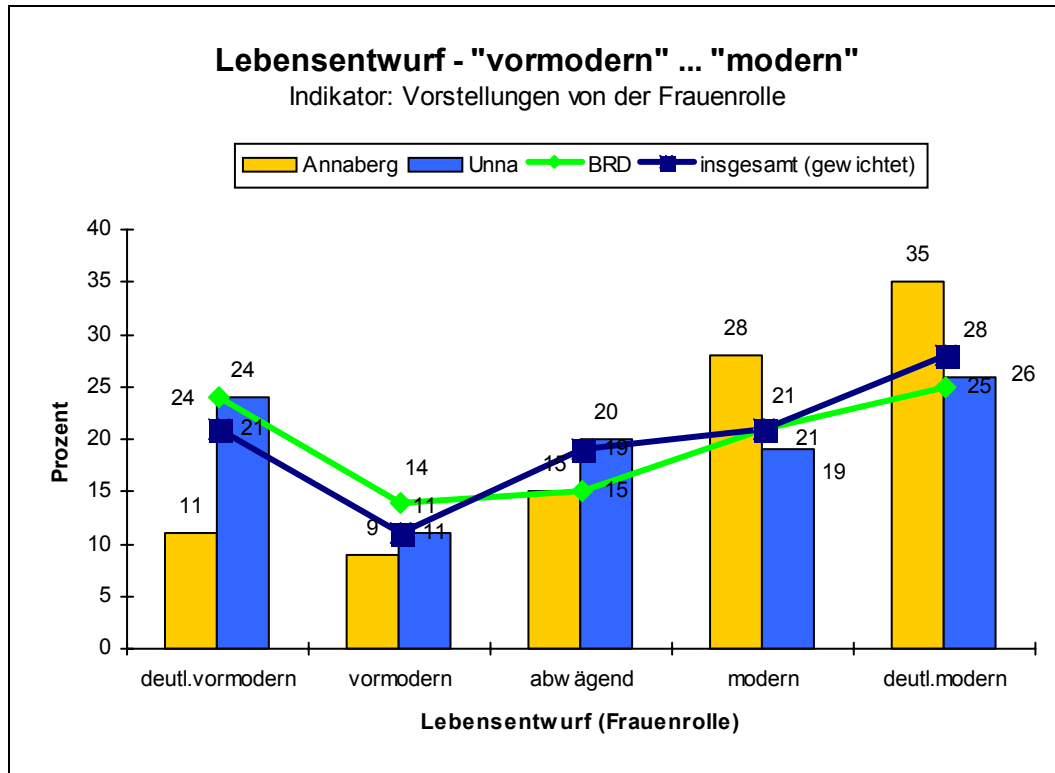
Für die beiden Stichproben zusammen ist ähnlich wie für die BRD insgesamt eine Polarisierung der Lebensentwürfe erkennbar.¹³ Für einen relativ hohen Anteil der Befragten ergeben sich die Einstufungen „deutlich vormodern“ und „deutlich modern“. Diese Verteilung ist im Wesentlichen auch für den Landkreis Unna beobachtbar.

Bei den Befragten im Landkreis Annaberg ist der Anteil der Kategorie „deutlich vormodern“ mit nur 11 % erheblich niedriger als im Landkreis Unna und im Bundesgebiet und der Anteil der Befragten mit einem deutlich modernen Lebensentwurf ist mit 35 % signifikant höher als in Unna und im bundesdeutschen Durchschnitt.

In der Annaberg-Stichprobe ist also der Typ „moderner Lebensentwurf“ gegenüber der repräsentativen ALLBUS-Studie in der hier relevanten Altersgruppe etwas über- und der Typ „vormoderner Lebensentwurf“ etwas unterrepräsentiert. In der Unna-Stichprobe können wir ungefähr die gleiche Verteilung beobachten wie in der repräsentativen Studie.

¹³ Die Skala wurde für diesen Vergleich in der folgenden Weise zusammengefasst: deutlich vormodern (Skalenergebnisse bis 50), vormodern (50 bis 83), abwägend (83 bis 117), modern (117 bis 150), deutlich modern (mehr als 150).

Abbildung 12



Soziale Milieus: Konfigurationen von strukturellen und symbolischen Ressourcen

Die Milieuklassifikationen ergeben sich durch zwei Achsen oder Dimensionen. Die eine beschreibt die Verfügbarkeit über sozialstrukturell verankerte Ressourcen: Ökonomisches Kapital in Form von Einkommen und kulturelles Kapital in Form von Schulabschlüssen und beruflichen Qualifikationen. Die andere Dimension beschreibt die Verfügbarkeit über symbolische Ressourcen: Den Besitz von Überzeugungen, die von zentraler und weitgehend anerkannter Bedeutung für die Vorstellung von einem den modernen Bedingungen optimal angepassten Lebensentwurf sind. Diese Dimension beschreibt gewissermaßen das Ausmaß der Teilhabe am „legitimen Modernitätsdiskurs“ wozu auch die Ablehnung eines konservativen, auf die Familie zentrierten Frauenbildes und die Befürwortung einer über Erwerbstätigkeit und beruflichen Erfolg definierten Frauenrolle gehört.

Der Tendenz nach lässt sich ein „vormoderner Lebensentwurf“, also eine „geringe Teilhabe am legitimen Diskurs“ sehr viel häufiger bei niedrigem strukturellem Kapital beobachten und vice versa: ein „moderner Lebensentwurf“ korrespondiert deutlich mit einer hohen Position beim strukturellen Kapital. Da die beiden Dimensionen relativ deutlich korrelieren, ist die Annahme einer *völligen* Entkoppelung von strukturell beschreibbarer Ungleichheit und Orientierungen zurückzuweisen.¹⁴ Andererseits aber ist die Korrelation weit davon entfernt, perfekt zu sein und es ist deshalb durchaus sinnvoll, von einer *relativ weitgehenden* Entkoppelung zu

¹⁴ Die beiden Skalen korrelieren mit $r=0,26$.

sprechen und die beiden Achsen zur Grundlage von Milieuklassifikationen zu berücksichtigen. Das haben wir in der folgenden Weise getan:¹⁵

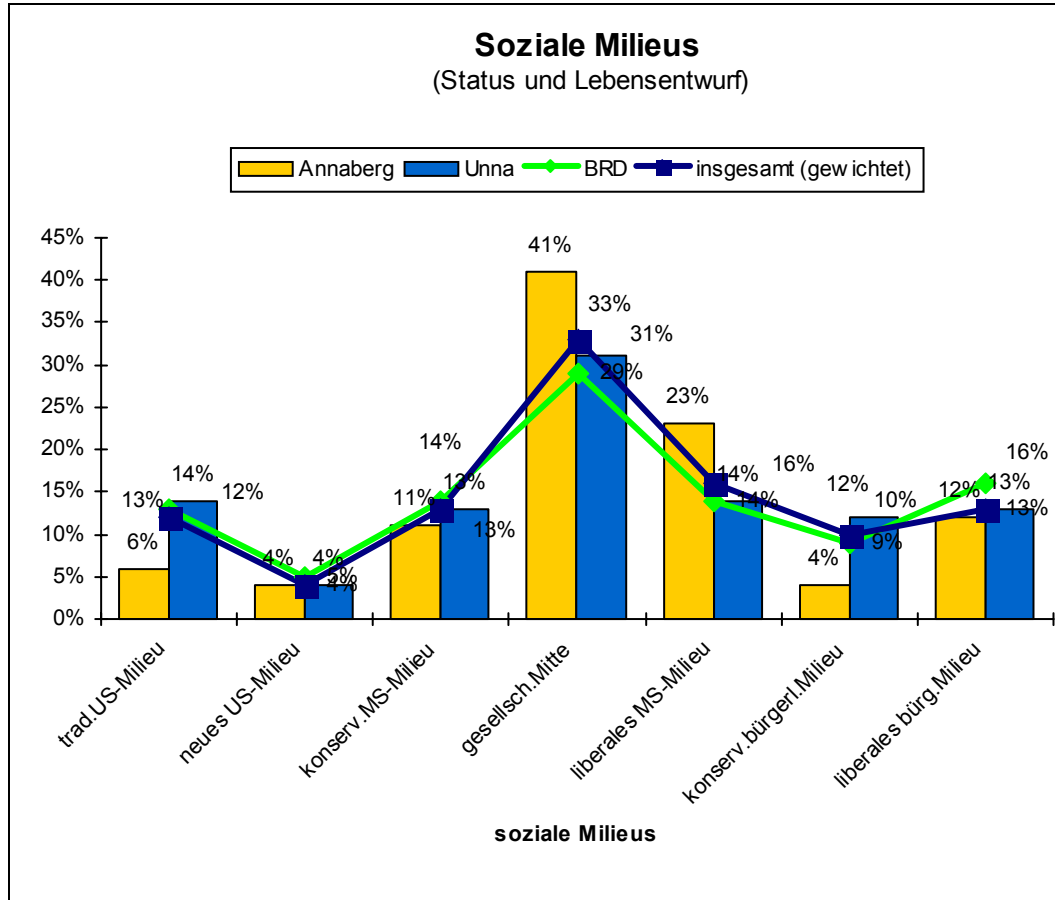
Abbildung 13

„Soziale Milieus“ – Definition über den sozialen Status und den Lebensentwurf				
sozialer Status („strukturelles Kapital“) •Schulbildung •Berufsausbildung •Haushaltseinkommen	hoch (>133)	<i>konservatives bürgerliches Milieu</i>		<i>liberales bürgerliches Milieu</i>
	mittel (67-133)	<i>konserv. Mittelschicht-Milieu</i>	<i>gesellschaftl. Mitte</i>	<i>liberales Mittelschicht-Milieu</i>
	niedrig (<67)	<i>traditionelles Unterschicht-Milieu</i>		<i>neues Unterschicht-Milieu</i>
		vormodern (<67)	teils/teils (67-133)	modern (>133)
		Lebensentwurf („symbol. Kapital“) *Interpretation d. Frauenrolle		

Auf diese Weise lassen sich sieben Milieus unterscheiden, die folgendermaßen verteilt sind:

¹⁵ Natürlich sind diese Einstufungen „Konstruktionen“, die u.a. auf den Grenzziehungen beruhen. Wenn wir die Skalen anders unterteilt hätten, wären auch die Anteile der Milieus anders. Gleichwohl gehen wir davon aus, dass diese „Konstruktionen“ einen wesentlichen Aspekt der Strukturierung in unserer Gesellschaft treffen – allerdings nicht in der Weise, dass wir nun z.B. sagen könnten, das „traditionelle Unterschicht-Milieu“ hat einen Anteil von 6 %. Diese Einstufungen sind nur für Vergleiche sinnvoll: Unterscheiden sich pflegekulturelle Orientierungen in diesen Milieus? Sind die Milieuanteile in den beiden Landkreisen ähnlich oder sehr verschieden? Haben sich die Anteile von Milieus im Zeitverlauf verändert? Dabei sind wir uns bewusst, dass wir nur grobe Trends beschreiben können, dass eine exakte Quantifizierung der Sache unangemessen wäre.

Abbildung 14



Betrachtet man die beiden Stichproben für Annaberg und Unna zusammen, so zeigt sich eine fast perfekte Übereinstimmung in der Verteilung der sozialen Milieus mit der Verteilung in der repräsentativen Stichprobe für das Bundesgebiet.

Diese Übereinstimmung ist für Unna sehr viel deutlicher als für den Landkreis Annaberg. Im Landkreis Annaberg ist das „traditionelle Unterschicht-Milieu“ unterrepräsentiert und die „gesellschaftliche Mitte“ ist überrepräsentiert.

Wie gut die Annaberg- und Unna-Stichproben zusammen die Verhältnisse in der Bundesrepublik wiedergeben, zeigt auch ein Vergleich der im Koordinatensystem mit den Achsen „Status“ und „Lebensentwurf“ dargestellten zentralen Tendenzen für die beiden Landkreise mit dem Bundesgebiet insgesamt:

Abbildung 15

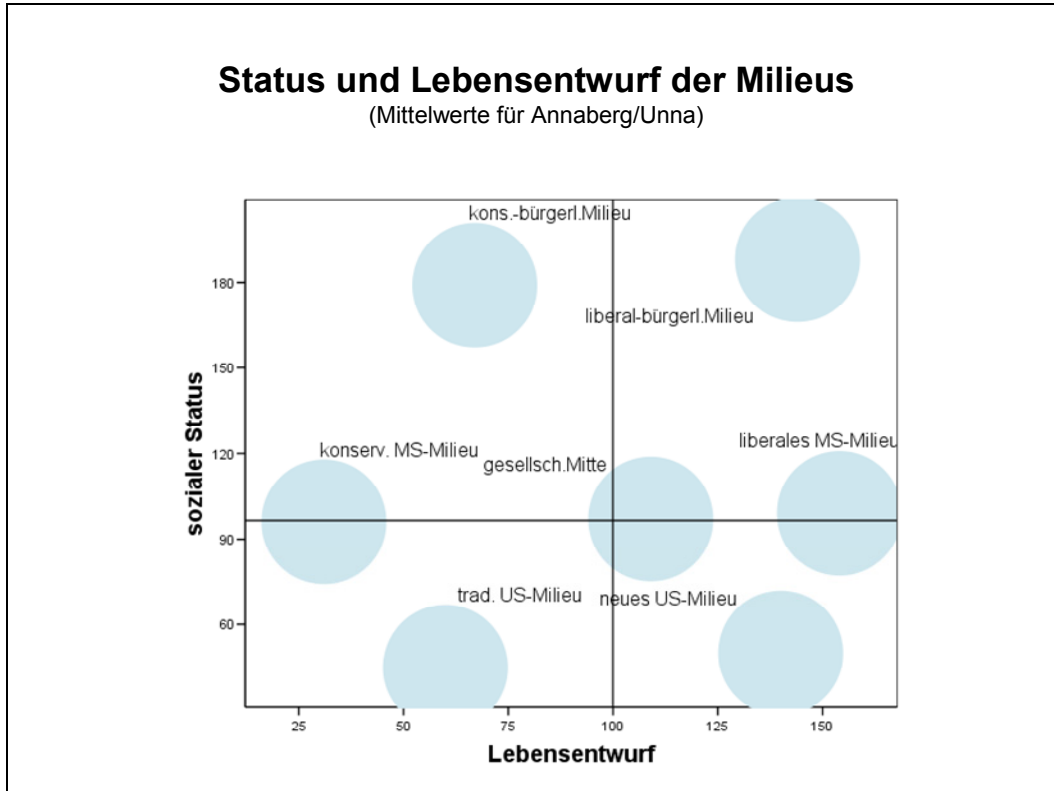
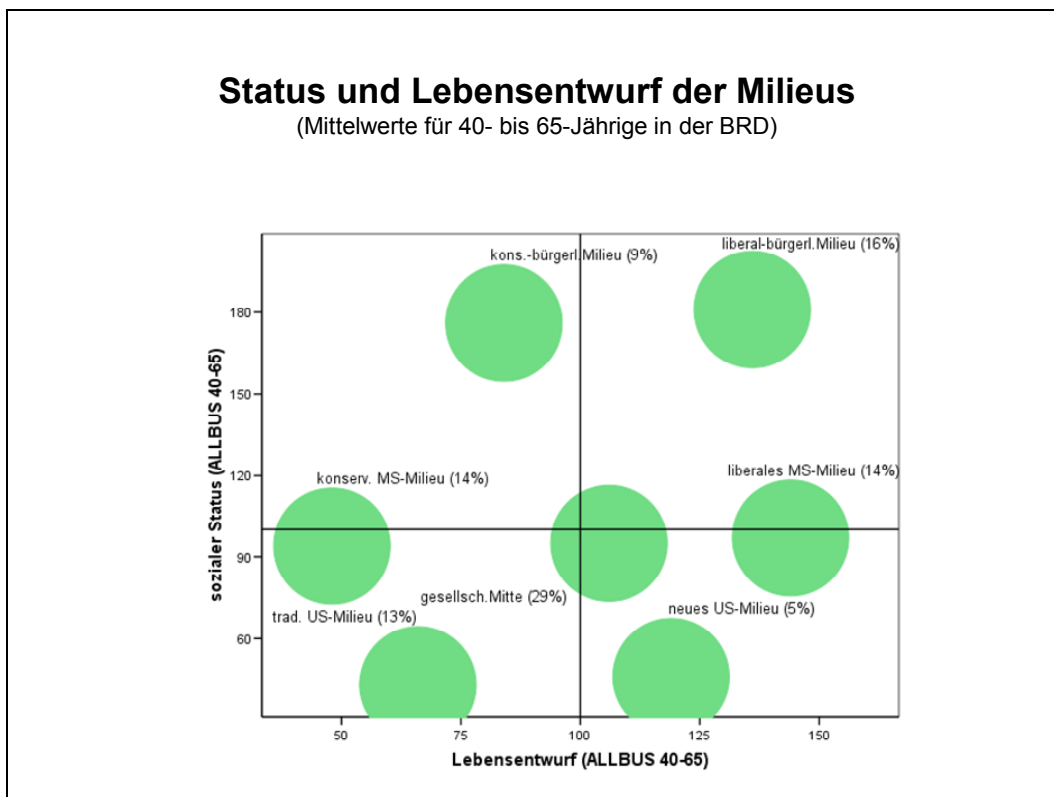


Abbildung 16

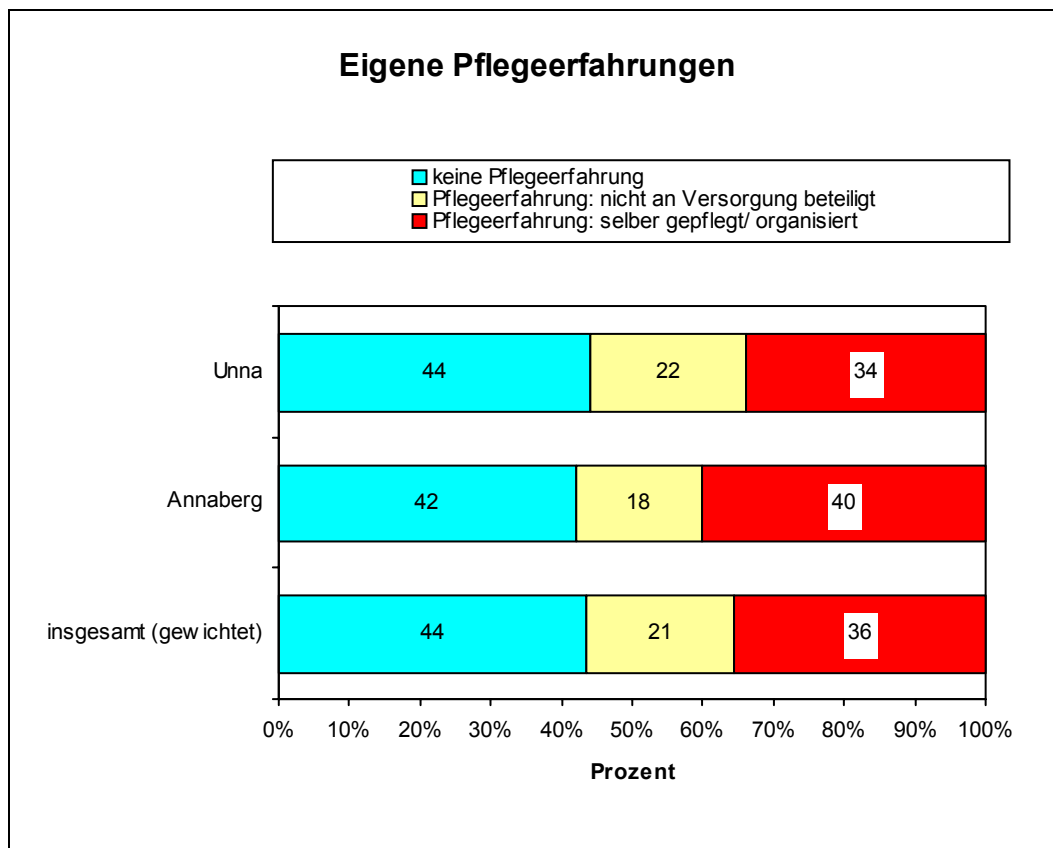


3. Eigene Pflegeerfahrungen

Wie umfangreich sind eigene Pflegeerfahrungen?

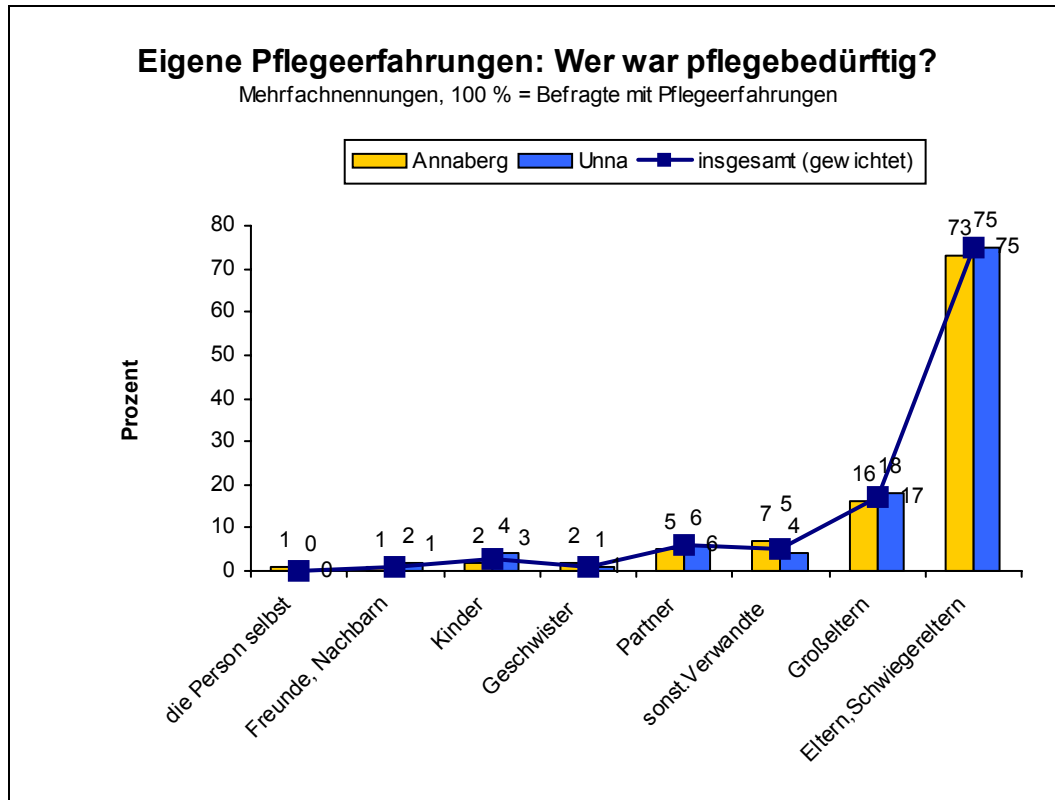
Mehr als die Hälfte der 40- bis 65-Jährigen in den beiden Landkreisen (56 %) haben Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen oder eines guten Bekannten und 36 % aller Befragten haben sich auch an der Versorgung eines Pflegebedürftigen beteiligt – im Landkreis Annaberg etwas mehr als im Landkreis Unna. Von denen, die Pflegebedürftigkeit im sozialen Umfeld erfahren haben berichten rund drei Viertel, dass Leistungen der Pflegeversicherung genutzt wurden.

Abbildung 17



Am häufigsten waren die eigenen Eltern pflegebedürftig (bei rund drei Viertel der Befragten mit Pflegeerfahrung). An zweiter Stelle kommen die Großeltern (17 %), dann sonstige Verwandte (Onkel, Tanten etc. 5 %) und der (Ehe-)Partner (5 %).

Abbildung 18

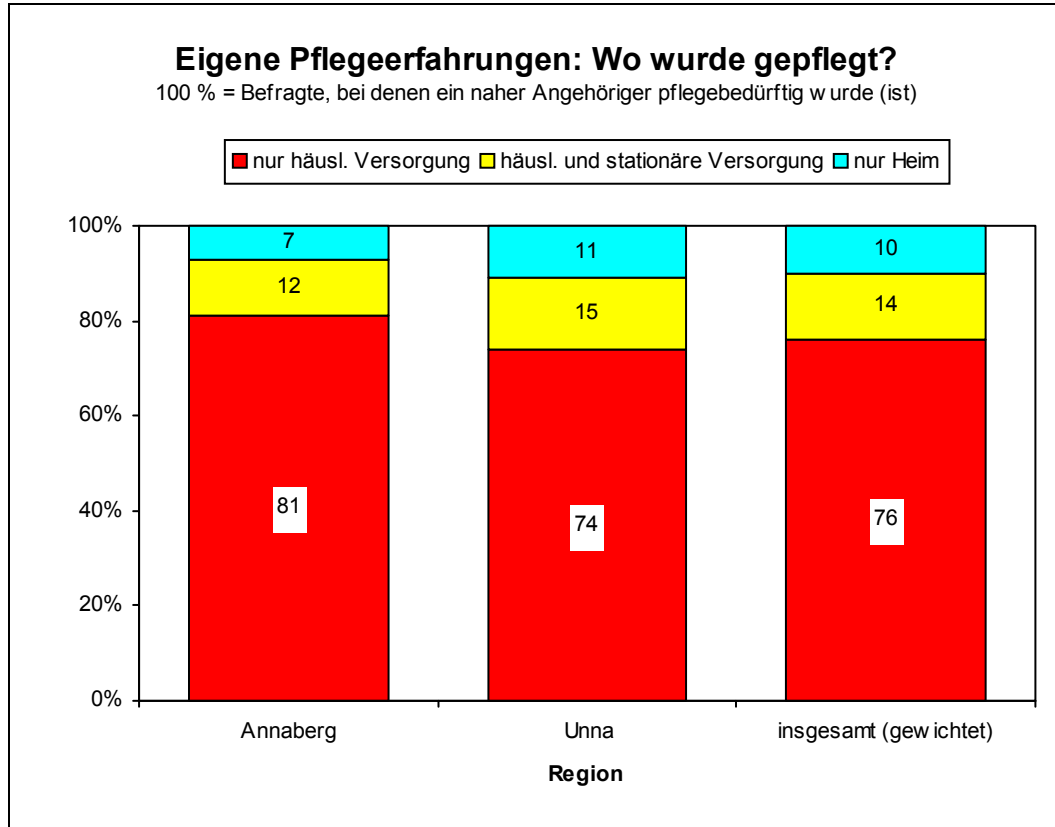


Die Dauer der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich kaum zwischen den beiden Landkreisen. Am häufigsten wurde eine Dauer von bis zu einem Jahr genannt – etwas über 30 %; Ein Jahr bis zwei Jahre haben rund 20 % eine nahe stehende Person versorgt. Aber auch längere Pflegezeiten von mehr als zwei Jahren sind mit zusammen 40 % nicht selten.

Wo wurde gepflegt?

Die Versorgung der Pflegebedürftigen wurde überwiegend in der eigenen Wohnung oder in der Wohnung der befragten Person durchgeführt. Beides zusammen ergibt einen Anteil von 90 %. Ausschließlich häuslich versorgt wurden 76 % der Pflegebedürftigen, sowohl häuslich wie auch stationär 14 % und nur stationär 10 %. Die Pflege wurde überwiegend in der Wohnung der pflegebedürftigen Person durchgeführt (insgesamt bei 75 %), in einigen Fällen auch in der eigenen Wohnung der befragten Person (15 %). Im Landkreis Annaberg ist der Anteil der nur häuslich Versorgten etwas höher als im Landkreis Unna.

Abbildung 19

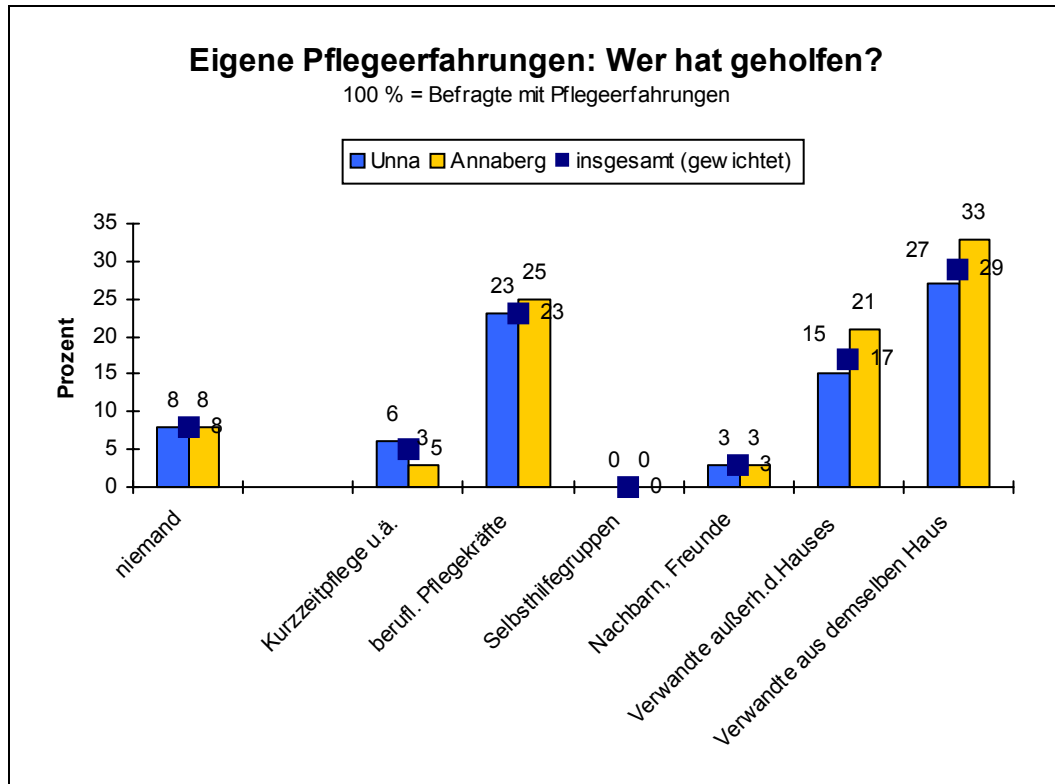


Wer hat geholfen?

Am häufigsten konnten die befragten Personen mit Pflegeerfahrungen auf die Hilfe von Verwandten zurückgreifen (insgesamt 46 %). Deutlich seltener sind Nachbarn, Bekannte und Freunde beteiligt (3 %) und Hilfe durch eine Selbsthilfegruppe wurde von keinem genannt. Mit professionellen Diensten haben fast 30 % der Befragten Erfahrungen gemacht – 23 % mit Pflegediensten und 5 % mit Einrichtungen der Kurzzeit- bzw. Tagespflege. Nur 8 % hatten keinerlei Hilfe erfahren. Im Landkreis Unna ist der Anteil der helfenden Verwandten deutlich niedriger als im Landkreis Annaberg¹⁶.

¹⁶ Ähnliche Anteile wie im Landkreis Unna konnten wir für die Großstadt Kassel berichten.

Abbildung 20



Wie belastend war die Pflege? Musste auf etwas verzichtet werden?

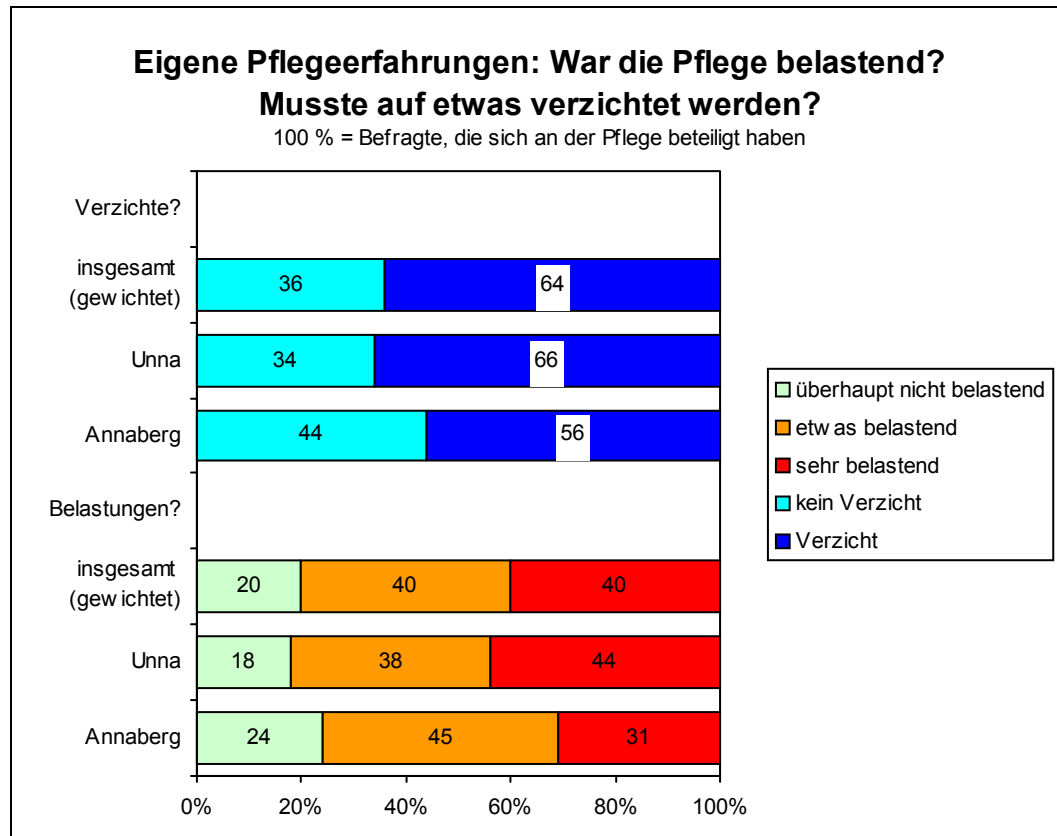
Diejenigen, die sich an der Versorgung einer pflegebedürftigen Person beteiligt haben, wurden gefragt, wie belastend die Pflege für sie war und ob sie auf etwas verzichten mussten. Nur 20 % berichten, dass die Pflege überhaupt nicht belastend war – für 40 % war sie sehr belastend und 64 % mussten auf etwas verzichten, was ihnen wichtig war. Die Befragten im Landkreis Unna berichten häufiger über Belastungen und Verzichte als die im Landkreis Annaberg.

Bei der Frage, was belastend war wurden in den beiden Landkreisen am häufigsten die mit der Pflege verbundenen Einschränkungen der persönlichen Freiheit und der Möglichkeit, über die eigene Zeit zu disponieren genannt (37 %). An zweiter Stelle stehen psychische Belastungen, die vor allem in Verbindung mit der Art und den Umständen der Pflegebedürftigkeit beschrieben werden: Unansprechbarkeit des Angehörigen, Demenz, Alzheimer, das Leiden der pflegebedürftigen Personen, dem man hilflos gegenübersteht (35 %). Am dritthäufigsten werden körperliche Überforderungen und Belastungen genannt (13 %) und relativ häufig kommen auch Nennungen vor, die auf die Doppelbelastung von Berufstätigkeit und Pflegen verwiesen (11 %) und auf eine Überforderung durch bestimmte Verrichtungen bzw. fehlende Hilfen (11 %).

Wichtig und interessant ist, welche Gründe für Belastungen nur sehr selten genannt werden. Dazu gehören Hinweise auf das Verhalten bzw. auf den Charakter der pflegebedürftigen

Person (7 %), auf lange und umständliche Anfahrtswege (3 %), auf Probleme in der Kooperation mit den Pflegekassen (3 %), auf die mangelnde Qualität der Pflege, der Pflegedienste oder eines Heimes (1 %) und auf soziale Belastungen durch Kontaktabbruch mit Freunden und finanzielle Probleme.

Abbildung 21



Auf die Frage, auf was verzichtet werden musste, verweisen die meisten auf Einschränkungen der persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten also auf die geringen Möglichkeiten, ein „eigenes Leben“ zu führen (22 %). Besonders häufig wird auch der Verzicht auf Urlaubsreisen genannt (21 %). Berufliche Betätigungsmöglichkeiten mussten von 12 % eingeschränkt oder sogar aufgegeben werden und 8 % sagen, dass man auf ein normales Familienleben verzichten musste. Andere Gründe werden seltener genannt: u.a. Verzicht auf gesellschaftliche Kontakte und Verzicht auf Schlaf.

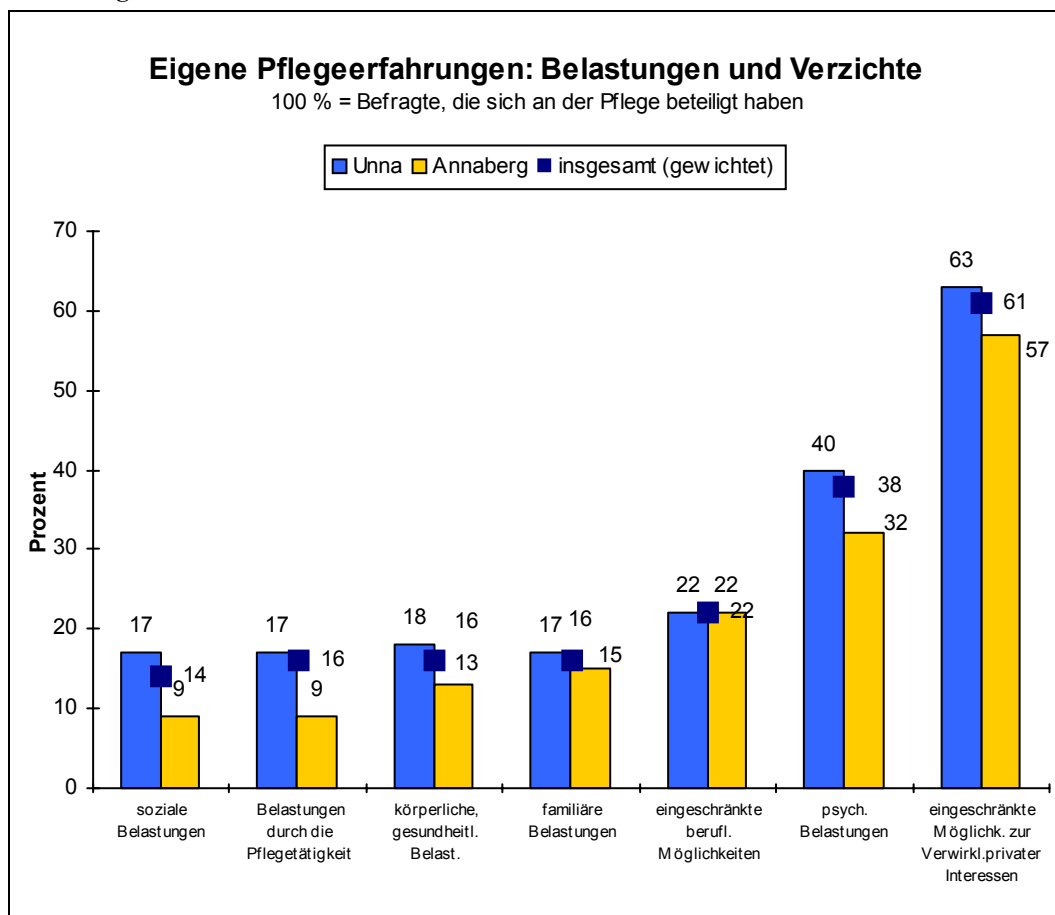
Was für einen Eindruck von Belastungen und Verzichten vermitteln nun die von den Befragten gegebenen Einschätzungen? Zunächst ist zu berücksichtigen, dass nach Belastungen und Verzichten durch offene Fragen gefragt wurde. Es gab also keine Vorgaben. Die befragten Personen mussten selber und spontan darauf kommen, was sie als belastend empfunden haben. Das bedeutet vermutlich, dass Belastungen und Verzichte genannt wurden, die als besonders wichtig empfunden wurden. Das bedeutet aber nicht unbedingt, dass selten genannte Belastungen oder Verzichte überhaupt keine Rolle gespielt haben. Sie sind der befragten Per-

son im Moment der Befragung vielleicht nicht eingefallen oder gelten gegenüber den genannten Belastungen als nicht ganz so wichtig.

Wenn wir „Belastungen“ und „Verzichte“ zusammenfassen, ergibt sich das folgende Bild: Von denen, die sich in den beiden Landkreisen an der Versorgung einer nahe stehenden pflegebedürftigen Person beteiligt haben

- sagen 61 %, dass sie in irgendeiner Weise auf die Verwirklichungen von privaten Interessen und Bedürfnissen verzichten mussten
- heben 38 % beträchtliche psychische Belastungen hervor
- verweisen 22 % auf eingeschränkte berufliche Möglichkeiten
- berichten 15 % von einer Beeinträchtigung ihres Familienlebens
- haben 16 % körperliche bzw. gesundheitliche Belastungen erfahren
- erwähnen 16 % Schwierigkeiten und Belastungen, die mit dem Pflegen verbunden sind (Überforderung, lange Wegzeiten, bürokratische Erschwernisse, schlechte Qualität der Pflegedienste) und
- verweisen 14 % auf soziale Belastungen wie z.B. Probleme beim Aufrechterhalten der Beziehungen mit Freunden.

Abbildung 22



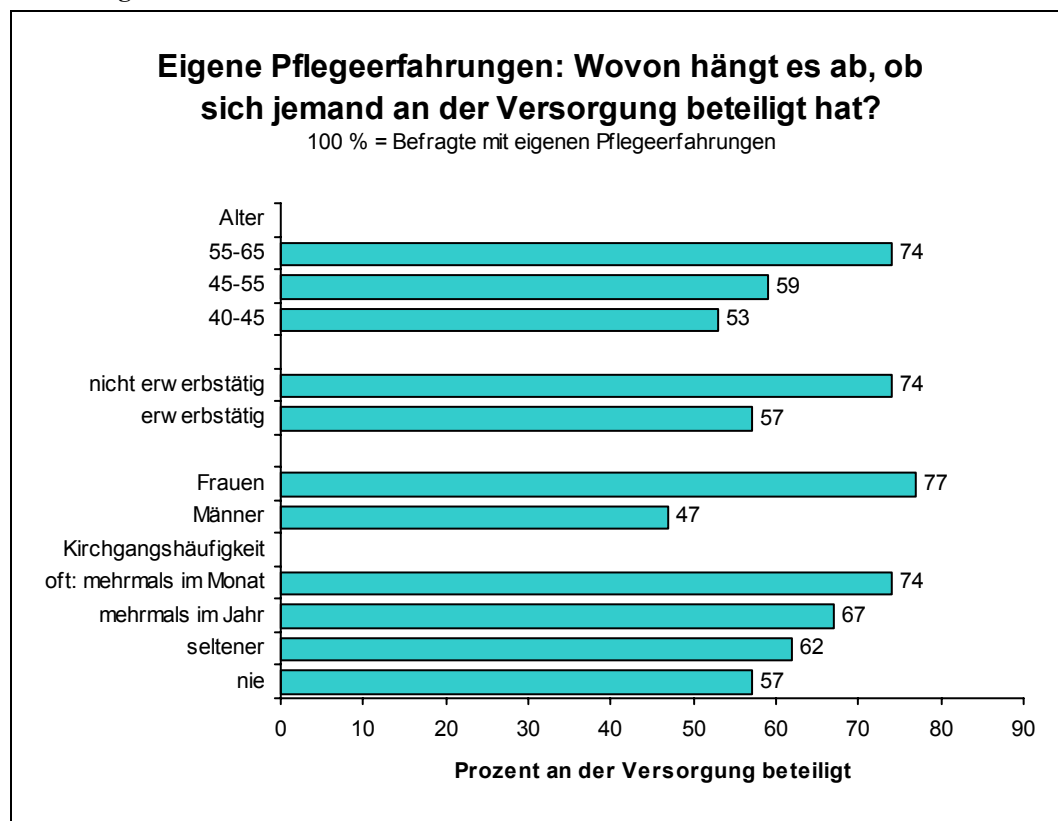
Wovon hängt es ab, ob sich jemand an der Versorgung beteiligt hat?

Von den Befragten mit Pflegeerfahrungen haben einige sich nicht an der Versorgung beteiligt, einige haben selber gepflegt, einige haben „nur“ die Pflege organisiert und einige haben beides gemacht.

Der Anteil derjenigen, die sich an der Versorgung beteiligt haben,¹⁷

- ist bei Frauen deutlich höher als bei Männern
- steigt mit zunehmendem Alter
- nimmt zu mit steigender kirchlicher Bindung
- ist bei Erwerbstätigen deutlich geringer als bei Befragten, die nicht erwerbstätig sind.

Abbildung 23



Wovon hängt es ab, wie die Versorgung durchgeführt wurde?

Rund 50 % der Befragten mit Pflegeerfahrung haben einen Pflegebedürftigen selber zuhause gepflegt – entweder in der eigenen Wohnung oder in der Wohnung der pflegebedürftigen Per-

¹⁷ Eine logistische Regression mit standardisierten (z-)Variablen zeigt, dass das Geschlecht die größte Bedeutung als Einflussfaktor hat ($b=-0,65$), gefolgt vom Alter ($b=0,34$) und Erwerbstätigkeit ($b=-0,24$). An vierter Stelle steht die Kirchgangshäufigkeit ($b=0,21$). Nagelkerkes R-Quadrat hat eine Größe von 0,19, was ungefähr einer multiplen Korrelation von 0,44 entspricht. Das Modell ermöglicht 71 % korrekte Einstufungen der Wahrscheinlichkeit, dass sich jemand an der Versorgung beteiligt hat.

son. Dieser Anteil variiert vor allem mit dem Geschlecht, mit der Erwerbstätigkeit, mit der kirchlichen Bindung und mit dem Alter.¹⁸

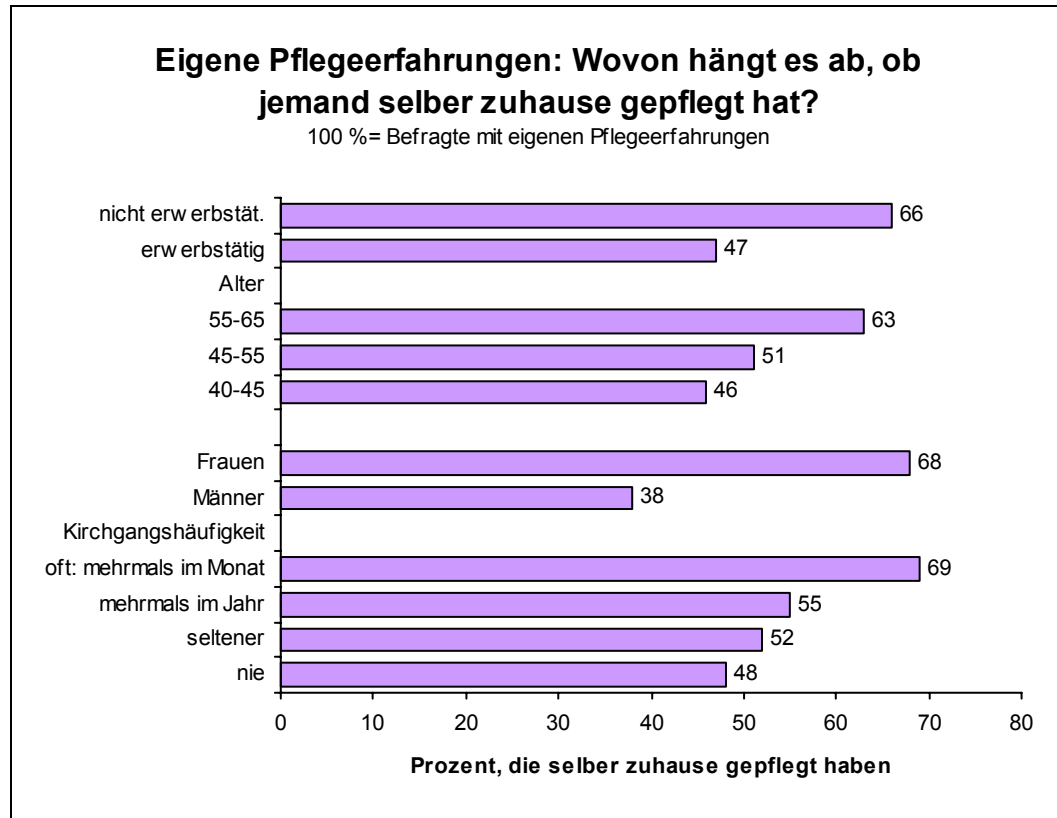
- Von den Frauen haben 68 % selber zuhause gepflegt, von den Männern dagegen nur 38 %.
- Von den Nicht-Erwerbstätigen haben 66 % selber zuhause gepflegt, von den Erwerbstätigen nur 47 %.
- Mit steigender kirchlicher Bindung steigt auch der Anteil derjenigen, die selber zuhause gepflegt haben – von 48 % bei denen, die nie in die Kirche gehen auf 69 %, die das mehrmals im Monat machen.
- Mit steigendem Alter nimmt auch der Anteil derjenigen zu, die im häuslichen Bereich selber gepflegt haben, von 46 % bei den 40- bis 45-Jährigen auf 63 % bei den 55- bis 65-Jährigen.

Selber zuhause gepflegt haben vor allem nichterwerbstätige Frauen mit starker kirchlicher Bindung in der Altersgruppe 55 bis 65 Jahre. 75 % der Befragten mit Pflegeerfahrungen und mit diesen Merkmalen haben selber zuhause gepflegt.

Am wenigsten selber zuhause gepflegt haben erwerbstätige Männer mit geringer kirchlicher Bindung in der Altersgruppe 40 bis 45 Jahre. Nur 24 % der Befragten mit Pflegeerfahrungen und mit dieser Merkmalskonstellation haben einen Pflegebedürftigen selber zuhause versorgt.

¹⁸ Eine logistische Regression mit standardisierten (z-)Variablen zeigt, dass auch hier das Geschlecht die größte Bedeutung als Einflussfaktor hat ($b=-0,63$), gefolgt von der Erwerbstätigkeit ($b=-0,25$), an dritter Stelle steht die Kirchgangshäufigkeit ($b=0,22$) und an vierter das Alter ($b=0,19$). Der Determinationskoeffizient Nagelkerkes R-Quadrat hat eine Größe von 0,18, was ungefähr einer multiplen Korrelation von 0,42 entspricht. Das Modell ermöglicht 66 % korrekte Einstufungen der Wahrscheinlichkeit, dass jemand selber zuhause gepflegt hat.

Abbildung 24



Wovon hängen Belastungen ab?

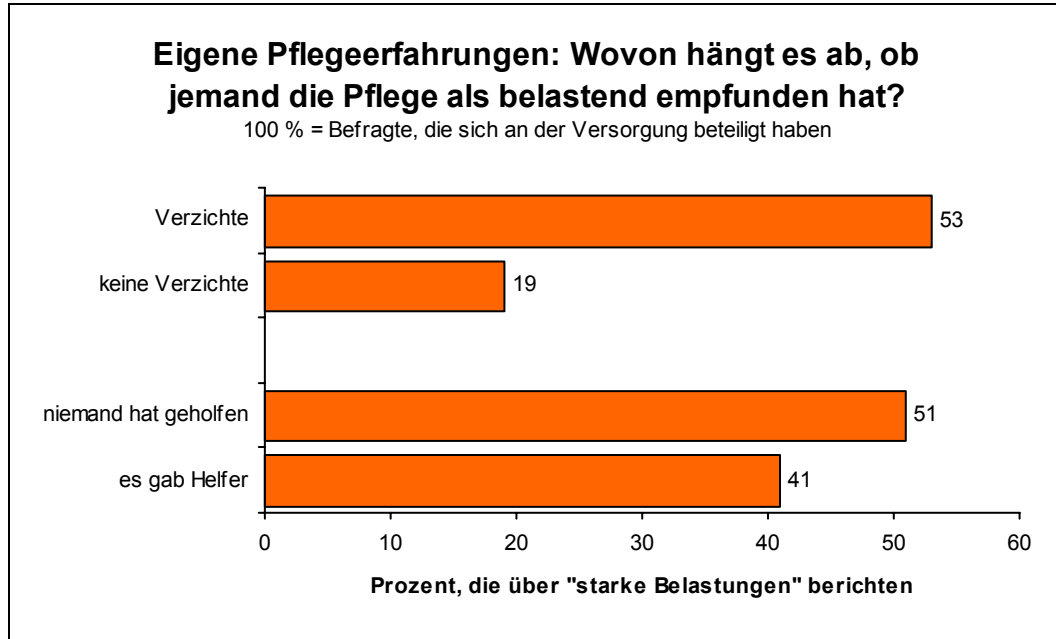
Von denen, die sich selber an der Versorgung beteiligt haben, berichten 40 %, dass die Pflege für sie „sehr belastend“ war und 64 % sagen, dass sie auf etwas verzichten mussten.

Beides steht natürlich in einem Zusammenhang: Von denen, die auf etwas verzichten mussten, empfanden 53 % die Pflege als belastend, von denen, die keinen Verzicht erfahren haben, dagegen nur 19 %. Ansonsten hängt die Erfahrung von Belastungen vor allem von den Umständen der Versorgung ab: Wenn es niemanden gab, der geholfen hat, sagen 51 %, dass die Pflege belastend war gegenüber nur 41 %, wenn man auf Hilferessourcen zurückgreifen konnte.¹⁹

Auch die Erfahrung von Verzichten hängt vor allem von den Umständen der Versorgung ab. Wenn diese zuhause durchgeführt wurde, berichten 68 %, dass sie auf wichtige Vorhaben verzichten mussten. Wurde die Versorgung nicht zuhause durchgeführt, beträgt dieser Anteil nur 34 %.

¹⁹ Eine logistische Regression mit standardisierten (z-)Variablen zeigt, dass nur die Umstände der Versorgung einen signifikanten Erklärbeitrag leisten: auf etwas verzichten ($b=0,94$), niemand hat geholfen ($b=0,39$). Der Determinationskoeffizient Nagelkerkes R-Quadrat hat eine Größe von 0,24, was ungefähr einer multiplen Korrelation von 0,49 entspricht. Das Modell ermöglicht 66 % korrekte Einstufungen der Wahrscheinlichkeit, dass jemand starke Belastungen empfunden hat.

Abbildung 25



4. Wie würde man mit der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen umgehen?

4.1 Entscheidungen in einer Dilemma-Situation: Wie wird die Entscheidung zur Heimversorgung der eigenen Mutter bewertet?

In einer eher indirekten Weise lassen sich Pflegebereitschaften durch die „Dilemma-Methode“ untersuchen. Diese Methode besteht darin, dass eine Konfliktsituation vorgegeben wird und die Entscheidung einer fiktiven Person in diesem Dilemma. Gefragt wird zweierlei: zum einen, wie man persönlich diese Entscheidung bewertet und zum anderen, was die Gründe für diese Bewertung sind. Der Nutzen dieser in Forschungen über moralisches Bewusstsein entwickelten und bewährten Methode besteht nicht nur in ihrer Indirektheit sondern vor allem darin, dass sich damit Begründungen und auf diese Weise vielleicht auch tiefer liegende Motivationsstrukturen erfassen lassen.²⁰

Den Befragten in den Landkreisen Annaberg und Unna wurde das folgende Dilemma vorgelegt:

Das Dilemma: Pflegen vs. Beruf und Familie

„Eine ältere Dame wird in der nächsten Zeit aus dem Krankenhaus entlassen. Sie erlitt vor einigen Wochen einen Schlaganfall und ist seitdem dauerhaft pflegebedürftig. Sie kann auch nur wenige Stunden am Tag allein gelassen werden. Ihr Wunsch ist es, im Hause ihrer einzigen Tochter gepflegt zu werden. Ihre Tochter ist verheiratet, hat zwei Kinder, die zur Schule gehen und ist halbtags berufstätig. Für die Pflege der Mutter müsste sie ihre Berufstätigkeit aufgeben.

Die Tochter entscheidet sich gegen den Wunsch der Mutter und bemüht sich um einen Platz in einem gut geführten Pflegeheim.

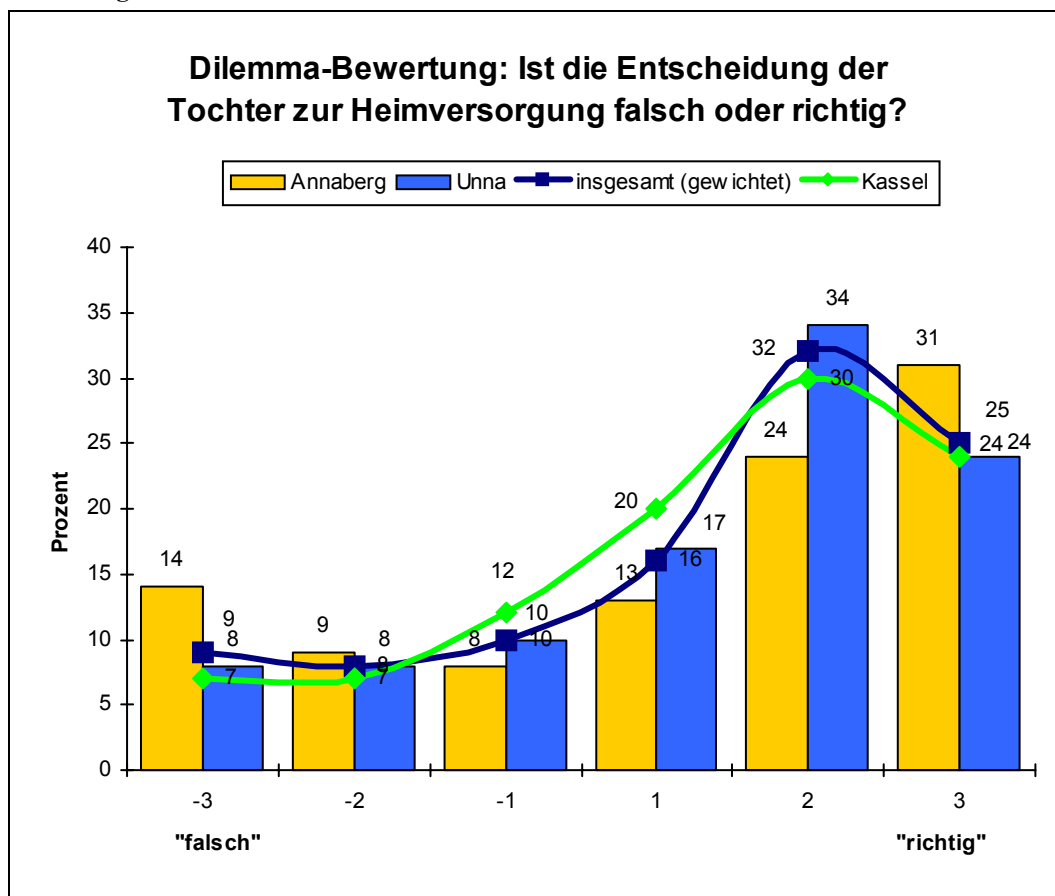
Halten Sie die Entscheidung der Tochter für eher falsch oder eher richtig? Wo würden Sie auf dieser Skala (**Liste 2 vorlegen**) Ihre Einschätzung machen?“

²⁰ Zur „Dilemma-Methode“ vgl. Kolberg, L.: The psychology of moral development. The nature and validity of moral stages. San Francisco: 1984, sowie Lind, G.: Wie misst man moralisches Urteil? In: Portele, G. (Hg.), Sozialisation und Moral. Neue Ansätze zur moralischen Entwicklung und Erziehung, S. 171-200. Weinheim: 1978

Bewertung der Entscheidung zum Heim

In beiden Untersuchungsregionen überwiegt deutlich eine eher positive Bewertung der Entscheidung für die Heimversorgung – 73 % finden die Entscheidung der Tochter zumindest „eher richtig“, nur 27 % halten sie für „eher falsch“ oder „falsch“. Die Verteilung ist auch ganz ähnlich wie in der Kassel-Studie. Im Landkreis Annaberg ist die Verteilung leicht u-förmig, d.h. es ist ansatzweise eine Polarisierung erkennbar: es überwiegen zwar die positiven Bewertungen der Heimentscheidung, aber ein relativ hoher Prozentanteil der hier Befragten ist mit dieser Entscheidung gar nicht einverstanden.

Abbildung 26



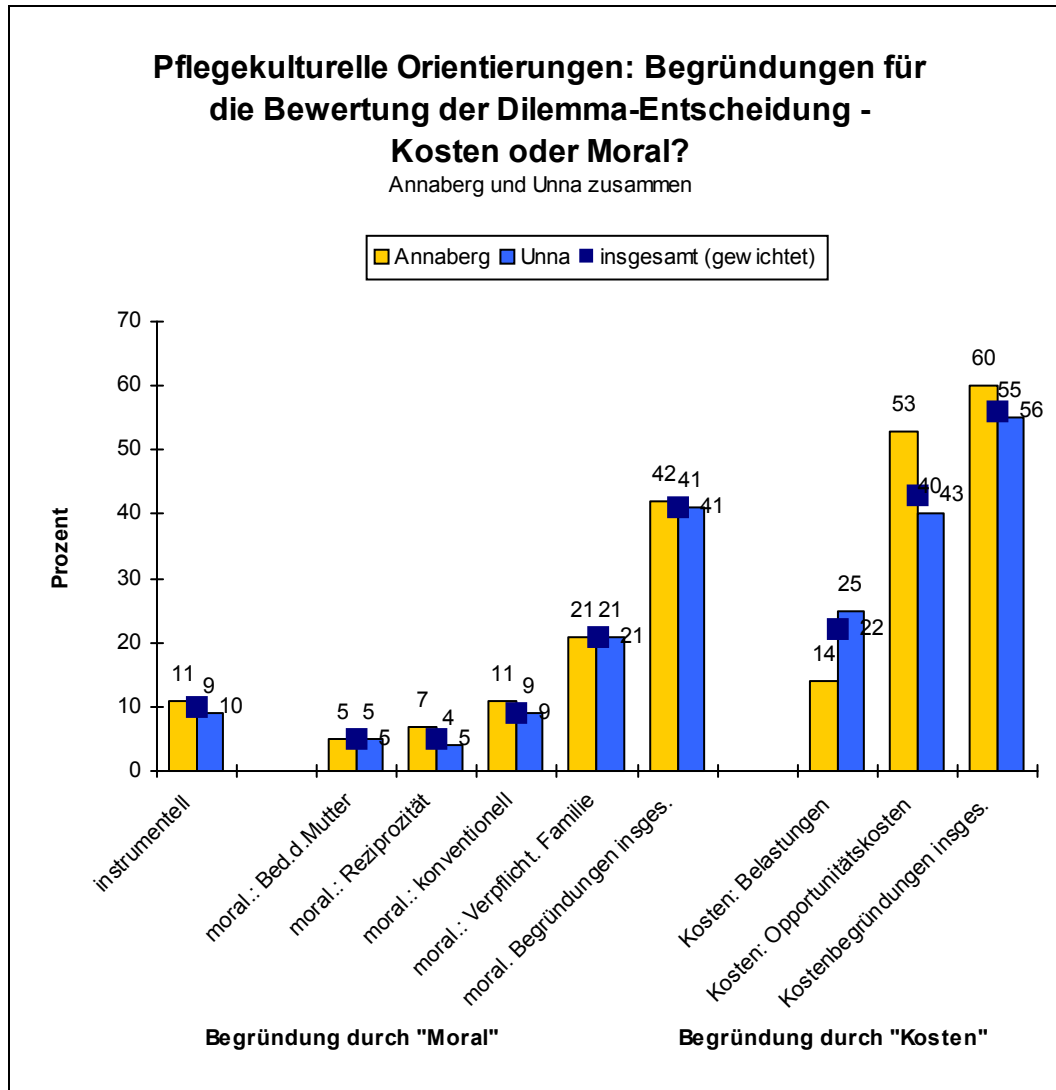
Was steht hinter den Bewertungen? In was für einen Sinn- und Motivationszusammenhang wird Pflegebedürftigkeit eingeordnet?

Um diese Fragen zu beantworten, wurde im Anschluss an die Bewertung der Dilemma-Entscheidung eine offene Frage nach den Gründen für diese Bewertung gestellt. Damit wollten wir herausfinden, in welchen Bedeutungszusammenhang das Thema Pflegebedürftigkeit eingeordnet wird. Die Offenheit der Frage bedeutet, dass keine Antwortvorgaben gemacht wurden. Die befragten Personen konnten mit eigenen Worten zum Ausdruck bringen, welche

Gründe für ihre Bewertungen wichtig und maßgeblich waren. Die Auswertung und Kodierung dieser offenen Frage zeigte, dass im Wesentlichen drei Bedeutungsaspekte thematisiert wurden: Moral, Zweckmäßigkeit und Kosten. Wenn wir die Häufigkeit von Nennungen als Indikator für Wichtigkeit ansehen, ergibt sich jedoch eine andere Reihenfolge: An erster Stelle stehen Kosten, dann erst kommt die Moral und an letzter Stelle steht die Zweckmäßigkeit.

1. Am häufigsten bei den Begründungen gab es Hinweise auf *Kosten* ganz verschiedener Art: 56 % der Befragten erwähnen Kosten, wenn sie ihre Bewertung begründen wollen. In dieser „Kostengruppe“ war die Nennung von Opportunitätskosten besonders wichtig – also der Hinweis auf entgangene oder verstellte Möglichkeiten, wenn man die Pflege eines Angehörigen übernimmt. 43 % der Befragten äußerten sich in diesem Sinne. Besonders wichtig waren dabei die Themen „Arbeit“ und „Beruf“, oft verbunden mit der Aussage, dass man sich unter den gegenwärtigen Bedingungen des Arbeitsmarktes die Aufgabe einer beruflichen Tätigkeit nicht leisten kann. 40 % der Befragten machten Aussagen in diesem Sinne. Im Landkreis Annaberg hat dieser Typ von Opportunitätskosten eine erheblich größere Bedeutung als im Landkreis Unna: 52 % vs. 37 %. Opportunitätskosten, die sich auf entgangene Chancen der Selbstverwirklichung – Führen eines „eigenen Lebens“ – beziehen, sind mit 3 % gegenüber diesen auf Beruf und Erwerbstätigkeit bezogenen Erwägungen sehr selten. Auch die Nennung von Belastungen – psychischer und körperlicher Art – als Kosten kommt mit 22 % viel seltener vor, als zu erwarten wäre.
2. Nach der Häufigkeit von Nennungen stehen *Moralische Begründungen* verschiedener Art an zweiter Stelle: 41 % der Befragten begründen ihre Bewertung in einem moralischen Sinne. Am häufigsten sind dabei Argumente, die sich im Falle einer Zustimmung zur Heimversorgung auf Verpflichtungen gegenüber der eigenen Familie, besonders gegenüber den Kindern beziehen (21 %). Relativ häufig mit 9 % sind auch konventionelle Begründungen wenn die Heimversorgung abgelehnt wird („es gehört sich so“, „Kinder sind verpflichtet“). Auch im Sinne der Reziprozitätsnorm wird bei einer Ablehnung der Heimversorgung argumentiert (5 %) – sinngemäß mit Aussagen wie „die Mutter hat ja die Tochter auch als Kind versorgt, deshalb ist diese verpflichtet...“. Berechtigte Bedürfnisse und Ansprüche der Mutter werden von 5 % erwähnt.
3. Die dritte Gruppe von Begründungen bezieht sich auf *instrumentelle Gesichtspunkte* (10 %). Hier geht es – je nach Art der Bewertung – um Zweckmäßigkeiten, um die Vorzüge von Heimen oder um die Vorteile einer häuslichen Versorgung. Beim Heim wird vor allem auf die höhere Fachlichkeit verwiesen, bei der häuslichen Versorgung auf die durchaus guten Möglichkeiten, wenn fachliche Hilfe eingeschaltet wird.

Abbildung 27



Zusammenfassend lässt sich folgendes feststellen: Wie auch in anderen Studien zeigt sich für die Landkreise Unna und Annaberg, dass Pflegebedürftigkeit zwar auch als eine moralische Aufgabe erlebt wird, dass aber Kostengesichtspunkte eine dominierende Rolle spielen. Dabei haben Opportunitätskosten, die sich auf den Verzicht bzw. auf die Einschränkung einer Berufstätigkeit beziehen eine ganz zentrale Bedeutung. Viele Befragte – vor allem im Landkreis Annaberg – verweisen in diesem Zusammenhang auf die schwierige Lage auf dem Arbeitsmarkt. Das ist sicher ein wichtiger Faktor, aber wir sind sicher, dass auch unabhängig davon die Thematisierung von Opportunitätskosten und die abnehmende Bedeutung moralischer Erwägungen ein „normales“ Resultat des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses ist.

Aus diesem Ergebnis und diesen Überlegungen ergibt sich natürlich eine wichtige Folgerung: Wenn pflegepolitisch die häusliche Versorgung als erwünscht gilt, dann wird dieses Ziel (heute und in Zukunft noch viel mehr) nur realisierbar sein, wenn Institutionen und Infrastrukturen geschaffen werden, die Pflegen und Erwerbstätigkeit in hohem Maße vereinbar machen. Wir können uns auch nicht darauf verlassen, dass die Pflegenden schon überwiegend aus dem Er-

werbsprozess ausgestiegen sind und dass die Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen deshalb für sie kein wichtiges Thema ist. Die Unna- und Annaberg-Studien und die anderen von uns durchgeführten Untersuchungen haben ja gezeigt, dass die überwiegende Mehrheit der von uns befragten 40- bis 65-Jährigen berufstätig ist und über die Hälfte von ihnen wurde im eigenen Umfeld mit Pflegebedürftigkeit konfrontiert.

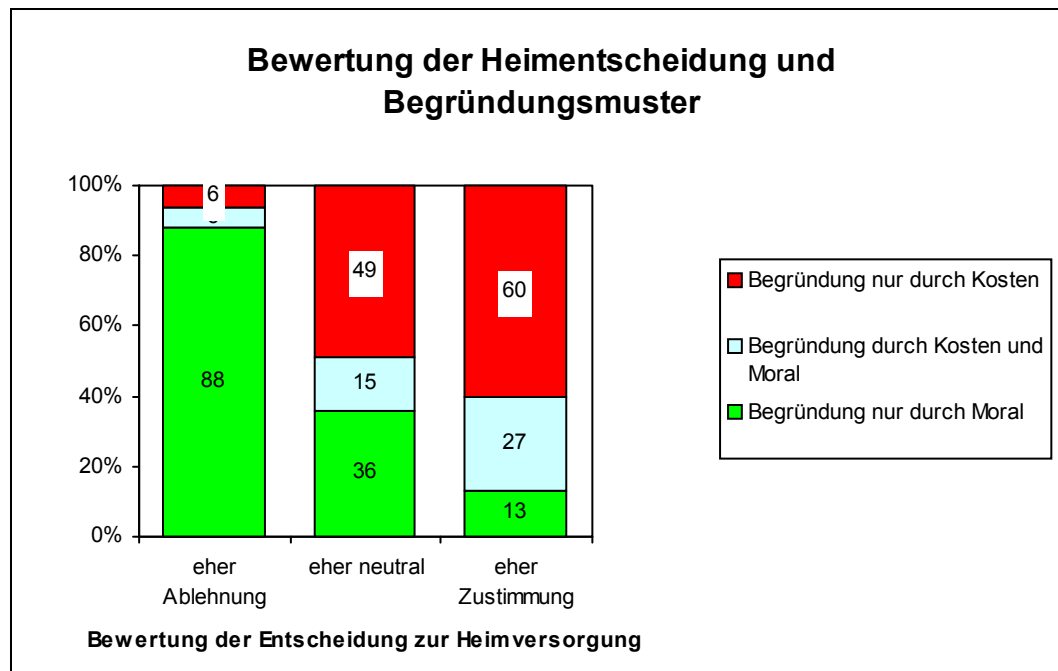
Solche Institutionen der Vereinbarkeit könnten darin bestehen, dass der Wiedereinstieg in das Berufsleben nach dem Ende der Pflegezeit garantiert wird und dass auf lokaler Ebene die Pflege unterstützende Einrichtungen im professionellen und ehrenamtlichen Sektor geschaffen und gefördert werden. Ansätze wie im Bereich der „Kinderpolitik“, die – angesichts des Schocks über den demografischen Wandel – zumindest auf der deklamatorischen Ebene als immer dringlicher gelten, müssen auch in der Pflegepolitik realisiert werden. Wir müssen sehen und anerkennen, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Versorgung von Kindern im Hinblick auf die Lebenssituation der für die Versorgung Verantwortlichen weitgehend homolog sind. Aber in der Politik ist man noch weit davon entfernt, das anzuerkennen – vermutlich deshalb, weil sich Kinder leichter mit der Zukunft einer Gesellschaft in Verbindung bringen lassen als pflegebedürftige ältere Menschen.

Wovon hängt die Bewertung der Heimentscheidung ab? Wovon hängt es ab, ob bei der Begründung „Kosten“ oder „Moral“ im Vordergrund stehen?

Unsere Ergebnisse werfen Fragen auf: Unter welchen Bedingungen ist die Wahrscheinlichkeit besonders groß, dass die Entscheidung zur Heimversorgung positiv bewertet wird? Unter welchen Bedingungen wird die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit vorrangig unter Kostengesichtspunkten erlebt und unter welchen Bedingungen eher im Sinne einer moralisch begründbaren Verpflichtung?

Zunächst ist festzustellen, dass die Art und Weise, wie die Heimentscheidung bewertet wird – ob positiv oder negativ – in einer außerordentlich engen Beziehung zu dem Sinn- und Motivationszusammenhang steht, in den Pflegebedürftigkeit eingeordnet wird: ob die Pflegebedürftigkeit einer nahe stehenden Person eher mit Kosten in Verbindung gebracht oder eher in einem moralischen Bezugsrahmen verortet wird. Von denen, die die Heimentscheidung der Tochter ablehnen, begründen das fast 90 % in einer moralischen Weise. Von denen, die mit der Entscheidung der Tochter zur Heimversorgung einverstanden sind, verweisen jedoch nur 13 % auf moralische Gesichtspunkte. Die Anteile der Befragten, die in ihrer Begründung nur auf Kosten verweisen verhalten sich genau umgekehrt: Von den Befragten, die mit der Heimentscheidung nicht einverstanden sind, erwähnen nur 6 % ausschließlich Kosten, von den positiv Urteilenden dagegen 60 %. Hier scheint es also eine außerordentlich enge Verbindung zu geben zwischen der Art und Weise, wie Versorgungsverpflichtungen im Falle von Pflegebedürftigkeit erlebt werden – ob unter Kosten- oder unter Moralgesichtspunkten – und der Entscheidung zu einem Pflegearrangement.

Abbildung 28



Die Befürwortung einer stationären Versorgung in einer Dilemma-Situation ruft sehr viel häufiger das Begründungsmuster Kosten ab als die Ablehnung einer stationären Versorgung, die wiederum sehr viel häufiger mit dem Begründungsmuster Moral assoziiert ist. Und umgekehrt könnte man auch formulieren: Wenn Versorgungsverpflichtungen bei Pflegebedürftigkeit in einen Kostenzusammenhang eingeordnet werden, ist die Wahrscheinlichkeit für die Entscheidung zu einer stationären Versorgung sehr viel größer als bei der Einordnung in den Kontext moralischer Erwägungen.

Die Begründungsmuster Kosten und Moral wiederum sind nicht zufällig verteilt. Sie variieren allerdings nur wenig mit den persönlich-biografischen Merkmalen Alter und Geschlecht, aber relativ deutlich mit Merkmalen, die sich auf die Einbettung in einen gesellschaftlichen Kontext beziehen – das Begründungsmuster Kosten wird von Erwerbstätigen bevorzugt, verliert mit steigender kirchlich-religiöser Bindung an Bedeutung, gewinnt mit steigendem Sozialstatus an Relevanz und wird bei einem modernen Lebensentwurf häufiger in Anspruch genommen als bei einem vormodernen Lebensentwurf. Und umgekehrt besitzt das Begründungsmuster Moral bei Nichterwerbstätigen mehr Bedeutung als bei Erwerbstätigen, gewinnt an Relevanz mit steigender kirchlich-religiöser Bindung, wird mit steigendem Sozialstatus weniger bedeutend und wird von Personen mit einem vormodernen Lebensentwurf häufiger berücksichtigt als bei Befragten mit einem eher modernen Lebensentwurf.

Besonders deutlich werden diese Abhängigkeiten, wenn die Extremkonstellationen für die hier berücksichtigten Bedingungen betrachtet werden:

Von den Befragten, die nie zur Kirche gehen, erwerbstätig sind, einen hohen Sozialstatus haben und über einen modernen Lebensentwurf verfügen (n=18), befürworten fast drei Viertel

eindeutig die Entscheidung zur Heimversorgung und alle begründen ihre Bewertung durch Kostenerwägungen und keiner aus dieser Gruppe berücksichtigt moralische Erwägungen.

Bei der anderen Extremkonstellation – Nichterwerbstätige, die sehr häufig in die Kirche gehen, einen niedrigen Sozialstatus und einen vormodernen Lebensentwurf haben (n=16) – lehnen rund zwei Drittel die Entscheidung zur Heimversorgung ab und 50 % begründen ihre Bewertung ausschließlich durch moralische Erwägungen und „nur“ 50 % verweisen auf Kosten.

Abbildung 29

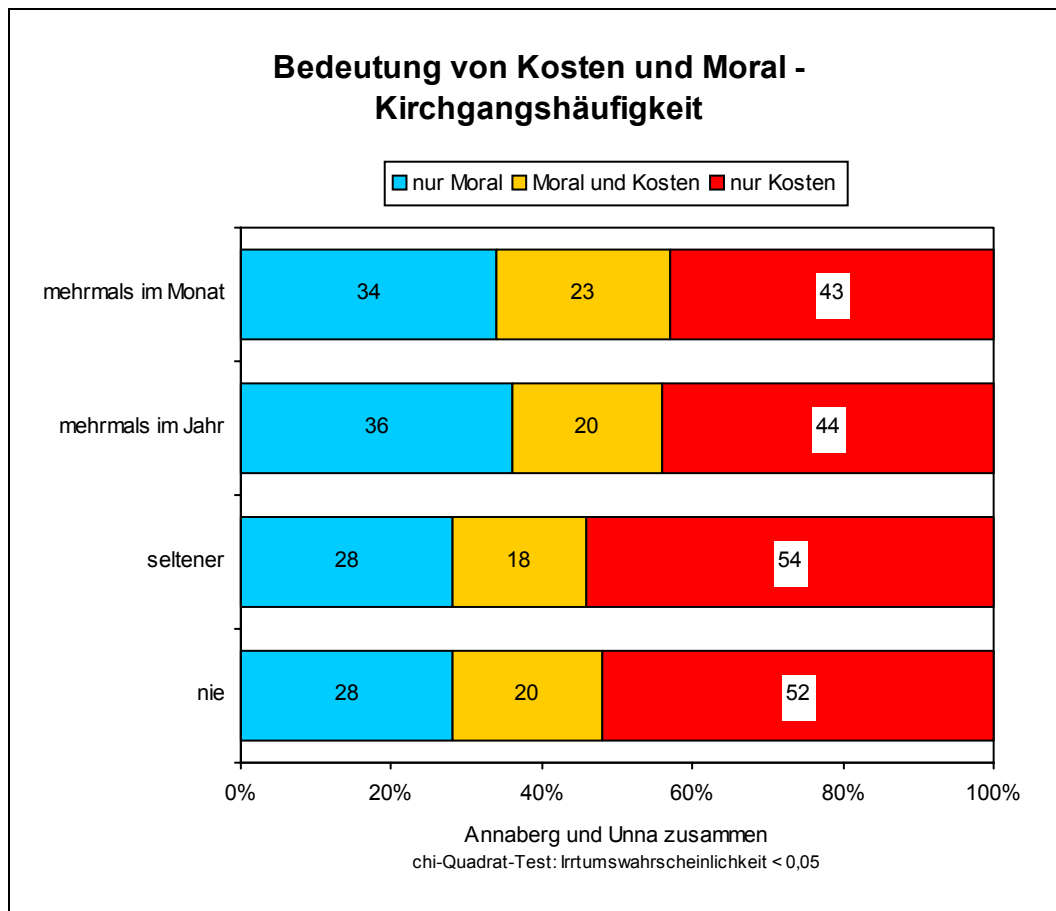
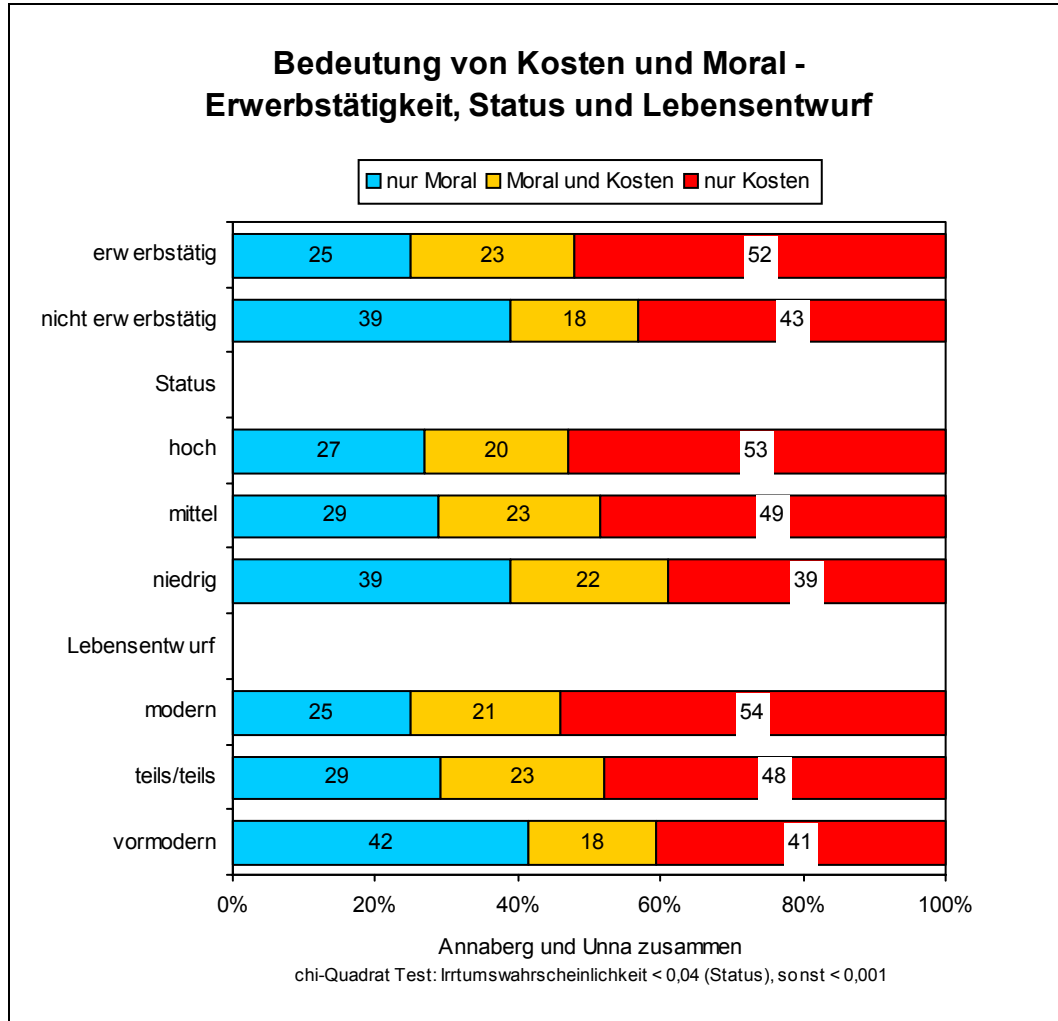


Abbildung 30



4.2 „Bewältigungskompetenz“: Würde man sich die Versorgung einer nahe stehenden pflegebedürftigen Person selber zutrauen oder würde man Hilfe und Beratung brauchen?

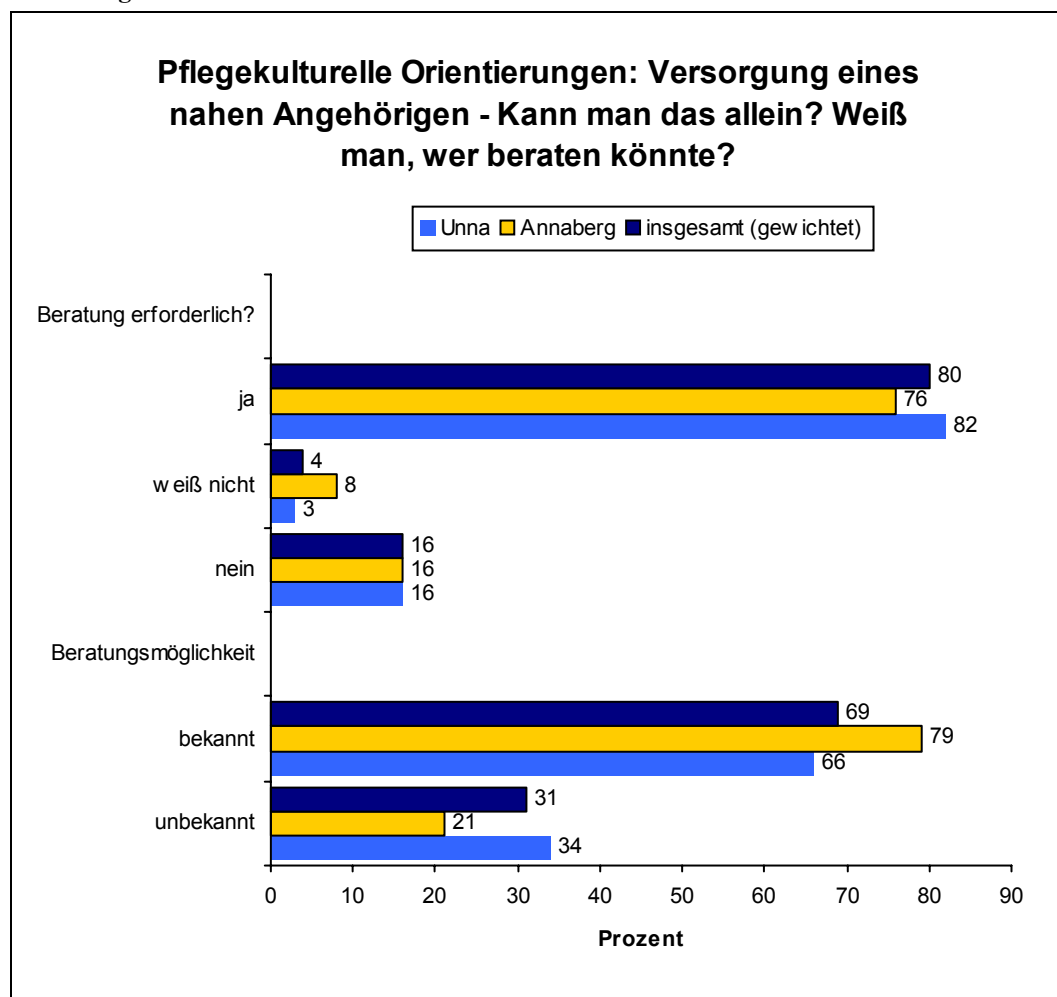
Einschätzung der „Bewältigungskompetenz“ – Beratungsbedarf

Während die „Dilemma-Methode“ eher ein indirekter Zugang zur Erfassung von pflegekulturellen Orientierungen ist, wurden im Interview auch zahlreiche Fragen gestellt, die sich direkt darauf beziehen. Dazu gehört auch der Komplex „Bewältigungskompetenz“.

Auf die Frage, ob man es sich zutrauen würde, mit einer solchen Situation der Pflegebedürftigkeit einer nahe stehenden Person selber fertig zu werden, antworten nur 16 % mit „ja“. 80 % wären auf Beratung angewiesen – in Unna etwas mehr als in Annaberg.

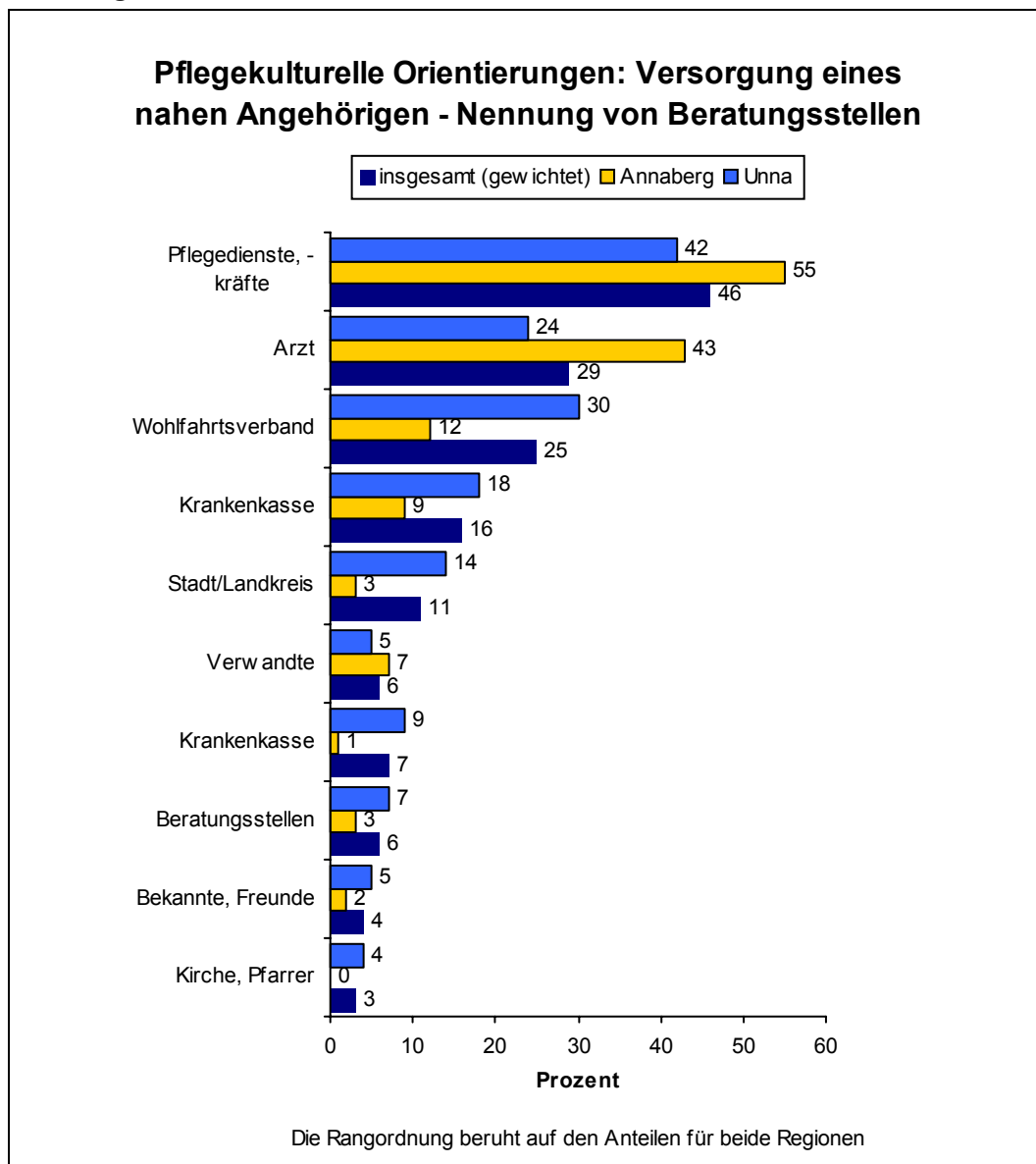
Die meisten der 40- bis 65-Jährigen (rund 70 %) wissen auch, wo sie Beratung finden können – im Landkreis Unna deutlich weniger (66 %) als im Landkreis Annaberg (79 %).

Abbildung 31



Als Beratungsstelle bzw. Informationsmöglichkeit werden am häufigsten Pflegedienste genannt. Fast 50 % der Befragten gehen davon aus, dass man relevante Informationen bei Pflegediensten und Fachkräften findet. Im Landkreis Unna besitzen die Pflegedienste allerdings eine deutlich geringere Bedeutung als im Landkreis Annaberg. An zweiter Stelle steht der Arzt, der meistens auch der Hausarzt ist (rund 30 %) und im Landkreis Unna eine etwas geringere Bedeutung als in Annaberg besitzt. An dritter Stelle, aber schon deutlich seltener werden die Wohlfahrtsverbände genannt (25 %), die in Unna häufiger erwähnt werden als in Annaberg. Am vierthäufigsten werden Krankenkasse bzw. Pflegekasse als Beratungsstelle genannt (16 %). Erwähnenswert sind noch die Angebote von Landkreis- und Stadtverwaltungen (11 %), das Krankenhaus (7 %), Verwandte (6 %), spezielle Beratungsstellen (6 %, darunter 4% „Pflegebudgetbüro“). Alle anderen Möglichkeiten haben im Bewusstsein der Befragten eher eine marginale oder gar keine Bedeutung: Bekannte und Freunde, Heime und Tagespflege, Pfarrer und Kirche, ehrenamtlich Tätige und kommerzielle Organisationen.

Abbildung 32



Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass den 40- bis 65-Jährigen in den Landkreisen Annaberg und Unna in beachtlichem Umfang Beratungsangebote bekannt sind. Wobei im Hinblick auf ihre Bekanntheit die Angebote der Pflegedienste hervorzuheben sind und die große Bedeutung des Arztes/Hausarztes, der für viele als kompetenter Berater für den Fall von Pflegebedürftigkeit gilt.

Wovon hängt die Bewältigungskompetenz ab?

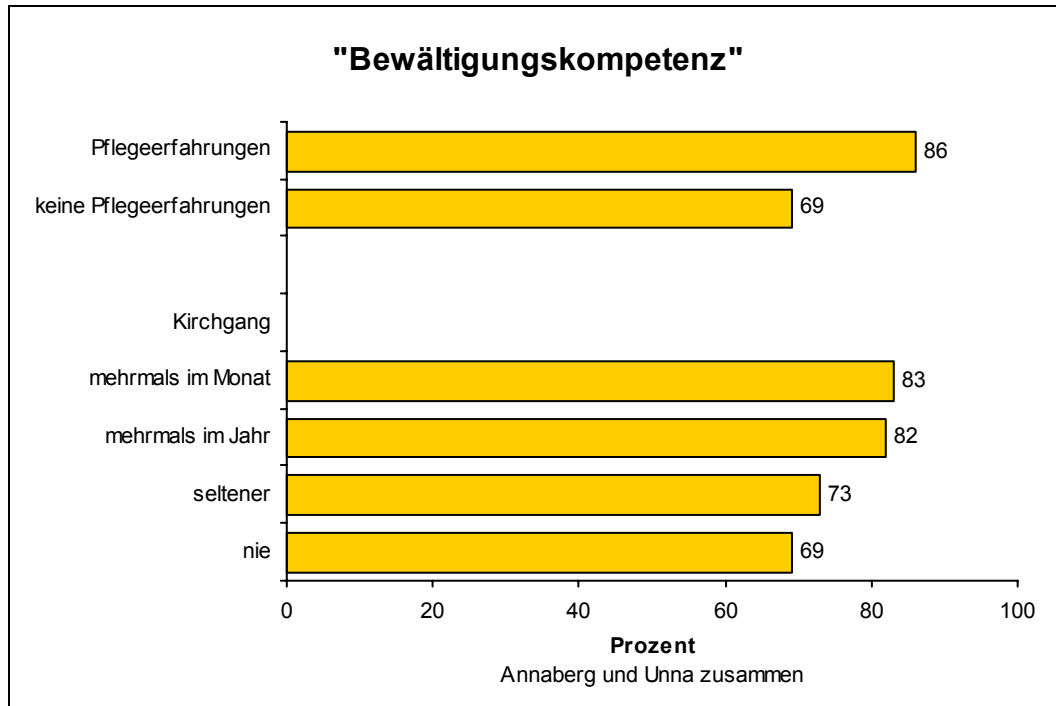
Als „bewältigungskompetent“ lassen sich solche Befragte einstufen, die sich zutrauen, alleine mit der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen fertig zu werden. In einem weiteren Sinne kann „Bewältigungskompetenz“ aber auch konstatiert werden, wenn sich jemand das nicht zutraut, aber weiß, wo er Beratung und Hilfe findet. Natürlich handelt es sich hier um subjektive Einschätzungen der befragten Personen und nicht unbedingt um ihre „wirkliche“ Fähigkeit, in einer solchen Situation kompetent zu handeln. In dem hier definierten Sinne können 75 % der in den beiden Landkreisen befragten Personen als „bewältigungskompetent“ eingestuft werden – in Annaberg ist dieser Anteil etwas höher (84 %) als in Unna (73 %).

Diese „Bewältigungskompetenz“ korreliert signifikant mit einigen Merkmalen der befragten Personen:

- „Bewältigungskompetenz“ kommt in der Gruppe der Pflegeerfahrenen häufiger vor als bei denen, die noch keine Pflegeerfahrungen haben (86 % vs. 69 %)
- Der Anteil der „Bewältigungskompetenten“ variiert mit der kirchlich-religiösen Bindung. Von denen, die nie in die Kirche gehen fühlen sich „nur“ 69 % kompetent in dem hier definierten Sinne – von denen, die das mehrmals im Monat tun dagegen 83 %.

Die Effektgrößen (Prozentunterschiede) sind bei allen anderen Zusammenhängen so gering, dass sie nicht wirklich berichtenswert sind.

Abbildung 33



Überraschend ist, dass Frauen sich nur wenig „bewältigungskompetenter“ einschätzen als Männer und ebenso, dass die Bewältigungskompetenz nicht mit dem sozialen Status korreliert.

4.3 Was ist zu tun, wenn eine nahe stehende Person pflegebedürftig wird?

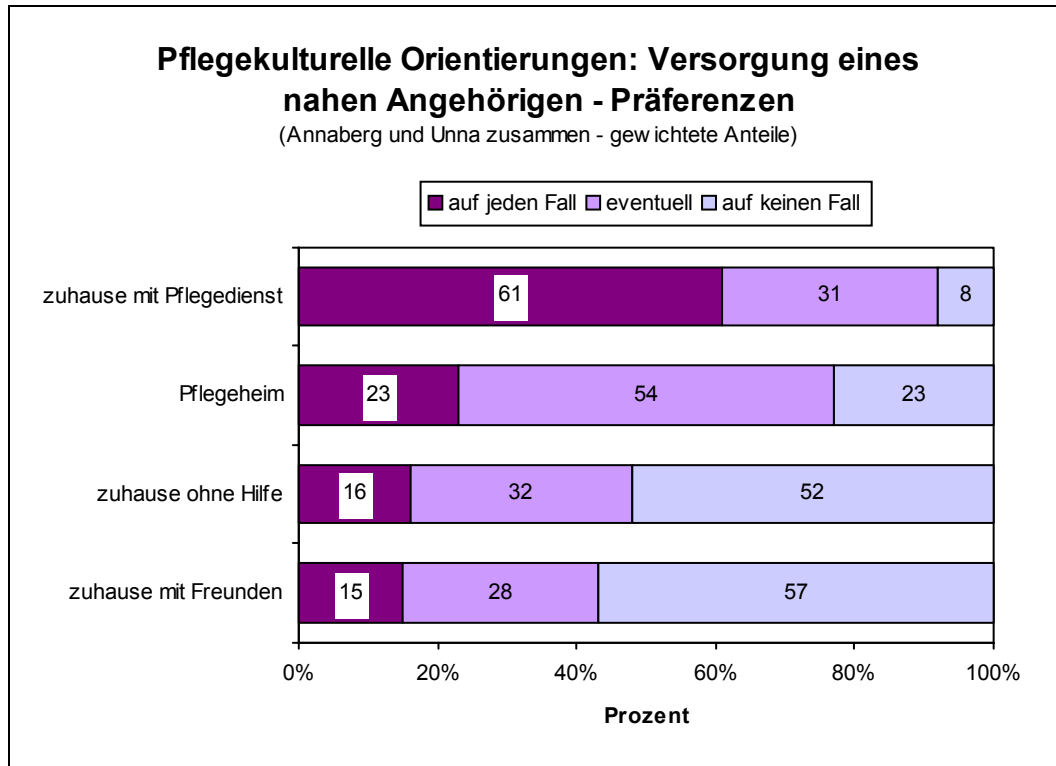
Häusliche oder stationäre Versorgung?

Wenn es um Präferenzen für die Versorgung einer nahe stehenden Person geht, steht sicher die Frage im Vordergrund, ob eine häusliche Versorgung möglich und wünschenswert ist, oder ob eine stationäre Versorgung in Frage kommt. Und bei der häuslichen Versorgung kann es unterschiedliche Präferenzen geben, wenn es darum geht, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Auf diese Optionen beziehen sich die im Interview vorgelegten Alternativen:

- Den Verwandten alleine und ohne fremde Hilfe zuhause pflegen
- Den Verwandten zuhause mit der Hilfe von Freunden und Bekannten pflegen
- Die Pflege zuhause übernehmen, aber Unterstützung durch einen Pflegedienst, z.B. eine Sozialstation suchen
- Für den Verwandten einen Platz in einem gut geführten Pflegeheim in der Nachbarschaft suchen

Diese Möglichkeiten konnten auf einer Skala von 0 bis 2 in der folgenden Weise bewertet werden: „käme auf keinen Fall in Frage“ (=0), „käme eventuell in Frage“ (=1) und „käme auf jeden Fall in Frage“ (=2).

Abbildung 34



Die Präferenzen sind eindeutig: Am häufigsten wird die Möglichkeit der häuslichen Versorgung mit Inanspruchnahme professioneller Unterstützung gewählt – für mehr als 60 % der 40- bis 65-Jährigen käme diese Möglichkeit „auf jeden Fall in Frage“. Am wenigsten bevorzugt werden Arrangements, bei denen keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird: zu Hause alleine pflegen und zu Hause mit Unterstützung durch Freunde pflegen. In beiden Fällen würden weniger als 20 % „auf jeden Fall“ an diese Möglichkeiten denken und für jeweils mehr als die Hälfte der Befragten kämen diese Varianten einer häuslichen Versorgung ohne professionelle Hilfe „auf keinen Fall“ in Frage. Die Versorgung durch ein Pflegeheim wird immerhin von 23 % der 40- bis 65-Jährigen bevorzugt und käme „auf jeden Fall“ in Frage und nur 23 % lehnen eine stationäre Versorgung entschieden ab („käme auf keinen Fall in Frage“). Die Präferenzen in den beiden Regionen sind ganz ähnlich, im Landkreis Unna findet allerdings die Versorgung durch ein Heim etwas mehr Zustimmung.

Arrangement-Typen

Die vier im Interview vorgelegten Möglichkeiten lassen sich so zusammenfassen, dass deutlich wird, welches der Arrangements wahrscheinlich am ehesten in Frage kommt. Dazu haben wir die folgenden vier Typen gebildet:²¹

²¹ Der Index wurde folgendermaßen gebildet: Zunächst wurde die insgesamt am häufigsten bevorzugte Option zur Einstufung berücksichtigt: ob jemand zu Hause mit professioneller Unterstützung pflegen würde. Die Einstufung wurde dann korrigiert für diejenigen, die auch ohne professionelle Hilfe „auf jeden Fall“ zu Hause pflegen würden. Für die dann noch nicht klassifizierbaren Fälle erfolgte die Einstufung danach, ob das Heim „eventuell“

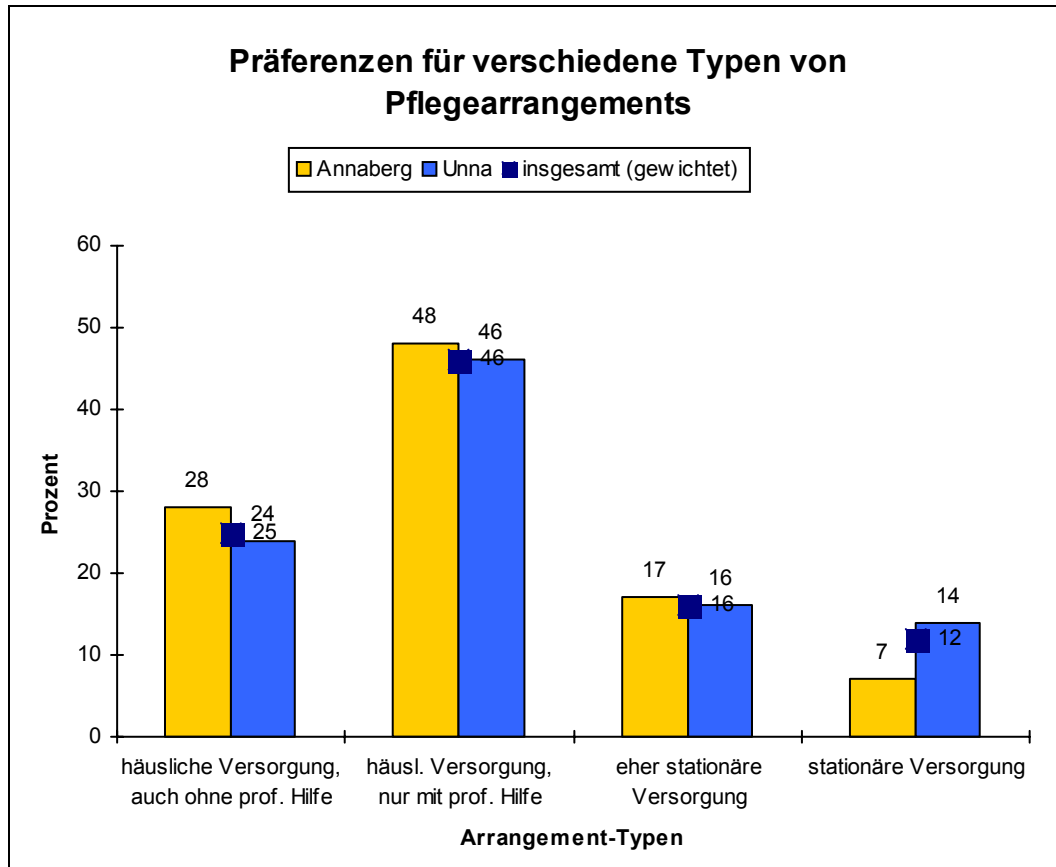
1. *häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe*: wenn die Arrangements „zu Hause selber pflegen“ und/oder „zu Hause mit Hilfe von Freunden pflegen“ sehr stark bevorzugt werden und andere Möglichkeiten überhaupt nicht oder nur „eventuell“ in Frage kämen.
2. *häusliche Versorgung mit professioneller Unterstützung*: wenn „zu Hause mit professioneller Hilfe“ auf jeden Fall in Frage käme und alle anderen Möglichkeiten deutlich abgelehnt werden
3. *eher stationäre Versorgung*: Wenn die Arrangements der häuslichen Versorgung nicht in Frage kommen und eine Heimversorgung „eventuell“ in Betracht gezogen wird.
4. *stationäre Versorgung*: wenn häusliche Versorgung nicht akzeptiert wird und Versorgung durch ein Pflegeheim „auf jeden Fall“ in Frage kommt.

Diese Typologie macht deutlich, welche Arrangement-Typen in welchem Umfang bevorzugt werden: Ganz eindeutig am häufigsten würde eine häusliche Versorgung mit professioneller Unterstützung bevorzugt werden. Für fast die Hälfte der 40- bis 65-Jährigen wäre das der Arrangement-Typ, der am ehesten gewählt würde. Immerhin ein Viertel der Befragten wären auch zu einer häuslichen Versorgung ohne professionelle Hilfe bereit: entweder allein oder mit Hilfe von Freunden. Und für fast 30 % käme am ehesten eine stationäre Versorgung in Frage. 12 % wären sich da ganz sicher und 16 % würden sich eventuell für eine Heimversorgung entscheiden.

oder „auf jeden Fall“ in Frage käme. Diese Typologie korreliert sehr hoch ($r=0,80$) mit einer aus den vier Vorgaben faktoranalytisch erstellten Skala. Bei Vorgabe einer einfaktoriellen Lösung ergab sich eine Varianzaufklärung von 41 %. Uns erscheint jedoch eine nicht als Linearkombination erstellte Typologie zur Beschreibung von Präferenzen sinnvoller und geeigneter.

Die für die Unna-/Annaberg-Studien entwickelte Klassifikation unterscheidet sich in einem wichtigen Punkt von den Einstufungen in den Kassel- und Munderkingen-Studien: Es wurde für die Entscheidung zur häuslichen Versorgung berücksichtigt, ob diese mit oder ohne professionelle Unterstützung erfolgen soll. Diese Abweichung erschien uns sinnvoll, weil für nahezu zwei Drittel der 40- bis 65-Jährigen das Arrangement einer häuslichen Versorgung mit professioneller Hilfe „auf jeden Fall“ in Frage käme.

Abbildung 35



Wovon hängt die Präferenz für die Arrangement-Typen ab?

Die von den Befragten geäußerte Präferenz für einen Arrangement-Typ hängt sehr stark von vorausgehenden Pflegeerfahrungen, von der Erwerbstätigkeit, vom Alter, z.T. auch vom Geschlecht, vor allem aber vom sozialen Status und vom Lebensentwurf ab.²²

- Pflegeerfahrene Befragte würden häufiger das Arrangement „selber zuhause pflegen auch ohne professionelle Unterstützung“ bevorzugen als Befragte ohne Pflegeerfahrung (30 % vs. 14 %) und würden sich seltener zur stationären Versorgung entscheiden (23 % vs. 37 %).
- Die nichterwerbstätigen 40- bis 65-Jährigen bevorzugen eher den Arrangement-Typ „zuhause pflegen ohne professionelle Hilfe“ als die Erwerbstätigen (34 % vs. 20 %).

²² Eine logistische Regression mit z-standardisierten Variablen lässt die folgende Rangfolge von Prädiktoren erkennen (in Klammern die b-Werte): sozialer Status (-0,40), an der Versorgung eines Pflegebedürftigen teilgenommen (0,38), Lebensentwurf (-0,35), Erwerbstätigkeit (-0,24), Alter (0,21). Der Determinationskoeffizient Nagelkerkes R-Quadrat beträgt 0,18 (ungefähr R=0,41). 76 % der Wahrscheinlichkeiten lassen sich mit dem Modell korrekt reproduzieren. Die Bereitschaft zur stationären Versorgung hängt von den folgenden Merkmalen ab: Geschlecht (0,45), Alter (-0,34), Lebensentwurf (0,31), Pflegeerfahrungen (-0,28) mit Nagelkerkes R-Quadrat von 0,13 (ungefähr R=0,36). 73 % der Präferenzen sind mit dem Modell reproduzierbar. Weniger gut reproduzierbar sind die Bereitschaften zur häuslichen Versorgung mit professioneller Hilfe: Nagelkerkes R-Quadrat ist 0,07. Nur das Geschlecht (b=-0,39) und der soziale Status (b=0,39) sind signifikante Prädiktoren. Reproduzierbar sind 60 % der Bereitschaften.

- Mit steigendem Alter nimmt der Anteil derjenigen zu, die auch ohne professionelle Hilfe zuhause pflegen würden – von 24 % bei den 40- bis 45-Jährigen auf 31 % bei den 60- bis 65-Jährigen. Der Anteil der Befragten mit einer Präferenz für die Heimversorgung nimmt mit steigendem Alter ab von 34 % bei den 40- bis 45-Jährigen auf nur noch 18 % bei den 60- bis 65-Jährigen.
- Männer bevorzugen häufiger eine stationäre Versorgung als Frauen (33 % vs. 24 %).
- Mit steigendem sozialen Status sinkt der Anteil derjenigen, die zu einer häuslichen Versorgung auch ohne professionelle Hilfe bereit wären – von 41 % bei einem niedrigen Sozialstatus auf nur noch 14 % bei Befragten mit hohem Status. Parallel dazu steigt der Anteil derjenigen, die sich eine häusliche Versorgung mit professioneller Unterstützung vorstellen können von 42 % auf 55 % und für die eher eine Heimversorgung in Frage kommt – von 17 % bei niedrigem Status auf 31 % bei hohem Status.
- Befragte mit einem deutlich vormodernen Lebensentwurf tendieren sehr viel häufiger zur häuslichen Versorgung ohne professionelle Hilfe als Befragte mit einem deutlich modernen Lebensentwurf – 33 % vs. 18 %. Bei Befragten mit vormodernem Lebensentwurf ist dafür der Anteil derjenigen, die eine Heimversorgung befürworten mit 25 % niedriger als bei den Befragten mit einem modernen Lebensentwurf (30 %).²³

²³ Die Ergebnisse entsprechen weitgehend den Befunden der Kassel- und Munderkingen-Studien, vgl. dazu Blinkert, B.; Klie, Th.: Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 42 (2000), S. 237 ff., sowie Blinkert, B.; Klie, Th.: Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaften und Pflegebedarfentwicklung im demographischen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: 2004

Abbildung 36

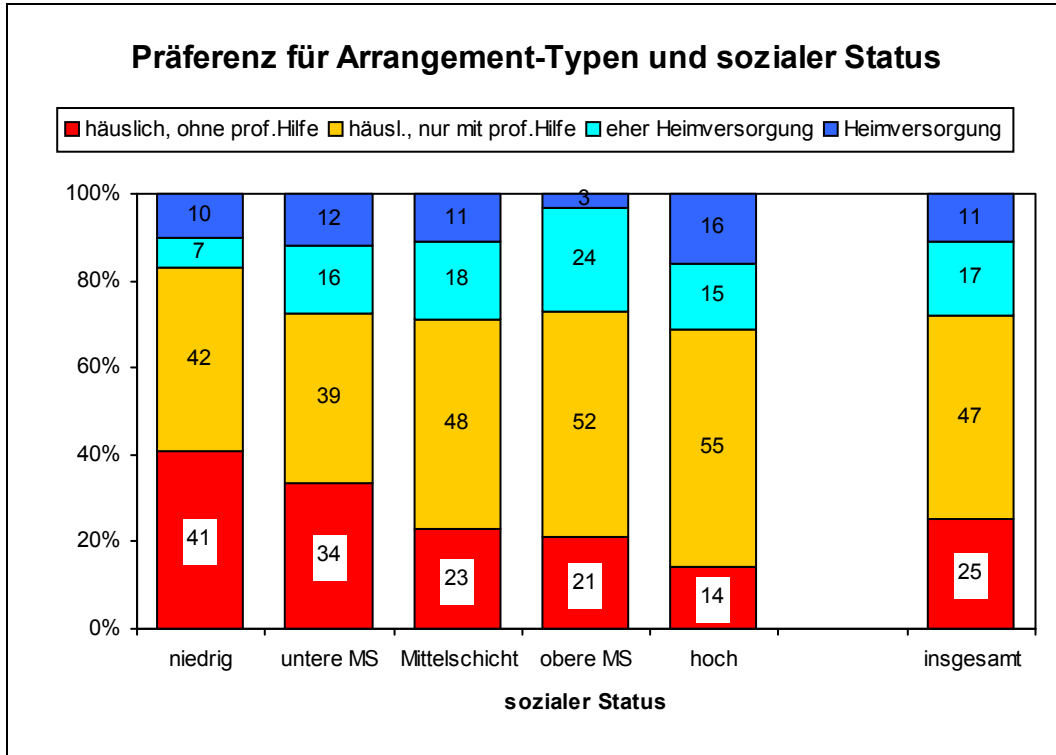
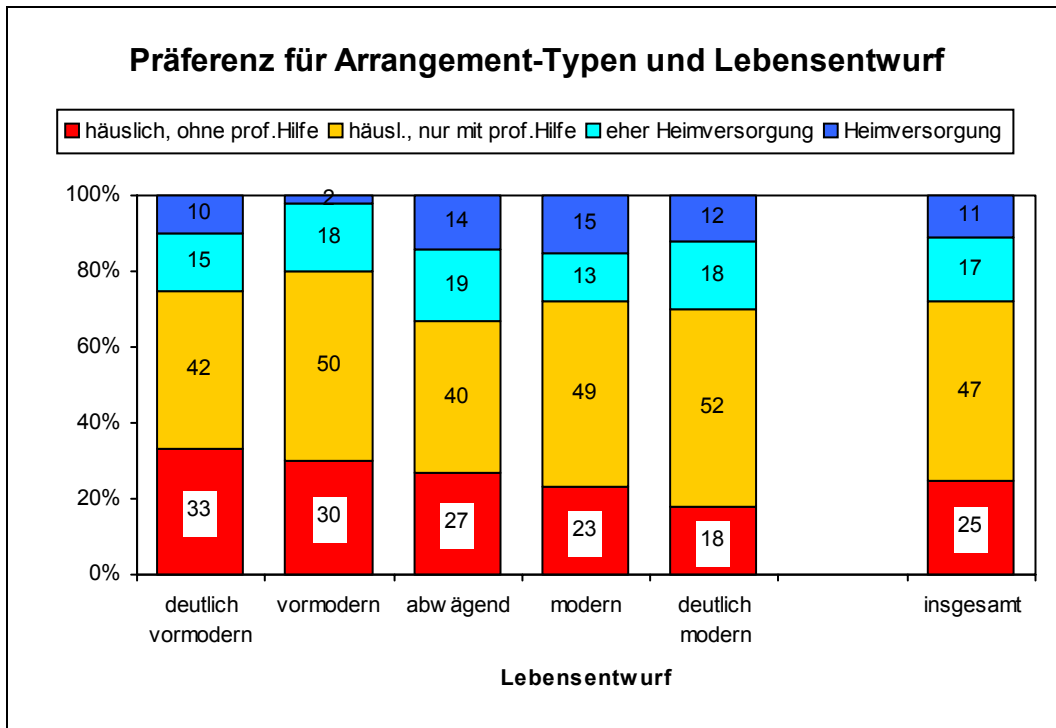


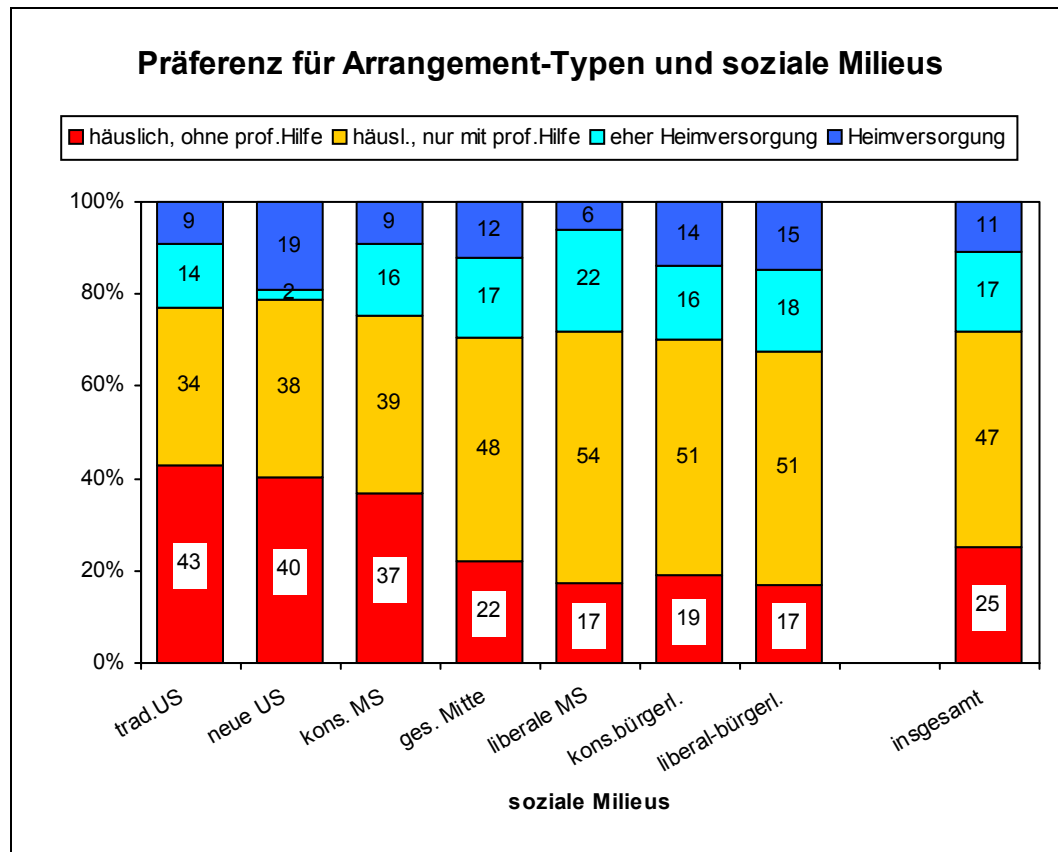
Abbildung 37



Pflegearrangements in sozialen Milieus

Wenn die Merkmale sozialer Status und Lebensentwurf zur Milieuklassifikation verwendet werden, zeigt sich noch einmal deutlich, wie die Präferenzen für bestimmte Arrangement-Typen in der Sozialstruktur verankert sind:

Abbildung 38



Die Milieuzugehörigkeit korreliert besonders stark mit der Präferenz für eine häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe. Von den Befragten aus dem „traditionellen Unterschicht-Milieu“ (niedriger Sozialstatus und vormoderner Lebensentwurf) würden 43 % auch ohne professionelle Unterstützung zuhause pflegen, von den Befragten aus dem „liberal-bürgerlichen Milieu“ (hoher Sozialstatus und moderner Lebensentwurf) dagegen nur 17 %. Auch das Interesse an einer durch professionelle Hilfen unterstützten häuslichen Pflege variiert mit der Milieuzugehörigkeit. Es ist am geringsten im traditionellen Unterschicht-Milieu und am stärksten im liberalen Mittelschicht Milieu und in den beiden bürgerlichen Milieus.

Die übrigen Milieus liegen dazwischen, mit der Tendenz, dass die Bereitschaft zum selber pflegen ohne berufliche Unterstützung mit steigendem Status ebenso abnimmt, wie mit der Annäherung an einen modernen Lebensentwurf. Das Vertrauen in die Heimpflege variiert dagegen umgekehrt: es ist am geringsten im traditionellen Unterschicht-Milieu – nur für 23 % käme das Heim in Frage (aber immerhin!) – und am größten in den bürgerlichen Milieus – im liberal-bürgerlichen Milieu würden 33 % eine Heimversorgung in Erwägung ziehen. Diese

Zusammenhänge werden auch deutlich, wenn die beiden zur Milieu-Klassifizierung berücksichtigten Dimensionen – Sozialstatus und Lebensentwurf – getrennt betrachtet werden.

Pflegebereitschaften und „Kosten“

Wenn man diese Ergebnisse zusammenfassend kommentieren will, ergibt sich der folgende Zusammenhang: „Solidarität im Nahbereich“ in der Form einer Bereitschaft zur häuslichen Pflege von Angehörigen lässt sich am ehesten in sozial unterprivilegierten Gruppen beobachten, bei den „Verlierern von Modernisierungsprozessen“, und auch bei denen, die in ihrem Lebensentwurf an den Modernisierungsprozess weniger gut angepasst sind. Der Gegenpol dazu sind die gut Angepassten, die „Gewinner-Milieus“, also Leute mit relativ hohem Sozialstatus und einem auf moderne Bedingungen zugeschnittenen Lebensentwurf. Die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen wird von ihnen nur ungern selber übernommen, wenn sie das ohne professionelle Unterstützung tun müssen. Man vertraut sehr viel mehr auf die beruflich geleisteten Hilfe in Heimen oder auf professionelle Hilfe, wenn zuhause gepflegt wird.

In den Vorläufer-Studien (Kassel und Munderkingen) haben wir eine Hypothese darüber formuliert, warum ein solcher Zusammenhang besteht, welche Gründe bzw. Motive dahinter stehen könnten.²⁴ Wir gingen davon aus, dass dabei weniger moralische Erwägungen eine Rolle spielen, sondern eher Kosten-Nutzen-Erwägungen. Diese Annahme wird auch durch die Ergebnisse der für die beiden Landkreise durchgeführten Untersuchungen eindeutig bestätigt. Eine große Mehrheit der 40- bis 65-Jährigen berücksichtigt für die Bewertung der Entscheidung zum Heim in einer Dilemma-Situation Kostengesichtspunkte und moralische Erwägungen spielen dabei eine sehr viel geringere Rolle. Die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger scheint in der Generation der 40- bis 65-Jährigen weniger unter moralischen Gesichtspunkten erlebt zu werden, sondern eher als eine Verpflichtung mit Konsequenzen für die individuelle Kosten-Nutzen-Bilanz.²⁵

Es stellt sich dann die Frage, was für Kosten in den verschiedenen Milieus welche Rolle spielen könnten. Zwei Arten von Kosten sind vermutlich von besonderer Bedeutung: Zum einen die „direkten ökonomischen Kosten“, die mit der Pflege verbunden sind – also die eventuell anfallenden Heimkosten und die Kosten im Falle einer häuslichen Versorgung mit oder ohne professionelle Hilfe. Wir können voraussetzen, dass auch unter den Bedingungen der Pflegeversicherung die Kosten einer stationären Versorgung für die pflegebedürftige Person bzw. für ihre Angehörigen im Durchschnitt höher sind als die einer häuslichen Versorgung mit professioneller Hilfe und die wiederum höher als die Kosten für eine häusliche Versor-

²⁴ Blinkert, B.; Klie, Th.: Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaften und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: 2004, S. 116ff

²⁵ Zur Frage der zunehmenden Bedeutung von Kosten-Nutzen-Erwägungen im Verlauf des Modernisierungsprozesses vgl. Blinkert, B.: Zukunftsperspektiven der Sozialarbeit – Arbeit am Chaos? In: Bette, H.W. (Hg.): Ich bin gut – wenn Du mir nützt. Die Ökonomisierung zwischenmenschlicher Beziehungen. Freiburg: 1990

gung ohne fachliche Unterstützung. Bei dem zuletzt genannten Arrangement kommt hinzu, dass beim Bezug von Geldleistungen sich auf diese Weise auch das Haushaltseinkommen aufbessern lässt.

Der zweite Typ von Kosten sind die so genannten Opportunitätskosten. Das sind Kosten, die durch Verzicht entstehen, also die entgangenen Chancen (opportunities) – das, worauf man verzichten muss, wenn man sich in einer bestimmten Weise entschieden und festgelegt hat – z.B. zur häuslichen Versorgung eines Pflegebedürftigen.

Diese Kosten sind in den Milieus sehr unterschiedlich und es sind genau diese Unterschiede, die zu den Unterschieden in den pflegekulturellen Orientierungen führen. Mit steigendem Sozialstatus verringert sich auch die Bedeutung der mit einer Heimunterbringung oder mit beruflich geleisteter Unterstützung verbundenen ökonomischen Kosten und es steigen die mit selber pflegen verbundenen Opportunitätskosten. Mit sinkendem Status steigt dagegen die relative Bedeutung der mit einer Heimpflege oder mit professioneller Hilfe verbundenen wirtschaftlichen Kosten und es sinken die mit selber pflegen verbundenen Opportunitätskosten.

In den unteren Milieus gilt die Heimpflege und auch die beruflich geleistete Hilfe im Verhältnis zur Einkommenssituation als teuer und von vielen wird sie – trotz Pflegeversicherung – als nicht bezahlbar eingeschätzt. selber pflegen ist dagegen *relativ* preisgünstig, vor allem, wenn die pflegende Tätigkeit über die Wahl von Geldleistungen (in bescheidenem Umfang) honoriert wird und sich so das Haushaltsbudget aufbessern lässt. Die mit selber pflegen verbundenen Opportunitätskosten sind dagegen relativ niedrig. Aufgrund des niedrigen Schulabschlusses und der wenig aussichtsreichen beruflichen Situation – besonders bei Frauen, die ja ganz überwiegend die Versorgung von Pflegebedürftigen übernehmen – spielt die Frage nach entgangenen Chancen eine eher geringe Rolle. Das heißt natürlich nicht, dass selber pflegen nicht auch in unteren Milieus mit Entbehrungen und Einschränkungen verbunden ist. Diese werden aber nicht zusätzlich noch überlagert durch Opportunitätskosten, also durch den Verzicht auf aussichtsreiche berufliche Möglichkeiten oder die Aufgabe von sozialen und kulturellen Ambitionen. Die aus dieser strukturellen Konstellation sich ergebende Selbstverpflichtung zur häuslichen Pflege beruht also einmal auf Zwängen (niedriges Einkommen) und zum anderen auf dem Fehlen von attraktiven Möglichkeiten, auf die man bei der selbst geleisteten Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen verzichten müsste.

In den mittleren und höheren Milieus sind die Kosten einer Heimunterbringung natürlich auch spürbar, aber sie haben doch aufgrund der sehr viel besseren Einkommenssituation eine deutlich geringe Bedeutung. Hier ist sicher der Effekt der Pflegeversicherung nicht zu unterschätzen. In der Vergangenheit konnten Bezieher höherer Einkommen nicht damit rechnen, dass Heimkosten für einen Angehörigen durch die Sozialhilfe getragen werden. Die Pflegeversicherung übernimmt nun zumindest einen Teil davon und verringert damit deutlich den inhibierenden Effekt der Heimkosten. Dieser Effekt ist vermutlich besonders in den mittleren bis „gehobenen“ Einkommensgruppen wirksam, also da, wo in der Vergangenheit die Sozialhilfeberechtigungschwelle gerade überschritten wurde. In den höheren Milieus sind die Opportunitätskosten des selber Pflegens dagegen relativ hoch. Eine höhere Schulbildung und

Berufsausbildung sind sowohl mit sozialen und kulturellen Ambitionen verbunden, wie aber auch mit der Vorstellung von beruflichen und ökonomischen Chancen, die man beim selber pflegen aufgeben müsste. Die aus dieser strukturellen Konstellation sich ergebende Präferenz für die Heimpflege beruht also einmal auf dem relativen Fehlen von Zwängen (höheres Einkommen) und zum anderen auf der durch Bildungs- und Berufsabschluss erzeugten Vorstellung von Chancen, auf die man bei der selbst geleisteten Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen verzichten müsste. Dieser Effekt wird in den höheren Milieus noch einmal verstärkt, wenn auch die Verfügbarkeit über die zentralen Momente des Modernitätsdiskurses („moderner Lebensentwurf“) hoch ist – wenn also der Anspruch auf Selbstverwirklichung, Emanzipation und berufliche Chancen auch zu einem wesentlichen Aspekt des subjektiven Bezugsschemas geworden ist.

Pflegepolitische Bedeutung der Verankerung von Pflegebereitschaften in sozialen Milieus

Diese Ergebnisse und Interpretationen besitzen unter pflegepolitischen Gesichtspunkten eine erhebliche Bedeutung: Die Bereitschaft zum selber pflegen, zur häuslichen Versorgung ohne professionelle Hilfe, ist am größten in dem sozialen Milieu, das seit den 80er Jahren am stärksten in quantitativer Hinsicht an Bedeutung verloren hat. Eine Auswertung der repräsentativen ALLBUS-Studien macht das deutlich.²⁶ Der Anteil des traditionellen Unterschicht-Milieus ist allein von 1982 bis 2000 von 45 % auf rund die Hälfte dieses Anteils gesunken. Der Grund dafür sind weniger Veränderungen im Bereich der sozialen Schichtung – die Anteile verschiedener Statusgruppen sind ja nahezu unverändert geblieben – sondern vor allem der soziokulturelle Wandel, der mit einer steigenden Bedeutung von Präferenzen einhergeht, die für einen modernen Lebensentwurf charakteristisch sind. Parallel dazu hat auch die quantitative Bedeutung von Milieus im Rahmen der gesellschaftlichen Strukturierung zugenommen, für die ein sehr geringes Interesse an einer häuslichen Versorgung ohne professionelle Unterstützung charakteristisch ist. Der Anteil des liberal-bürgerlichen Milieus stieg von 1982 bis 2000 von rund 5 % auf ca. 20 % und der Anteil des liberalen Mittelschicht-Milieus veränderte sich von 3 % auf 15 %.²⁷

Diese Veränderungen in der Vergangenheit und unsere Ergebnisse sind nicht leicht zu interpretieren. Zunächst ist festzuhalten, dass eine Prognose über die weitere Entwicklung unse-

²⁶ Blinkert, B.; Klie, Th.: Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaften und Pflegebedarfentwicklung im demographischen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: 2004, S. 132

²⁷ Natürlich sind solche Anteilswerte nur für Vergleiche sinnvoll. Niemand könnte z.B. sinnvoll begründen, dass im Jahre 2000 das bürgerlich-liberale Milieu gerade und genau einen Anteil von 20 % an der Sozialstruktur hatte. Eine solche Behauptung wäre völlig sinnlos. Für die von uns definierten sozialen Milieus lassen sich keine exakten Prozentanteile ermitteln. Das liegt nicht nur an Messproblemen der Sozialwissenschaften, sondern auch daran, dass die „Natur der Sache“ eine exakte Quantifizierung verbietet. Die berichteten Anteile hängen ja auch weitgehend von den bei der Einteilung vorgenommenen Grenzziehungen ab. Da die Klassifizierungen in allen Berichtsjahren jedoch in der gleichen Weise vorgenommen wurden, sind Vergleiche zwischen den Zeiträumen möglich und auch sinnvoll interpretierbar. Wir können z.B. behaupten und das auch belegen, dass das bürgerlich-liberale Milieu zwischen 1982 und 2000 sehr deutlich an Bedeutung zugenommen hat.

rer Sozialstruktur sehr schwierig ist. Die anhaltende Arbeitslosigkeit in Verbindung mit einer zunehmenden Verschlechterung der Lebenssituation bestimmter Bevölkerungsgruppen könnte zu der Vermutung Anlass geben, dass dieser Strukturwandel auch wieder rückläufig ist. Andererseits aber ist es sehr wahrscheinlich, dass im Zuge einer weiteren Entwicklung zur „Wissensgesellschaft“ über die Steigerung des kulturellen Kapitals das liberal-bürgerliche Milieu und auch das liberale Mittelschicht-Milieu weiter an Bedeutung gewinnen und dass auch moderne Lebensentwürfe sich weiter durchsetzen werden.

Die pflegepolitische Bedeutung unserer Ergebnisse ist weniger eindeutig als es auf den ersten Blick scheint. Die Milieus, in denen vor allem die Bereitschaft zum selber pflegen ohne professionelle Hilfen verankert ist und war, verlieren sicher an Bedeutung. Aber im liberalen Mittelschicht-Milieu und im liberal-bürgerlichen Milieu besteht nicht nur eine Präferenz für die stationäre Versorgung sondern auch die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung mit professioneller Hilfe ist in diesen Milieus relativ deutlich präsent. Pflegepolitisch ist das höchst bedeutsam, denn die Entwicklung scheint darauf hinauszulaufen, dass einer Überforderung durch die zunehmende Bedeutung der stationären Versorgung dadurch begegnet werden kann, dass sich neue und kreative Formen der Parallelität von professionell unterstützter und selber geleisteter Pflege einstellen und pflegepolitisch sowohl gewollt wie auch unterstützt werden.

5. Was würde man bevorzugen, wenn es um die eigene Pflegebedürftigkeit geht?

5.1 Wie „wahrscheinlich“ ist Pflegebedürftigkeit? Wie gesichert ist die Versorgung?

Vorstellungen über die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit

Fast 60 % der Befragten haben sich schon einmal Gedanken darüber gemacht, dass man auch selber einmal pflegebedürftig werden könnte. Und fast alle – über 90 % – halten es für durchaus möglich, dass dieser Fall eintreten könnte.²⁸ Pflegebedürftigkeit gilt also als ein ganz normales Risiko, als ein Risiko, das jeden treffen könnte und jeder ist sich dessen im Prinzip auch bewusst – zumindest dann, wenn Pflegebedürftigkeit thematisiert wird, wie in unserem Interview. Man kann also fast sagen, dass in modernen Gesellschaften mit ihren verlängerten Lebenserwartungen, Pflegebedürftigkeit fast als so sicher und normal gilt wie das Sterben.²⁹ Erwägungen über die Möglichkeit einer eigenen Pflegebedürftigkeit variieren vor allem mit dem Alter und mit dem Geschlecht:

- Nicht überraschend nimmt mit steigendem Alter der Anteil derjenigen zu, die sich darüber Gedanken machen
- Frauen machen sich häufiger Gedanken über eine mögliche eigene Pflegebedürftigkeit als Männer

Die Vorstellung von der Wahrscheinlichkeit, selber pflegebedürftig zu werden ist dagegen eine Art Konstante. Pflegebedürftigkeit wird in allen Gruppen und Kategorien immer von mehr als 90 % der Befragten – unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialem Status und Lebensentwurf – als eine reale Möglichkeit eingeschätzt.

Wie gesichert ist die Versorgung?

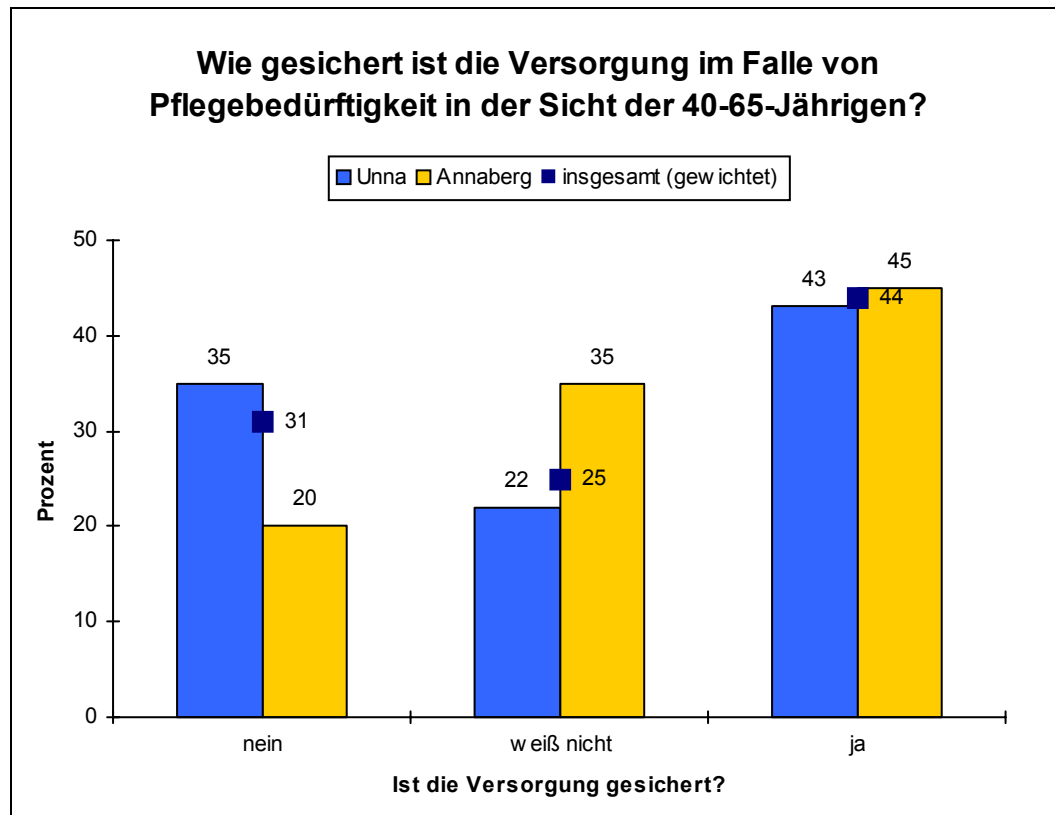
Diese Vorstellungen von der hohen Wahrscheinlichkeit einer eigenen Pflegebedürftigkeit bringen zweifellos eine beträchtliche Sorge zum Ausdruck. Das wird noch deutlicher, wenn berücksichtigt wird, dass nur 44 % der 40- bis 65-Jährigen im Falle einer Pflegebedürftigkeit ihre eigene Versorgung für gesichert halten. 25 % wissen nicht, ob das der Fall sein wird und 31 % beantworten diese Frage mit einem eindeutigen „nein“.

²⁸ Nahezu die gleichen Zahlen konnten wir auch in der Kassel-Studie ermitteln: 96 % der in Kassel befragten Personen halten es für möglich, dass sie pflegebedürftig werden könnten.

²⁹ Ähnlich wie die Kriminalitätsfurcht in der Bevölkerung von einem unrealistisch hohen Risiko ausgeht, Opfer einer Straftat zu werden, schätzen auch die von uns Befragten das Risiko von Pflegebedürftigkeit sehr viel höher ein, als es den Tatsachen entspricht. Für die Altersgruppe der über 85-Jährigen beträgt das Risiko der Pflegebedürftigkeit „nur“ 56 %, d.h. in dieser Altersgruppe werden ungefähr 56 % pflegebedürftig.

Dieser Anteil ist im Landkreis Unna mit 35 % sehr viel höher als im Landkreis Annaberg (20 %).

Abbildung 39



Wer könnte die Versorgung übernehmen?

Rund ein Viertel der Befragten hat niemanden, der pflegen könnte – in Unna deutlich mehr als in Annaberg (27 % vs. 16 %). 59 % sind der Meinung, dass es jemanden geben wird, mit dem man rechnen könnte. Bei der Frage nach der Organisation der Pflege sieht es wesentlich günstiger aus. Etwas über 90 % der 40- bis 65-Jährigen kennen jemanden, der die Organisation der Pflege übernehmen würde. Zwischen den beiden Landkreisen bestehen im Hinblick auf die Anteilszahlen für die Organisation der Pflege keine signifikanten Unterschiede.

Erwartet wird, dass Versorgungsfunktionen – Pflegen und Organisieren – in erster Linie von Angehörigen übernommen werden. Am häufigsten genannt werden die Partner und Kinder. In Freunde, Bekannte oder Nachbarn werden kaum Erwartungen gesetzt.

Abbildung 40

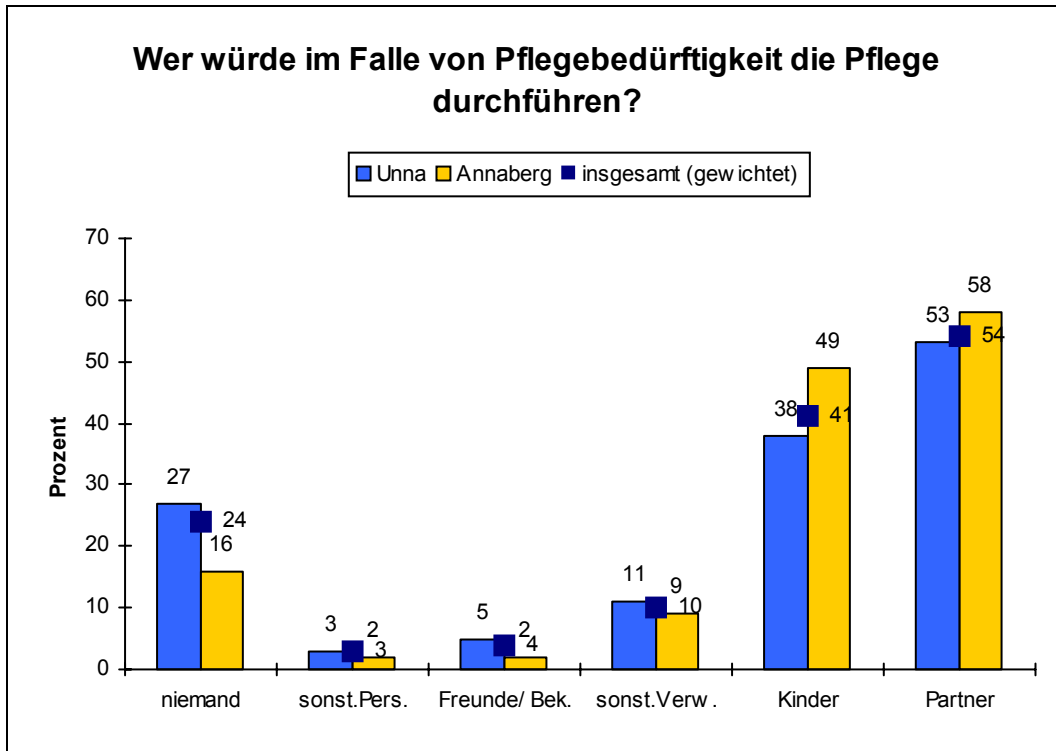
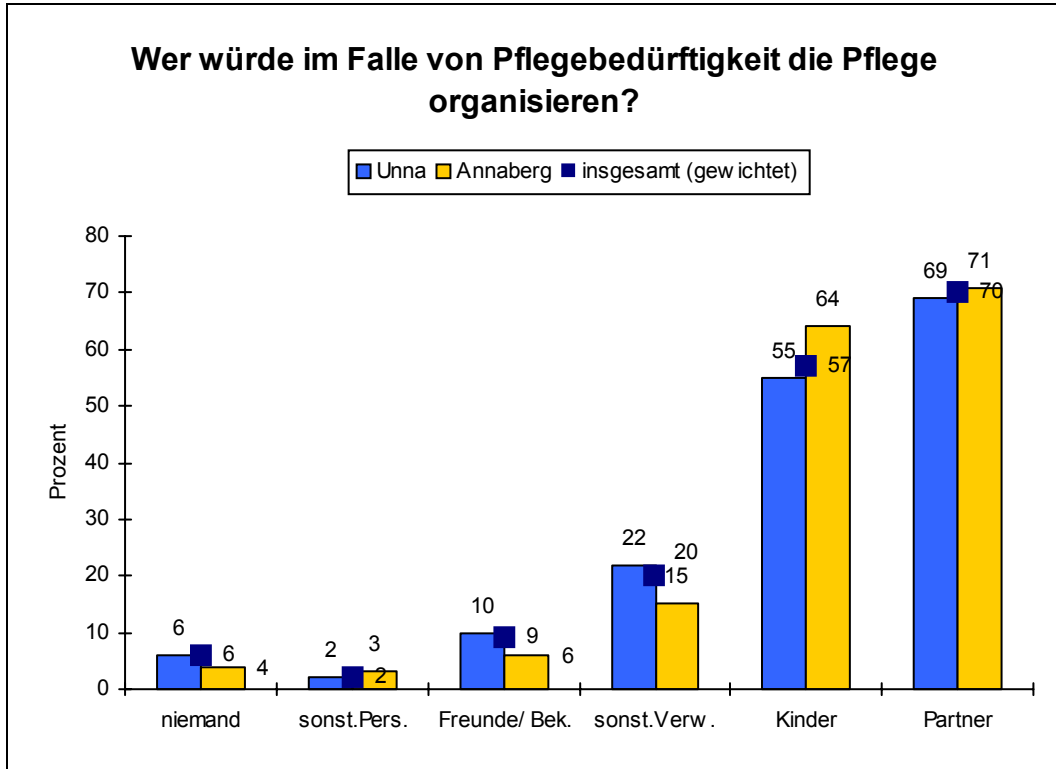


Abbildung 41



5.2 Stellenwert des Pflegebudgets bei eigener Pflegebedürftigkeit – neue Optionen für Leistungserbringung, Organisation der Pflege und Bezahlung von Leistungen

Die Präferenzen für die eigene Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit wurden in den Interviews unter drei Gesichtspunkten thematisiert:

1. Wie und durch wen sollen Versorgungsleistungen erbracht werden?
2. Wie soll die Organisation der Pflege erfolgen? Wer soll dafür verantwortlich sein?
3. Wie soll die Bezahlung von Leistungen geregelt sein?

Für die drei Bereiche wurden verschiedene Möglichkeiten vorgegeben, die bewertet werden konnten: „käme auf keinen Fall in Frage“, „käme eventuell in Frage“, „käme auf jeden Fall in Frage“. In allen drei Bereichen wurden Möglichkeiten vorgegeben, die eher ein traditionelles Muster von Pflegearrangements beschreiben und andererseits aber auch Varianten, die davon abweichen und sich auf die Möglichkeiten des persönlichen Pflegebudgets beziehen. Auf diese Weise wollten wir herausfinden, welchen Stellenwert diese neue Leistungsart für die jetzt 40- bis 65-Jährigen haben könnte, wenn es um die Versorgung im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit geht. Wir haben bewusst auf die Verwendung des Begriffs „Pflegebudget“ verzichtet, weil wir in einer repräsentativen Stichprobe dieser Altersgruppe nicht damit rechnen können, dass diese Leistungsart hinreichend bekannt ist. Wir hätten sie im Interview erst ausführlich beschreiben müssen – mit der zu erwartenden Konsequenz, dass eine starke Suggestion zugunsten des Pflegebudgets entstanden wäre. Unsere Ergebnisse wären dann eher als methodische Artefakte zu bewerten und könnten kaum darüber Auskunft geben, welche Bedeutung das Pflegebudget in den Vorstellungen der 40- bis 65-Jährigen besitzt. Auch unsere indirekte Vorgehensweise ist nicht unproblematisch, denn die Bewertungen setzen Interpretationen voraus, von denen wir nicht sicher sein können, ob sie wirklich angemessen sind.

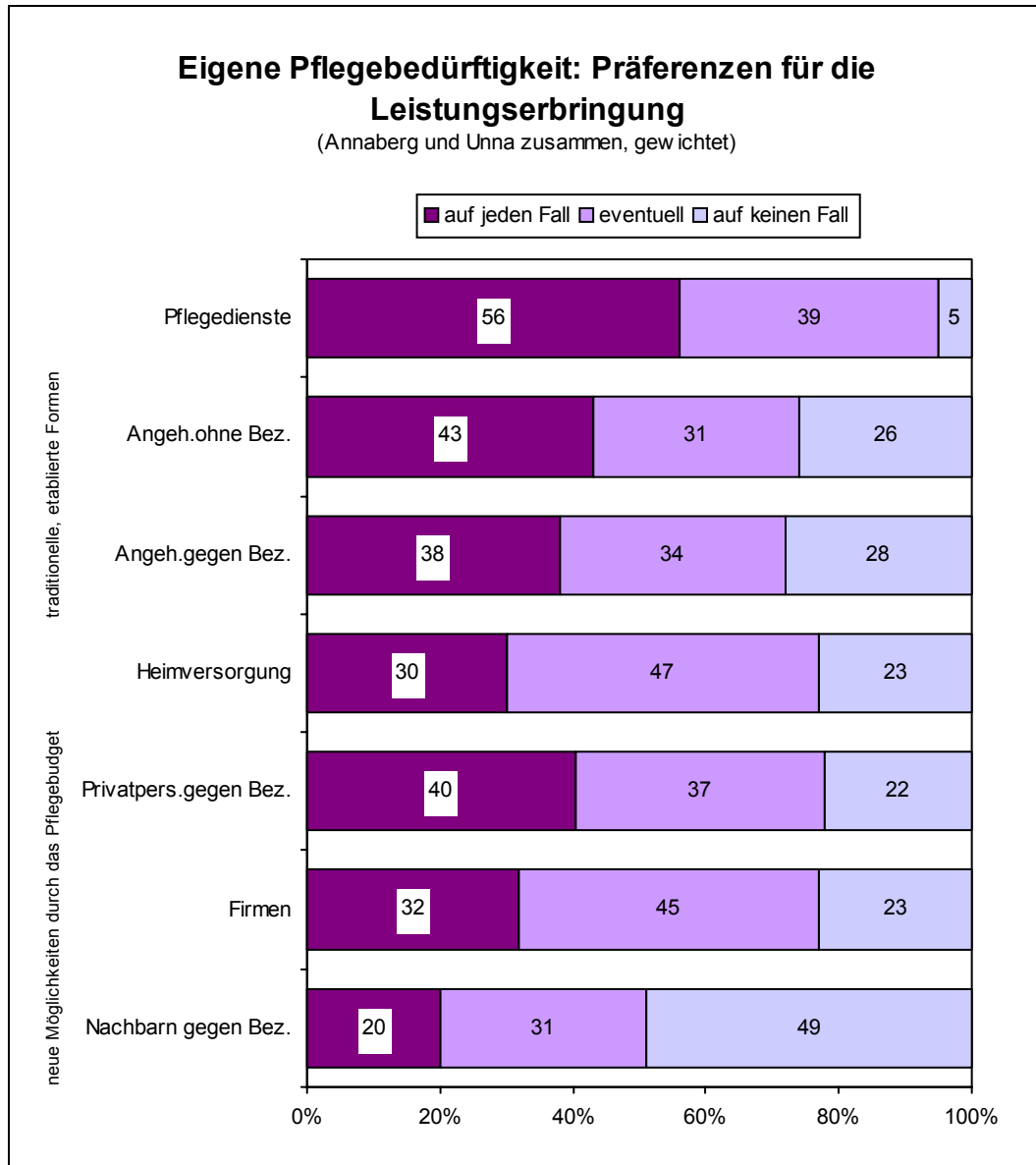
Leistungserbringung: welche Chancen haben neue Formen gegenüber den etablierten traditionellen Mustern?

Zum Thema Leistungserbringung konnten die folgenden Vorgaben bewertet werden:

Vorgaben zur Art der Leistungserbringung für den Fall einer eigenen Pflegebedürftigkeit	
Leistungserbringung nach eher traditionell-etabliertem Muster durch ...	Leistungserbringung unter Nutzung von Möglichkeiten des Pflegebudgets
Berufliche Pflegekräfte/ Pflegedienste	Privatpersonen, die gegen Bezahlung best. Aufgaben übernehmen
Rundumversorgung durch Pflegeheim	Nachbarn/Bekannte, die gegen Bezahlung best. Aufgaben übernehmen
Angehörige/ Verwandte, die ohne Bezahlung bestimmte Aufgaben übernehmen	Firmen, die unterstützende Dienstleistungen anbieten
Angehörige/ Verwandte, die sich gegen Bezahlung an Pflege beteiligen	

Die Ergebnisse für die beiden Landkreise zeigen, dass einerseits die traditionellen und etablierten Formen der Leistungserbringung sehr stark bevorzugt werden, dass andererseits aber auch neue und derzeit noch weitgehend unbekannte Möglichkeiten in durchaus beachtlichem Umfang in Erwägung gezogen werden:

Abbildung 42



Immerhin 40 % wären bereit, „auf jeden Fall“ auch Leistungen von Privatpersonen zu akzeptieren, die nicht zur Verwandtschaft gehören und diese dann dafür zu bezahlen. Bei kommerziellen Firmen unter Marktbedingungen Leistungen einkaufen würden 32 %. Dienste von Nachbarn oder Freunden gegen Bezahlung in Anspruch nehmen würden jedoch nur 20 % „auf jeden Fall“.

Um die Präferenzen für die verschiedenen Optionen deutlicher herauszuarbeiten haben wir einen „Akzeptanz-Index“ (AI) definiert:

$$AI = \frac{\text{Prozent „kame auf jeden Fall in Frage“} + 0,5 * \text{Prozent „kame eventuell in Frage“} + 0 * \text{Prozent „kame auf keinen Fall in Frage“}}{100}$$

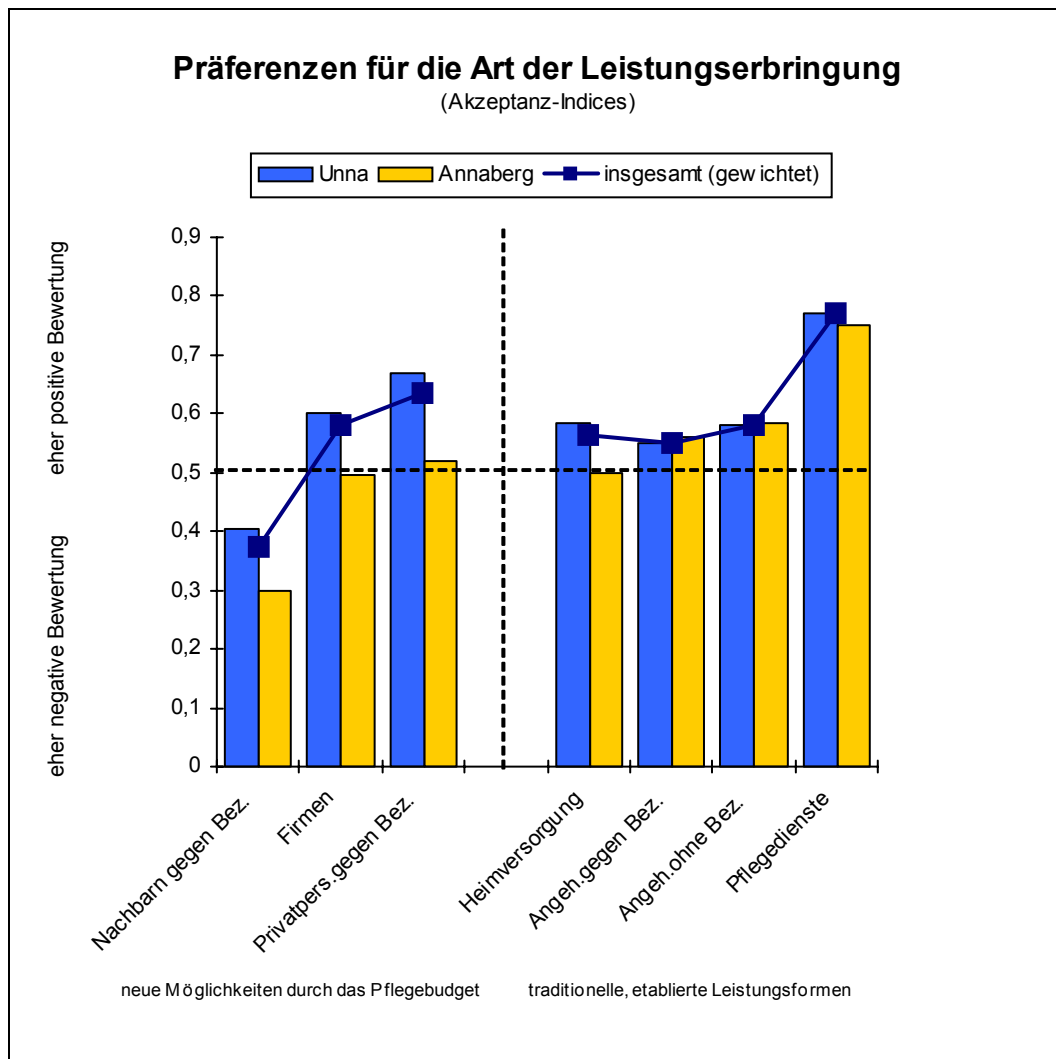
$$0 \leq AI \leq 1$$

AI = 0,00: die Option wird von allen abgelehnt („kame auf keinen Fall in Frage“)

AI = 1,00: die Option wird von allen mit „kame auf jeden Fall in Frage“ bewertet

Ablehnungsbereich: AI < 0,5 Zustimmungsbereich: AI > 0,5

Abbildung 43



1. Von den 40- bis 65-Jährigen insgesamt – die beiden Landkreise zusammengefasst – liegt nur die Möglichkeit „Leistungserbringung durch Freunde und Nachbarn“ eindeutig im Ablehnungsbereich.
2. Die beiden anderen Möglichkeiten, die sich durch das Pflegebudget ergeben, werden dagegen deutlich positiv bewertet. Das gilt für die Leistungserbringung durch Privatpersonen, die dafür bezahlt werden und auch für Leistungen, die von kommerziellen Unternehmen nachgefragt werden.
3. Diese Arten der Leistungserbringung liegen sogar deutlicher im Zustimmungsbereich als die meisten der traditionellen Formen – nur Leistungen durch Pflegedienste werden häufiger positiv bewertet.
4. Zwischen den Landkreisen Unna und Annaberg zeigen sich erhebliche Unterschiede vor allem in der Bewertung der neuen Leistungsmöglichkeiten. Die Erbringung von Leistungen durch bezahlte Privatpersonen und durch Firmen wird in Unna ganz eindeutig positiver bewertet als in Annaberg.³⁰ Die Bewertungen für diese neuen durch das Pflegebudget eröffneten Möglichkeiten liegen in Annaberg im Ablehnungsbereich oder nur knapp im Zustimmungsbereich. Das kann verschiedene Gründe haben. Wir vermuten, das hat damit etwas zu tun, dass hier ein Faktor „alte versus neue Bundesländer“ wirksam ist. Die Befragten in Unna haben offensichtlich eine geringere Scheu gegenüber Lösungen, bei denen in stärkerem Maße marktmäßige Formen der Nachfrage und des Angebots eine Rolle spielen. Erklärbar wäre dieser Unterschied aus den verschiedenen in der Vergangenheit wirksamen Traditionen des gesellschaftlichen Zusammenlebens.
5. Sehr viel positiver als in Annaberg wird im Landkreis Unna auch die Versorgung durch ein Pflegeheim bewertet.

Wer soll die Verantwortung für die Organisation der Pflege übernehmen? Traditionelle Lösungen versus neue Möglichkeiten

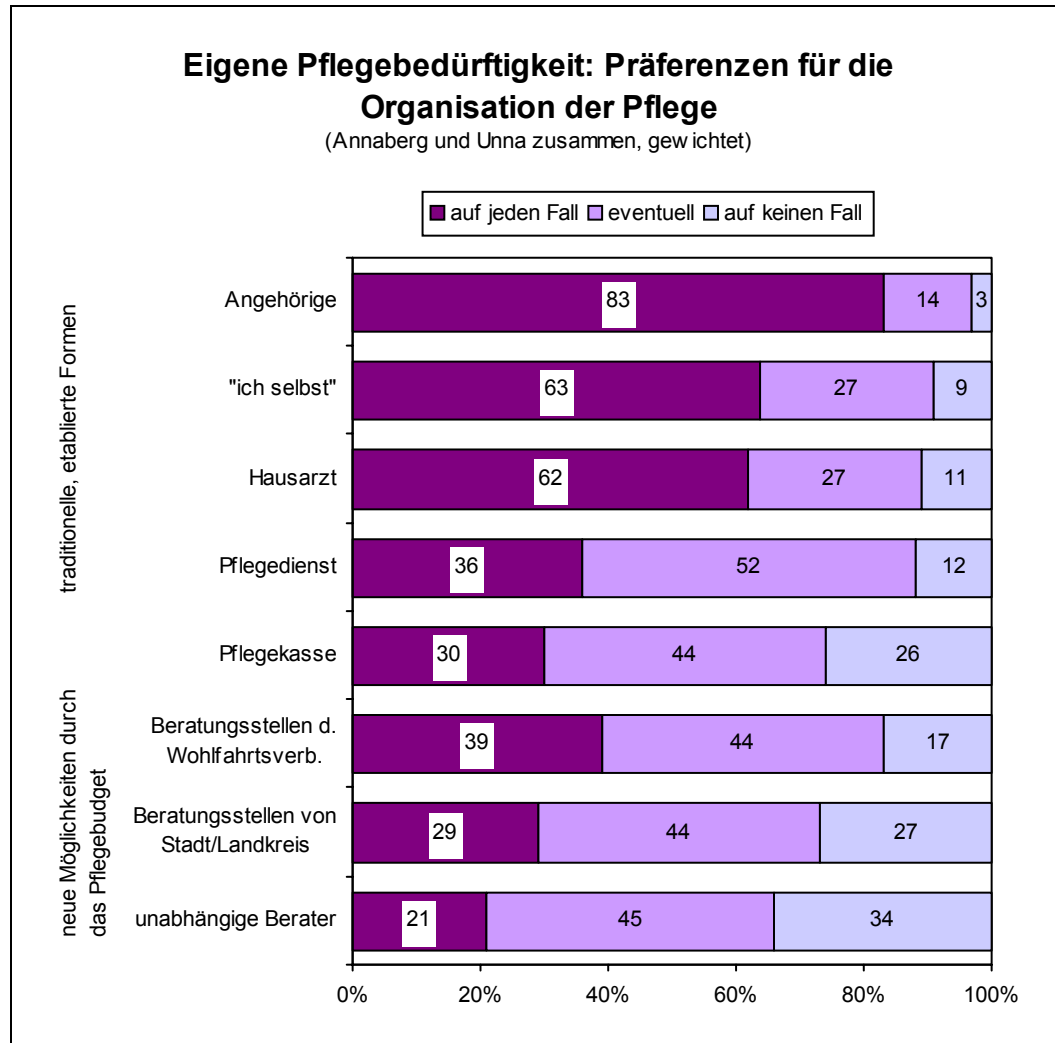
Um Präferenzen für die Organisation der Pflege zu ermitteln wurden die folgenden Vorgaben zur Bewertung vorgelegt:

³⁰ T-Test: $\alpha < 0,01$

Vorgaben zur Organisation der Pflege für den Fall einer eigenen Pflegebedürftigkeit	
Organisation nach eher traditionell-etabliertem Muster durch ...	Organisation unter Nutzung von Möglichkeiten des Pflegebudgets durch...
Angehörige	Beratungsstellen von Wohlfahrtsverbänden
„mich selbst“	Beratungsstellen von Stadt/Landkreis
Hausarzt	Unabhängige Berater
Pflegedienst	
Pflegekasse	

Auch bei der Pflegeorganisation werden einerseits die traditionellen Varianten deutlich bevorzugt, andererseits aber werden neue Möglichkeiten, wie sie sich durch das persönliche Pflegebudget mit integriertem Case-Management ergeben, nicht von vornherein und grundsätzlich abgelehnt. Am häufigsten kommen Angehörige für die Organisation der Pflege „auf jeden Fall“ in Frage. Auch der Hausarzt genießt in hohem Maße Vertrauen. Erstaunlich ist der hohe Anteil von 40- bis 65-Jährigen, die davon ausgehen, dass sie selber für die Organisation der Pflege sorgen können. Weniger Zustimmung als vielleicht erwartet, finden die Pflegedienste.

Abbildung 44

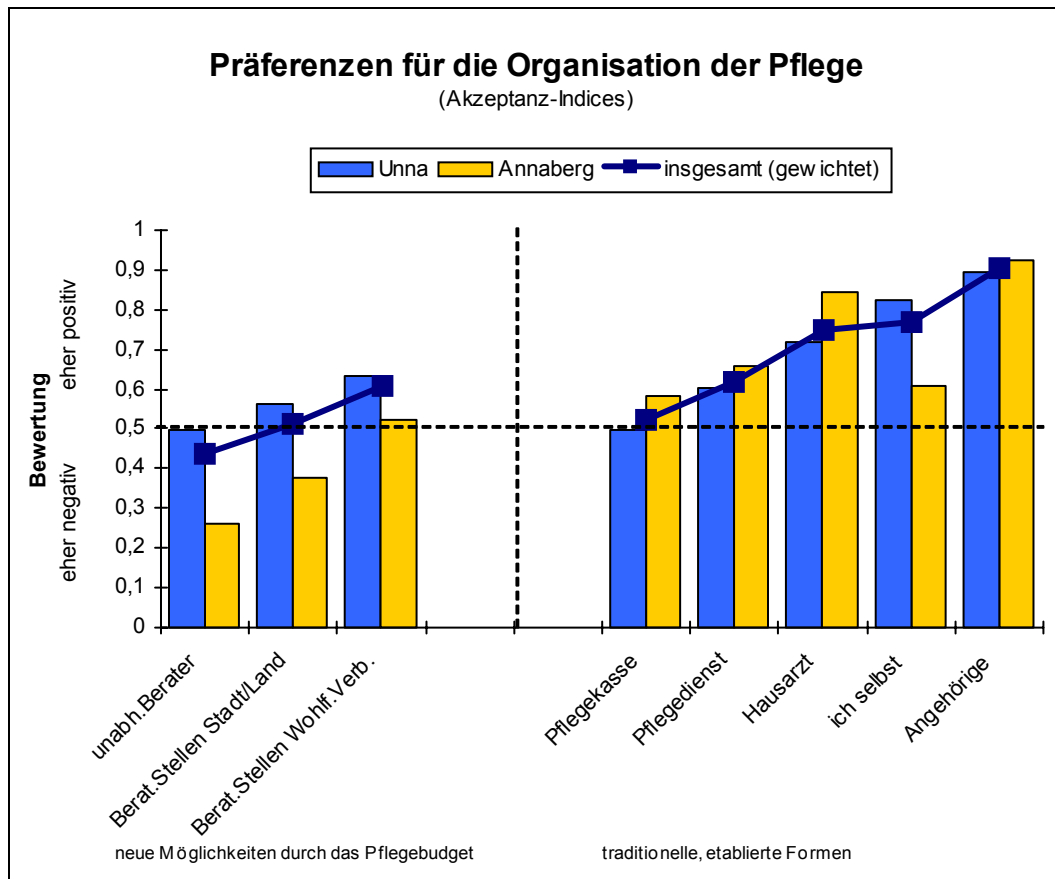


Die Präferenzen der 40- bis 65-Jährigen werden deutlicher, wenn auch bei dem Thema Organisation der Pflege die Akzeptanz-Indices betrachtet werden:

1. Im Landkreis Unna besteht eine deutlich größere Präferenz gegenüber neuen Formen der Pflegeorganisation, wie sie durch das Pflegebudget ermöglicht werden als im Landkreis Annaberg. Für die Beratungsstellen von Stadt und Landkreis wie auch für die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände liegen die Akzeptanz-Indices deutlich im positiven Bereich. Nur für die „unabhängigen Berater“ ist eine geringe Akzeptanz beobachtbar, was wahrscheinlich damit zusammenhängt, dass man sich darunter nur wenig vorstellen kann und deshalb eher vorsichtig bewertet.
2. Die traditionellen Formen der Pflegeorganisation werden im Landkreis Annaberg deutlich positiver bewertet als in Unna. Das gilt vor allem für die Vorgaben „Hausarzt“, „Angehörige“ und „Pflegedienste“. Diese Möglichkeiten werden im Landkreis Unna zwar nicht negativ eingeschätzt, aber deutlich weniger positiv als in Annaberg.
3. Insgesamt ergibt sich der Eindruck, dass die 40- bis 65-Jährigen in Unna Neuerungen gegenüber aufgeschlossener sind als die Befragten in Annaberg und sie sind auch selbstbewusster, was ihre eigenen Möglichkeiten angeht, zu richtigen Entscheidungen

zu kommen. Dieser Eindruck entsteht, weil man in Unna die Möglichkeit selber die Pflege zu organisieren deutlich positiver bewertet als in Annaberg.

Abbildung 45



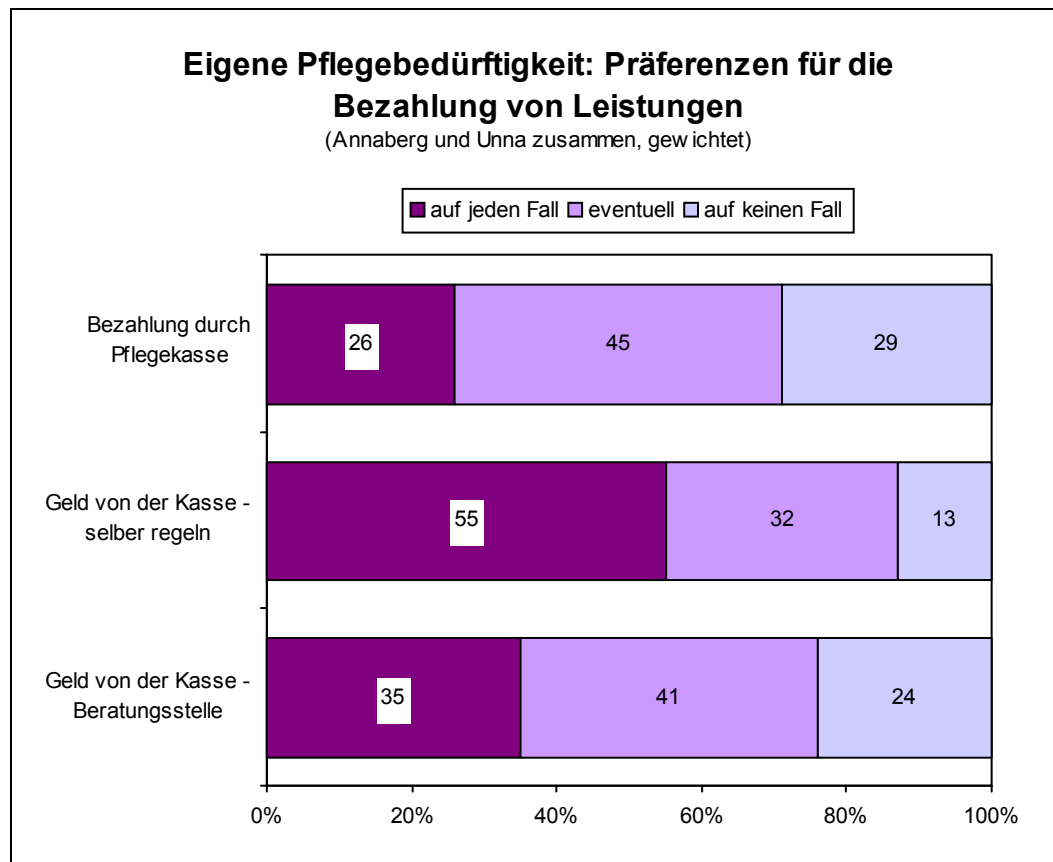
Wie soll die Bezahlung von Leistungen geregelt werden? So wie bisher über die Pflegekasse – oder in eigener Verantwortung, bzw. mit Hilfe einer Beratungsstelle?

Die zum Thema „Art der Bezahlung“ bestehenden Präferenzen wurden durch die folgenden Vorgaben ermittelt:

Vorgaben zur Bezahlung von Leistungen für den Fall einer eigenen Pflegebedürftigkeit	
Bezahlung nach traditionellem Muster	Bezahlung unter Nutzung von Möglichkeiten des Pflegebudgets
Bezahlung direkt über die Pflegekasse – aber auch nur Leistungen, die von der Pflegekasse mit den Pflegediensten festgelegt wurden.	Ich erhalte Geld von der Pflegekasse, das ich oder meine Angehörigen nach eigenen Vorstellungen für Leistungen verwenden können – um die Vertragsabwicklung würden wir uns selber kümmern.
	Ich erhalte Geld von der Pflegekasse, das ich oder meine Angehörigen nach eigenen Vorstellungen für Leistungen verwenden können – um die Vertragsabwicklung würde sich eine Beratungsstelle kümmern.

Während bei der Leistungserbringung und bei der Pflegeorganisation die mit dem Pflegebudget verbundenen Möglichkeiten zwar positiv, aber eher vorsichtig bewertet werden, ist das bei der Art der Bezahlung ganz anders.

Abbildung 46

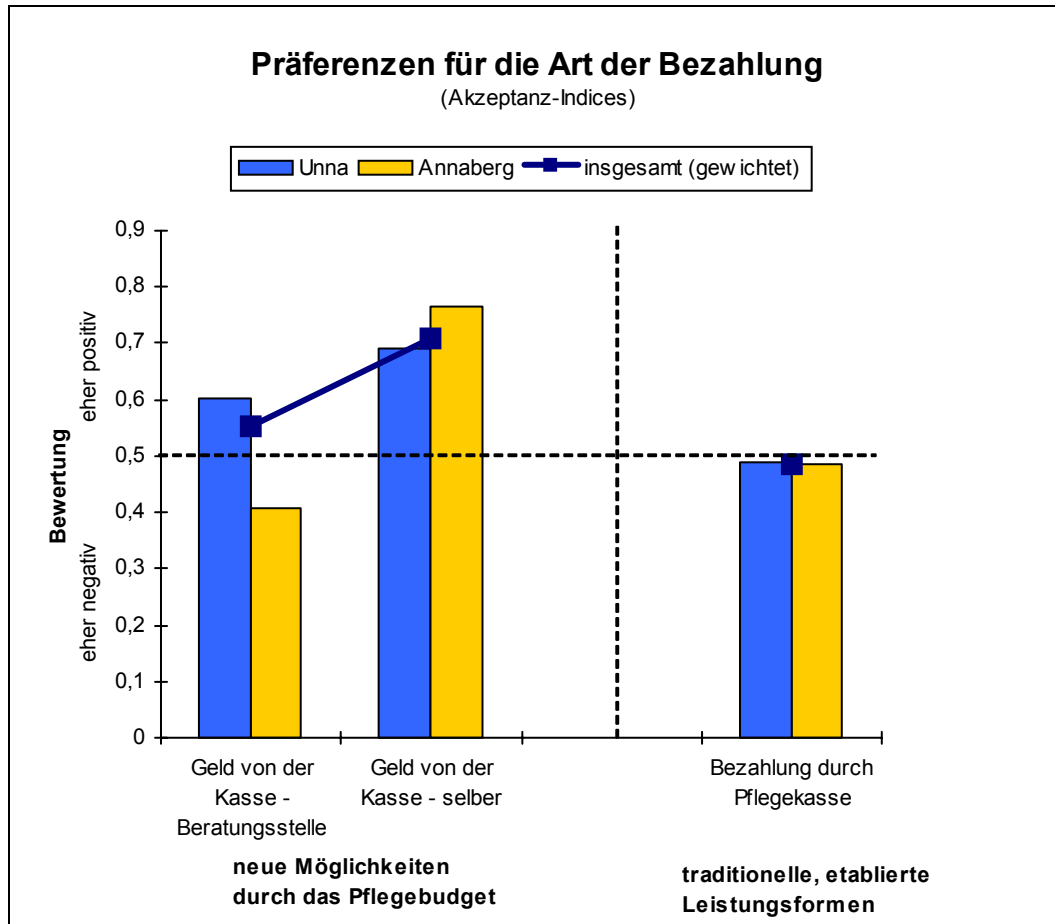


Die traditionelle Variante – Bezahlung direkt über die Pflegekasse – käme nur für 26 % „auf jeden Fall“ in Frage, die mit dem Pflegebudget verbundene Möglichkeit einer selbständigen

Vertragsabwicklung und Bezahlung von Leistungen ist dagegen für eine Mehrheit von 55 % eine Option, die „auf jeden Fall“ in Frage käme. Und auch die Variante, dass man das Geld von der Kasse erhält und die Vertragsabwicklung von einer Beratungsstelle übernommen wird, erhält ein hohes Maß an Zustimmung.

Die Präferenzen werden noch einmal deutlicher, wenn wir die Akzeptanz-Indices betrachten:

Abbildung 47



Dabei zeigen sich wiederum bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Einschätzungen der 40- bis 65-Jährigen in den beiden Landkreisen. In Unna liegt der Akzeptanz-Index für die Variante „Geld von der Kasse und Abwicklung durch eine Beratungsstelle“ deutlich im positiven Bereich. Im Landkreis Annaberg ist das nicht der Fall. Dafür wird die Möglichkeit, Geld von der Kasse zu beziehen, aber selber die Vertragsabwicklung in die Hand zu nehmen, im Landkreis Annaberg positiver bewertet als in Unna. Das könnte zu der Vermutung Anlass geben, dass man in Annaberg doch stärker daran interessiert ist, die durch das Pflegebudget verteilten Mittel ganz allgemein der Haushaltskasse zuzuführen.

Ganz eindeutig und überwiegend abgelehnt wird in beiden Landkreisen die bisher geltende Regelung der direkten Zahlung durch die Pflegekasse.

Wie stark ist das Interesse an dem persönlichen Pflegebudget mit integriertem Case-Management?

Diese Frage ist sicher nicht abschließend zu beantworten. Es war ja auch nicht sinnvoll, direkt danach zu fragen – dafür ist diese neue Leistungsart noch viel zu unbekannt. Unsere indirekte Vorgehensweise lässt aber doch immerhin einige Trends erkennen, die in einer vorsichtigen Weise auch quantifizierbar sind:

1. Wenn es um die Art der Bezahlung geht, wäre die überwiegende Mehrheit der 40- bis 65-Jährigen mit einer Regelung im Sinne des Pflegebudgets einverstanden: Abwicklung der Bezahlung nicht über die Pflegekassen, sondern in eigener Regie. Wenn bewertet werden soll, ob das auch so erfolgen soll, dass sichergestellt ist, dass die Geldbeträge nur für die Bezahlung von Versorgungsleistungen verwendet werden, ist die Zustimmung schon merklich geringer. Insgesamt – für die beiden Landkreise zusammen – käme eine Bezahlung unter Einschaltung einer Beratungsstelle (Case-Management) dann nur noch für 35 % „auf jeden Fall“ in Frage – aber immerhin! Bemerkenswert ist auch, dass die Bewertung dieser Möglichkeit im Landkreis Unna deutlich positiv ist, im Landkreis Annaberg dagegen deutlich negativ.

2. Unter dem Gesichtspunkt der Leistungserbringung könnten sich immerhin 32 % der 40- bis 65-Jährigen vorstellen, dass sie selber bei kommerziellen Unternehmen – also auf dem Markt – Leistungen nachfragen und sogar für 40 % kämen Leistungen von Privatpersonen gegen Bezahlung „auf jeden Fall“ in Frage. Beide Varianten – Firmen und bezahlte Privatpersonen – sind Möglichkeiten, die durch das persönliche Pflegebudget eröffnet werden und wir könnten vorsichtig mit einer Akzeptanzquote rechnen, die insgesamt zwischen 30 % und 40 % liegt.

Auch hier sind die Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen beachtlich: Diese neuen Möglichkeiten werden in Unna ganz eindeutig positiv bewertet und genießen ein hohes Maß an Akzeptanz. In Annaberg dagegen ist man skeptisch, sogar ablehnend und vertraut sehr viel stärker auf die traditionellen Formen der Leistungserbringung durch Pflegedienste und unbezahlte Angehörige.

3. Auch bei der Pflegeorganisation ist ein überraschend hohes Maß an Akzeptanz gegenüber neuen Formen beobachtbar. Immerhin für 30 % bis 40 % der 40- bis 65-Jährigen käme eine Pflegeorganisation durch Beratungsstellen „auf jeden Fall“ in Frage. Das bedeutet nicht, dass die traditionellen Formen nicht akzeptiert werden, aber für einen nicht unerheblichen Anteil der von uns Befragten werden alternative Möglichkeiten als gleichwertig betrachtet. Auch hier sind die Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen beachtlich. Während im Landkreis Annaberg negative Einstellungen gegenüber der Pflegeorganisation durch Beratungsstellen deutlich überwiegen, ist das in Unna grundlegend anders: „käme auf jeden Fall in Frage“ wird sehr viel häufiger geäußert als „käme auf keinen Fall in Frage“.

Wovon hängt die Akzeptanz von innovativen Lösungen für die Leistungserbringung, die Pflegeorganisation und die Art der Bezahlung ab?

Dies Frage lässt sich schnell beantworten: Es sind keine deutlichen Zusammenhänge zu Merkmalen der persönlich-biografischen Situation und zur Einbettung in einen gesellschaftlichen Kontext beobachtbar. Weder Alter noch Geschlecht, weder Pflegeerfahrungen noch Erwerbstätigkeit, weder Status noch Lebensentwurf korrelieren in einer deutlichen Weise mit der Akzeptanz für innovative Ansätze im Hinblick auf Leistungserbringung und Pflegeorganisation. Es gibt zwar Korrelationen, die „gerade noch“ statistisch signifikant sind, aber wegen der geringen Effektgrößen sind diese Zusammenhänge nicht wirklich berichtenswert.

Was sind die Gründe dafür? Wir vermuten, dass diese neuen Möglichkeiten noch so neu und damit auch weitgehend unvorstellbar sind, dass eine Einbindung in persönliche Lebenspläne und soziale Strukturen gar nicht erwartet werden kann.

6. Bürgerschaftliches Engagement im Landkreis Annaberg – „Sozialkapital“ als zivilgesellschaftliche Ressource

6.1 Gemeinschaftsaktivitäten und Ehrenamt in den Landkreisen Annaberg und Unna

Aktiven- und Engagement-Quoten

Ein wichtiger Aspekt des zivilgesellschaftlichen Zusammenhalts einer Gesellschaft wird in den Sozialwissenschaften mit dem Begriff des „Sozialkapitals“ bezeichnet. Der Begriff verweist auf verschiedene Zusammenhänge. Auf der einen Seite kann damit die Ebene des individuellen Akteurs, der Person, des Haushalts, gemeint sein. Und auf der anderen Seite kann der Begriff sich auf die gesellschaftliche Ebene beziehen.

Das „Sozialkapital“ von Individuen (Haushalten) wäre dann die Gesamtheit aller sozialen Beziehungen, die sich zur Sicherung der Bedürfnisbefriedigung, der Versorgung, der gesellschaftlichen Teilhabe und der sozialen Positionierung einsetzen lassen. In diesem Sinne ist z.B. die Verfügbarkeit über ein informelles Unterstützungsnetzwerk ein wichtiger Aspekt des Sozialkapitals von Individuen.³¹

Das „Sozialkapital“ von Gesellschaften – auch das von Regionen, wie z.B. Landkreisen – ist damit verwandt, hat aber doch eine andere Bedeutung. Es handelt sich hier um eine Ressource, die sich aus den Verflechtungen der Individuen und aus ihrem Engagement für das Gemeinwohl ergibt. Konkret geht es um die Frage, in welchem Umfang sich Individuen in einer gemeinwesenorientierten Weise ehrenamtlich betätigen. Wenn das in hohem Maße der Fall ist, können wir voraussetzen, dass es sich um einen Faktor handelt, der mit wesentlichen Wohlfahrtsgewinnen verbunden ist. Ist das in geringem Maße der Fall, deutet das nicht nur auf einen schwächeren sozialen Zusammenhalt hin, sondern ist auch mit der Notwendigkeit verbunden, fehlendes Sozialkapital zumindest teilweise anderweitig zu ersetzen, in erster Linie durch den Einsatz öffentlicher – also staatlicher oder kommunaler – Mittel oder durch marktmäßige Angebote. Die erste Möglichkeit überfordert sehr leicht die öffentlichen Haushalte. Die zweite Möglichkeit – der Markt – überfordert sehr leicht die individuelle Haushaltsökonomie und trägt auch zur Verschärfung von sozialer Ungleichheit in den Lebenslagen

³¹ Natürlich auch die „Seilschaften“, die genutzt werden können, um Positionsansprüche zu verfolgen oder zu erhalten und die mit der Konsequenz der Produktion und Reproduktion von gesellschaftlicher Ungleichheit verbunden sind (vgl. dazu Bourdieu, P.: Die feinen Unterschiede. Frankfurt: 1989). Dieser Aspekt wird im Folgenden jedoch nicht in die Betrachtung einbezogen – nicht, weil wir ihn für unwichtig halten, sondern weil er im Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit zwar durchaus bedeutsam ist, aber in einem ganz anderen Sinne als in soziologischen Ungleichheitstheorien. Unsere Untersuchungen im Kontext der Begleitforschung zeigen ja, dass die für Pflegebedürftigkeit geeigneten Unterstützungsnetzwerke in höheren Status- und Milieugruppen eher weniger vorhanden sind als in unteren Status- und Milieugruppen und dass eine Reproduktion von Privilegierungen bei der Versorgung Pflegebedürftiger durch Sozialkapital eher nicht vorausgesetzt werden kann.

bei. Diese wenigen Stichworte mögen ausreichen, um auf die große Bedeutung von Sozialkapital hinzuweisen.

Diese Bedeutung zeigt sich auch für das Thema Pflegebedürftigkeit. Der soziale und demografische Wandel macht es notwendig, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen künftig in verstärktem Maße durch eine Pluralität von Akteurstypen bzw. Sektoren sichergestellt werden kann. Neben den gesetzlichen Vorgaben und staatlich garantierten Leistungen und den Leistungen eines auf Verwandtschaftlichkeit beruhenden Unterstützungsnetzwerks, werden wir auch marktmäßige Angebote einbeziehen müssen und den als Sozialkapital verfügbaren Sektor der ehrenamtlich Tätigen. In unseren Untersuchungen über pflegekulturelle Orientierungen besitzt dieser Bereich deshalb immer einen hohen Stellenwert. In der Kassel-Studie und nun auch in den Annaberg-Unna-Studien haben wir gezielt nach dem Umfang und der Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement in verschiedenen Bereichen gefragt. Wir haben das methodisch in der gleichen Weise getan wie in dem für Deutschland repräsentativen Freiwilligen-Survey, so dass direkte Vergleiche möglich sind.³²

Die folgende Tabelle zeigt, in welchen der vorgelegten 15 Bereiche die Befragten tätig sind:

³² Zum Freiwilligen-Survey vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement, München 2005.

Bereiche, in denen die befragten Personen aktiv sind

(wegen Mehrfachangaben addieren sich die Prozente nicht auf 100)

		Erhebungsort			
		Annaberg	Unna	insges.	BRD*)
alle Bereiche		50%	67%	63%	72%
Bereich:	lebensqualitätsorien-				
Freizeit,	tiertes Engagement	35%	57%	51%	58%
Lebensqualität	insgesamt				
	Sport und Bewegung	26%	43%	39%	39%
	Freizeit und Geselligkeit	10%	31%	26%	26%
	Kultur und Musik	6%	20%	17%	18%
Bereich:	gemeinwesenorien-				
Gemeinwesen	tiertes Engagement	26%	37%	34%	45%
	insgesamt				
	Schule oder Kindergarten	4%	12%	10%	10%
	Sozialer Bereich	5%	6%	6%	16%
	Kirchlicher oder religiö- ser Bereich	9%	9%	9%	12%
	Umwelt und Natur- /Tierschutz	2%	7%	6%	11%
	Politik	2%	8%	7%	9%
	Außerschulische Jugend- arbeit, Erwachsenenbil- dung	2%	3%	3%	8%
	Rettungsdienst, Feuerwehr	4%	4%	4%	5%
	Gesundheitsbereich	3%	4%	4%	6%
	Justiz	0%	1%	1%	2%
	sonstige bürgerschaftliche Aktivitäten	3%	7%	6%	10%
Bereich:	interessenorientiertes				
Interessenvertretung	Engagement insge-	4%	10%	9%	14%
	samt				
	Berufliche Interessenver- tretung	4%	10%	8%	14%
	Wirtschaftliche Selbsthilfe	0%	0%	0%	
<i>insges.</i>		<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

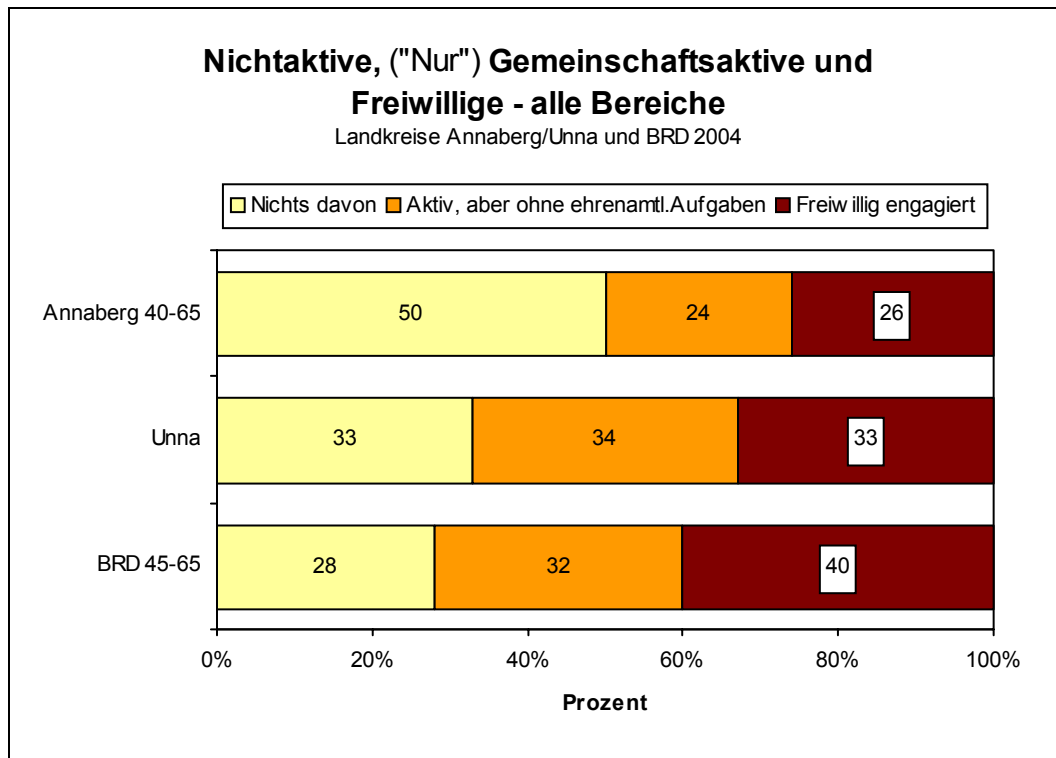
Annaberg-/Unna-Studie 2005/6

*) Eigenberechnung auf der Grundlage des Freiwilligen-Survey, Daten für 2004, Altersgruppe 45 - 65

In den beiden Landkreisen zusammen beträgt die Aktivenquote 63 % d.h. fast zwei Drittel der 40-bis 65-Jährigen sind in irgendeiner Weise in einem Verein, einer Organisation oder in einer Initiative aktiv. Das ist beachtlich, aber im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit einer Aktivenquote von 72 % für ungefähr die gleiche Altersgruppe (45 bis 65) lassen diese Zahlen einen eher niedrigen und steigerungsfähigen Level gemeinschaftsorientierter Aktivitäten er-

kennen. Das gilt besonders für Annaberg mit einer Aktivenquote von nur 50 %, was gegenüber dem Landkreis Unna (67 %) deutlich niedriger ist.

Abbildung 48



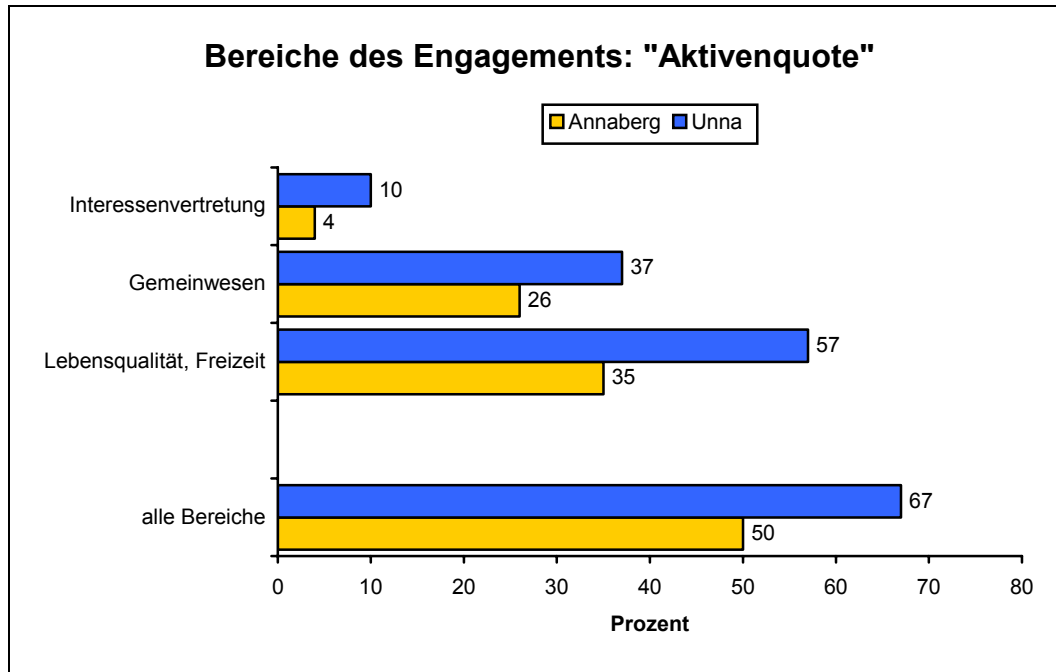
Die größte Bedeutung für Gemeinschaftsaktivitäten hat der Bereich „Freizeit und Lebensqualität“, den insgesamt 51 % genannt haben und in dieser Kategorie wiederum ist der Sport am stärksten vertreten (39 %).

In gemeinwesenorientierten Initiativen, Vereinen und Organisationen sind 34 % tätig. Auch diese Aktivenquote für den Gemeinwesenbereich ist in den beiden Landkreisen deutlich niedriger als im Bundesgebiet (45 %).

Der Bereich Interessenvertretung (u.a. Gewerkschaft) hat mit 4 % nur eine sehr geringe Bedeutung.

Auffällig sind die Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen: In jedem der Engagement-Bereiche ist die Aktivenquote in Unna deutlich höher als in Annaberg.

Abbildung 49

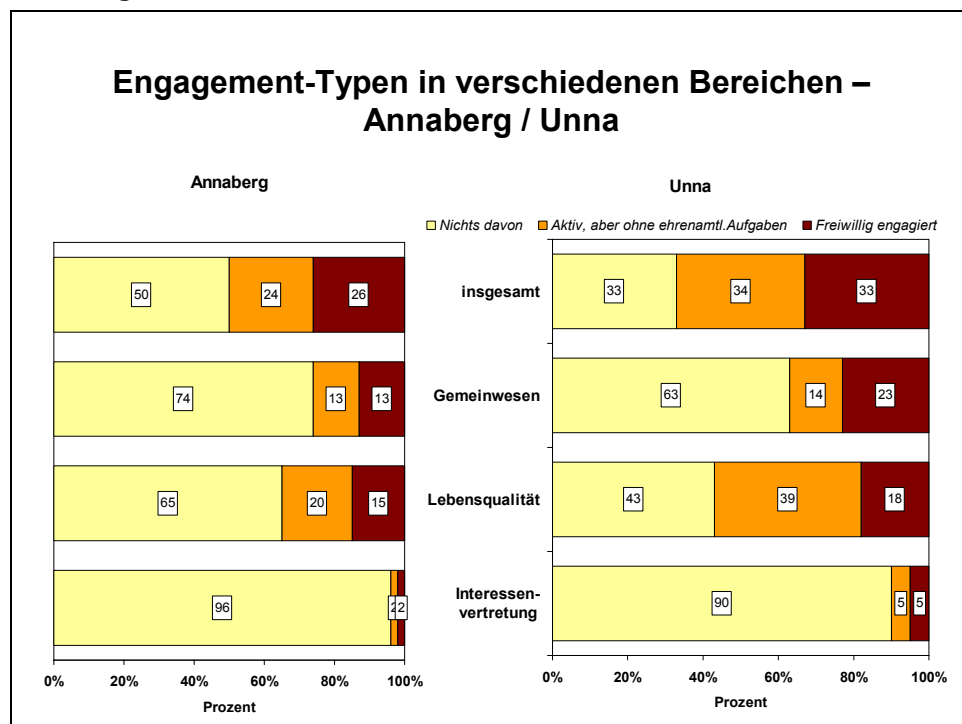


Im Interview wurde weiter gefragt, ob und welche Aufgaben jemand in den vom ihm genannten Bereichen übernimmt. Auf diese Weise lässt sich eine „Engagement-Quote“ ermitteln – das ist der Anteil der (altersspezifischen) Bevölkerung, der in einer aktiven Weise mit ehrenamtlichen Aufgaben in einem Verein, einer Organisation oder Initiative tätig ist.

Diese Engagement-Quote beträgt für die Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen für die beiden Landkreise zusammen 32 %, für den Landkreis Annaberg 26 % und für Unna 33 %, was im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (40 %) relativ niedrig ist.

Auch in den einzelnen Bereichen sind die Engagementquoten im Landkreis Unna höher als in Annaberg: Bereich Freizeit/Lebensqualität 18 % vs. 15 %; Bereich Gemeinwesen 23 % vs. 13 %.

Abbildung 50

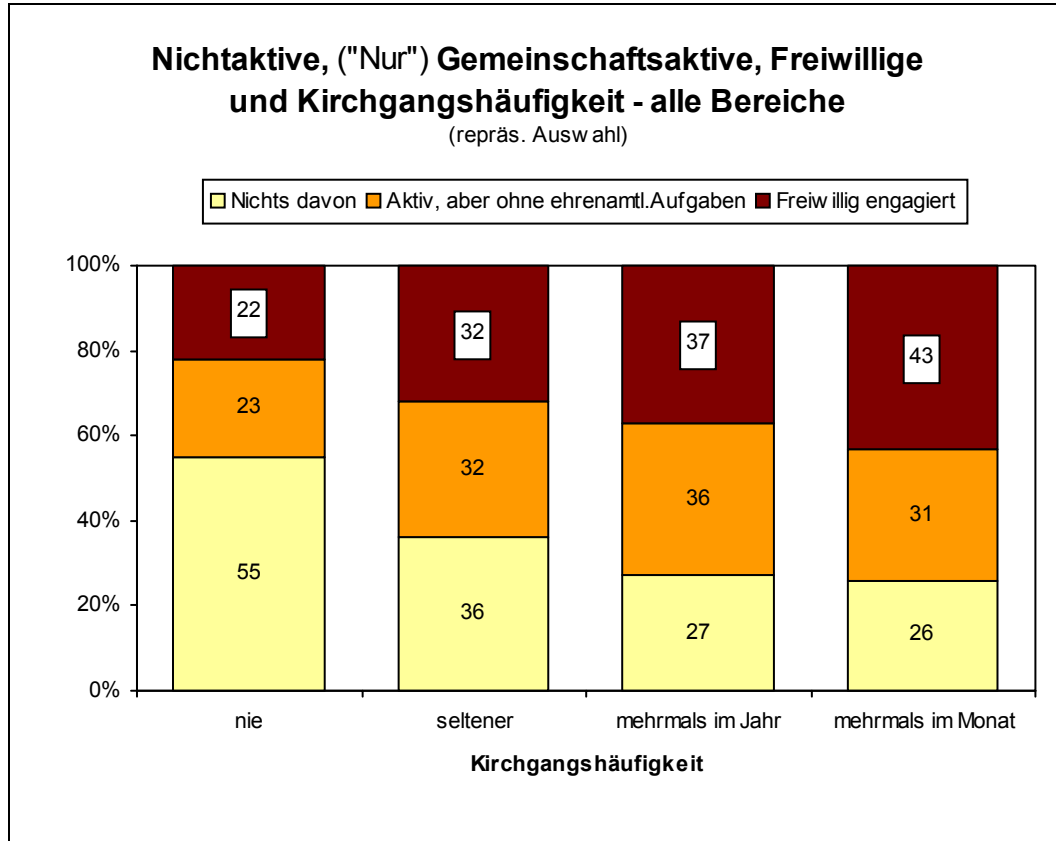


Wovon sind bürgerschaftliche Aktivitäten und Engagement abhängig?

Die Aktiven- und Engagiertenquoten variieren vor allem mit der kirchlich-religiösen Bindung und mit dem sozialen Status:

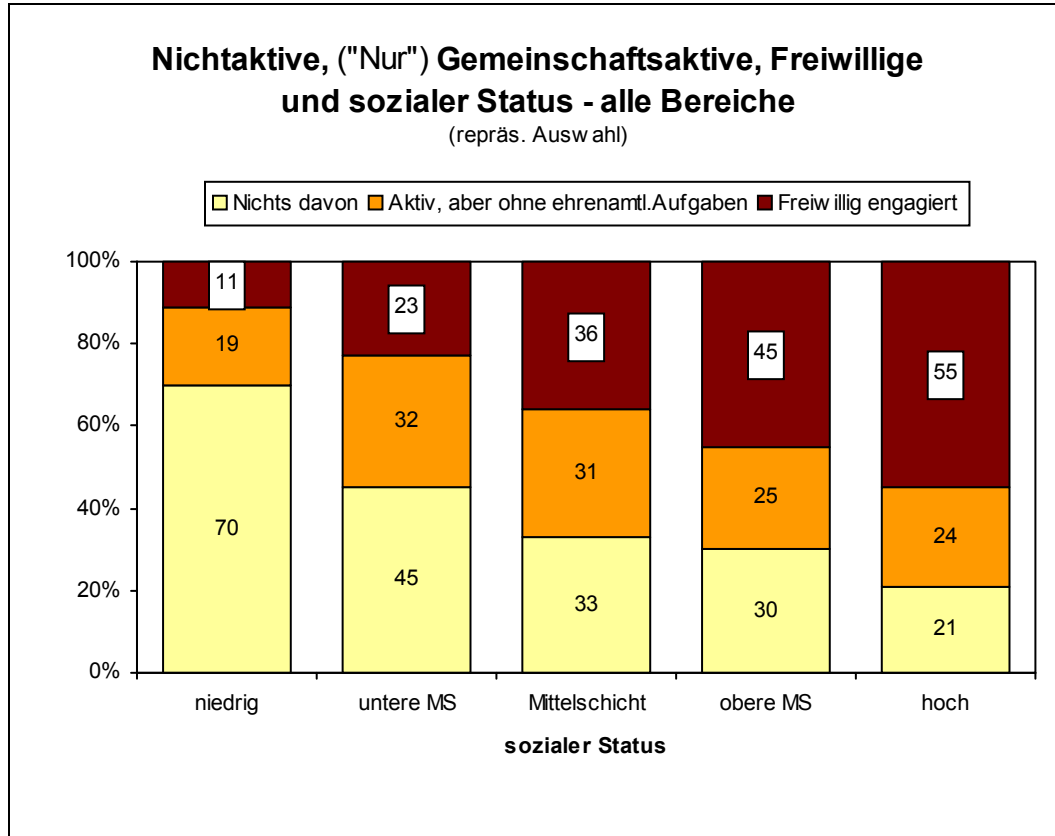
- Mit steigender kirchlich-religiöser Bindung steigt der Anteil der Aktiven und Engagierten: Von denen, die nie in die Kirche gehen, sind nur 45 % in einer Initiative oder Organisation Mitglied, von den regelmäßigen Kirchgängern dagegen 74 %. Ehrenamtlich engagiert in einer Initiative oder Organisation sind von den regelmäßigen Kirchgängern 43 %, von denen, die nie eine Kirche besuchen, dagegen nur 22 %.

Abbildung 51



- Mit steigendem sozialen Status nimmt auch der Anteil der Aktiven und Engagierten zu. Von den Befragten mit einem niedrigen Sozialstatus sind 70 % nicht aktiv, nur 11 % sind freiwillig engagiert. Von den 40- bis 65-Jährigen mit einem hohen Status sind dagegen nur 21 % nicht aktiv und 55 % sind freiwillig engagiert.

Abbildung 52



6.2 „Nahraum“- und „Fernraumsolidarität“

Zum Schluss werden noch einmal verschiedene Stränge der hier durchgeführten Untersuchung unter dem Stichwort „Solidarität“ zusammenfassend kommentiert. Zum einen ging es um pflegekulturelle Orientierungen unter verschiedenen Gesichtspunkten. Dabei ist im Hinblick auf das Thema Solidarität ein Aspekt besonders wichtig, nämlich die Frage, wie groß die Bereitschaft ist, einen pflegebedürftigen Angehörigen zuhause zu versorgen. Diese Art der Übernahme von Verpflichtungen lässt sich auch als „Nahraumsolidarität“ bezeichnen. Es handelt sich hier um Solidarität die gegenüber Personen aus einem primären Bezugsfeld gezeigt wird – deshalb *Nahraumsolidarität*. Mit einer anderen Form von Solidarität hat sich der vorige Abschnitt befasst. Es ging um die im gemeinwesenorientierten Engagement gezeigte Solidarität gegenüber Personen, die im Allgemeinen nicht zum primären Bezugsfeld gehören, die sogar sehr oft Fremde sind. Dass es dabei um Solidarität geht ist evident, z.B. wenn man bei der Freiwilligen Feuerwehr, bei Rettungsdiensten, im Umweltschutz oder in der außerschulischen Erwachsenenbildung mitarbeitet. Hier hat man es typischerweise nicht mit Personen aus dem Familienumkreis zu tun, sondern mit Menschen, die man nicht genauer kennt, die einem weiteren sozialen Kontext – dem Gemeinwesen – angehören (oder sogar der ganzen Welt). Wir sprechen hier von *Fernraumsolidarität*, weil diese Form des solidarischen Handelns sich auf einen ferneren sozialen Zusammenhang bezieht.

Exkurs: Die Messung von Nahraumsolidarität in den beiden Landkreisen

Die verschiedenen Möglichkeiten zur Beschreibung pflegekultureller Orientierungen korrelieren miteinander sehr hoch, was darauf hindeutet, dass dahinter eine grundlegende Dimension, ein „Faktor“ steht. Das ist auch das Ergebnis einer Faktorenanalyse, die wir durchgeführt haben, um verschiedenen Informationen über pflegekulturelle Orientierungen zusammenzufassen.

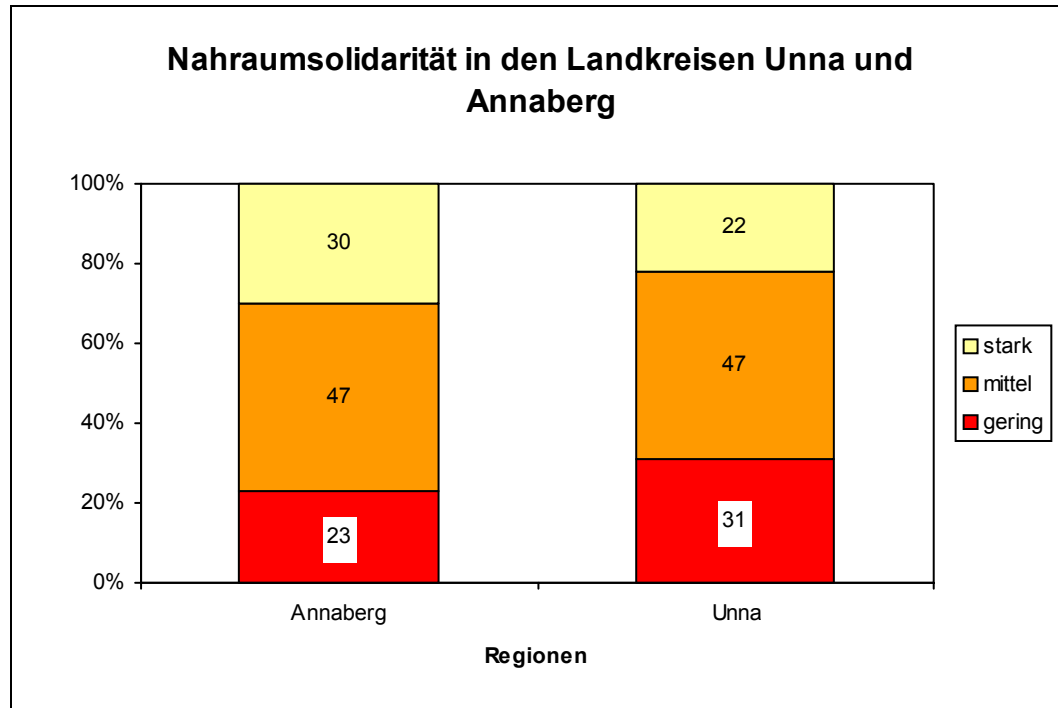
Unsere Faktorenanalyse hat ein interessantes und interpretationsbedürftiges Ergebnis hervorgebracht. In der Analyse haben wir zunächst alle relevanten Indikatoren berücksichtigt. Es zeigte sich dann aber, dass ein Indikator nicht besonders gut durch den Faktor erklärbar ist.³³ Der Indikator „zuhause pflegen mit Unterstützung durch professionelle Hilfe“ liegt also nicht auf der durch den Faktor beschreibbaren Bedeutungsdimension und es wäre nicht sinnvoll, ihn in die faktorenanalytisch erstellte Skala aufzunehmen. Inhaltlich bedeutet das, dass wir es hier – also bei der häuslichen Versorgung mit Unterstützung durch professionelle Hilfen – mit einer eigenständigen Option zu tun haben. In die endgültige Skala sind die folgenden Indikatoren eingegangen:

³³ Technisch ausgedrückt: Die „Kommunalität“ war mit 0,085 extrem niedrig.

Indikator	Wertebereich	Faktorladungen (Korrelationen mit der Skala „Nahraumsolidarität“)
Bewertung der Entscheidung zur Heimversorgung in der Dilemma-Situation	-3 (falsch) bis 3 (richtig)	- 0,76
Begründungsmuster bei der Bewertung: Moral vs. Kosten	0 (nur Moral); 0,5 (Moral und Kosten); 1 (nur Kosten)	- 0,66
zu Hause pflegen ohne professionelle Unterstützung	0 (auf keinen Fall); 0,5 (eventuell); 1 (auf jeden Fall)	0,61
zu Hause pflegen mit Unterstützung durch Freunde und Nachbarn	0 (auf keinen Fall); 0,5 (eventuell); 1 (auf jeden Fall)	0,58
Versorgung in einem gut geführten Pflegeheim	0 (auf keinen Fall); 0,5 (eventuell); 1 (auf jeden Fall)	- 0,72
Varianzaufklärung durch den Faktor		45 %

Wir vermuten, dass der aus den Indikatoren gebildete Faktor eine generalisierte Disposition beschreibt, die sich als „Bereitschaft zur Nahraumsolidarität“ interpretieren lässt. Damit meinen wir die Bereitschaft und Fähigkeit zur Solidarität gegenüber Personen, zu denen eine enge Beziehung besteht. Die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung einer nahe stehenden Person, die pflegebedürftig geworden ist, kann als ein wichtiger Aspekt dieser Nahraumsolidarität verstanden werden und bringt zum Ausdruck in welchem Maße jemand sich für eine häusliche Versorgung mit starker Selbstbeteiligung entscheiden würde und eine stationäre Versorgung ablehnt. Diese Bereitschaft ist im Landkreis Unna weniger stark ausgeprägt als im Landkreis Annaberg.

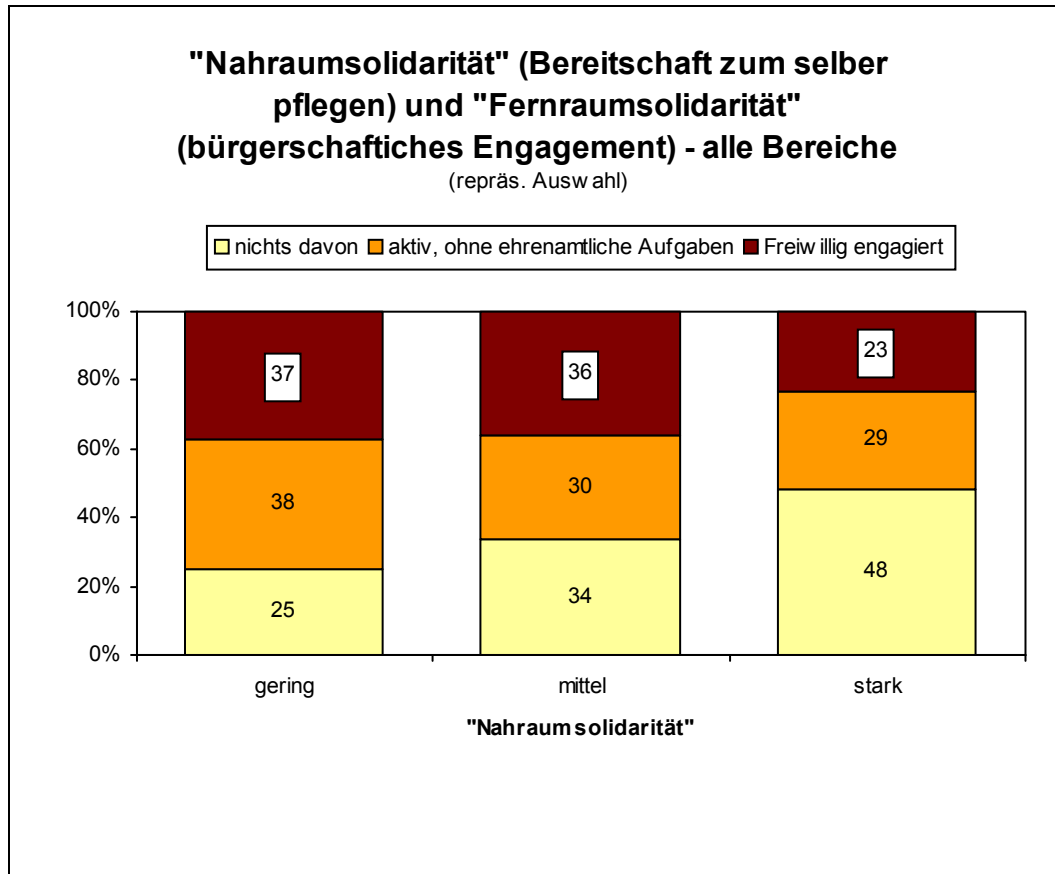
Abbildung 53



Beide Formen von Solidarität sind unter dem Gesichtspunkt des Sozialkapitals von eminenter Bedeutung. Die eine Form – die Nahraumsolidarität – verschwindet nicht im Modernisierungsprozess, aber sie schwächt sich ab. Die andere, die Fernraumsolidarität ist eher typisch für moderne und urbanisierte Gesellschaften.

Aber wie hängt nun beides zusammen? Sind diejenigen, die Nahraumsolidarität betreiben auch typischerweise diejenigen, die in der Fernraumsolidarität engagiert sind? In den beiden Landkreisen ist ein gewisser Zusammenhang durchaus beobachtbar: eine steigende Bereitschaft zum selber pflegen – also zur Nahraumsolidarität – korreliert negativ mit der Bereitschaft zum gemeinwesenorientierten Engagement: Von denjenigen, die in hohem Maße zur Nahraumsolidarität bereit wären, sind nur 23 % auch bürgerschaftlich engagiert. Und von den Befragten, die eher wenig zur Nahraumsolidarität tendieren, sind es 37 %.

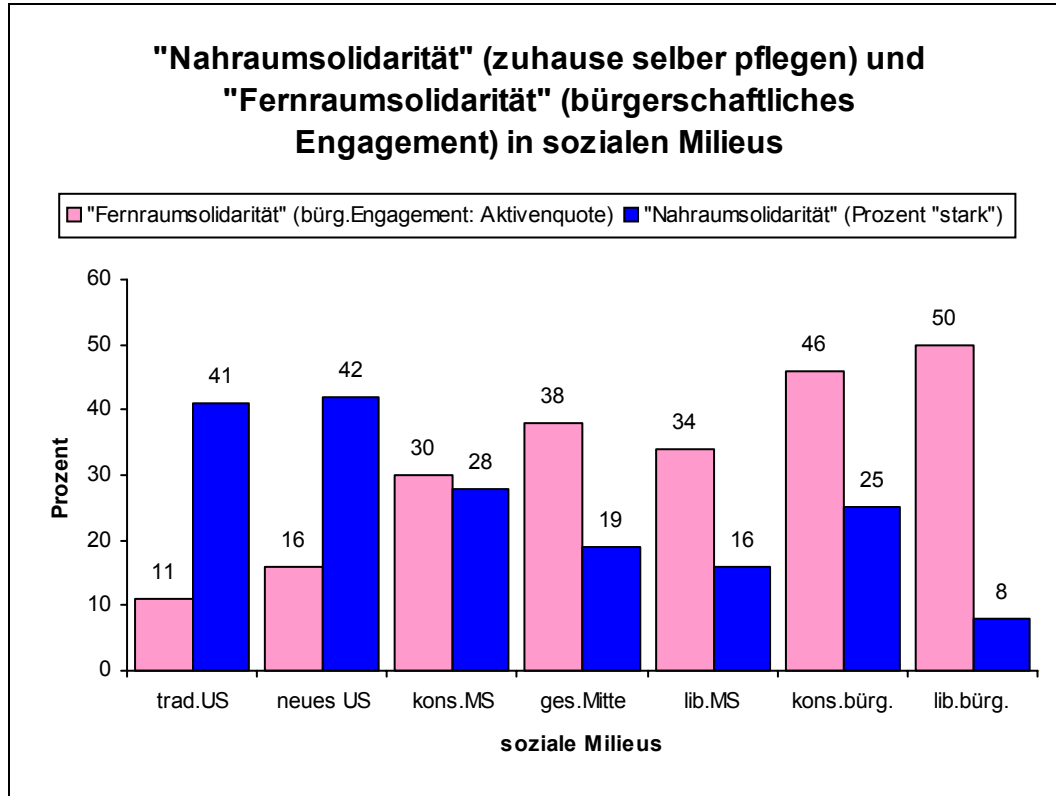
Abbildung 54



In der Kasseler Studie konnten wir beobachten, dass sowohl die Nahraumsolidarität als auch die Fernraumsolidarität mit der Milieuzugehörigkeit korrelieren. Nahraumsolidarität war sehr deutlich in sozialen Milieus verankert ist – sehr viel stärker präsent im traditionellen Unterschicht-Milieu und sehr viel weniger (wenn auch nicht fehlend) im liberal-bürgerlichen Milieu. Eine ähnliche Verankerung konnten wir auch für die Fernraumsolidarität beobachten, aber in einer inversen Weise: sie ist am wenigsten im traditionellen Unterschicht-Milieu präsent (wenn auch nicht fehlend) und am häufigsten ist sie im liberal-bürgerlichen Milieu beobachtbar.

In den beiden Landkreisen Annaberg und Unna lassen sich im Prinzip die gleichen Zusammenhänge beobachten: Nahraumsolidarität (als Bereitschaft zum selber pflegen) und Fernraumsolidarität (zivilgesellschaftliches Engagement) sind in den sozialen Milieus sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die stärkste Bereitschaft zur Nahraumsolidarität und das geringste zivilgesellschaftliche Engagement lassen sich im traditionellen Unterschicht-Milieu beobachten. Am wenigsten zur Nahraumsolidarität ist man im bürgerlich-liberalen Milieu bereit – aber dafür verfügt dieses Milieu über die höchste Engagement-Quote.

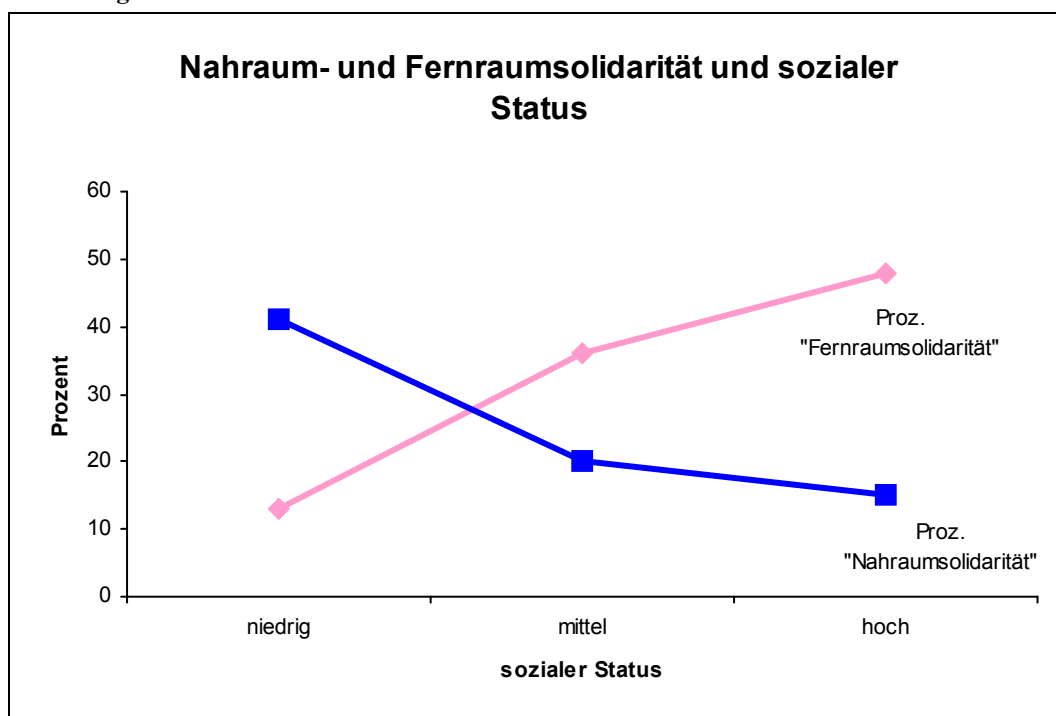
Abbildung 55



Dieser inverse Zusammenhang von Nahraum- und Fernraumsolidarität zeigt sich auch, wenn die beiden „Milieu-Achsen“ Status und Lebensentwurf betrachtet werden.

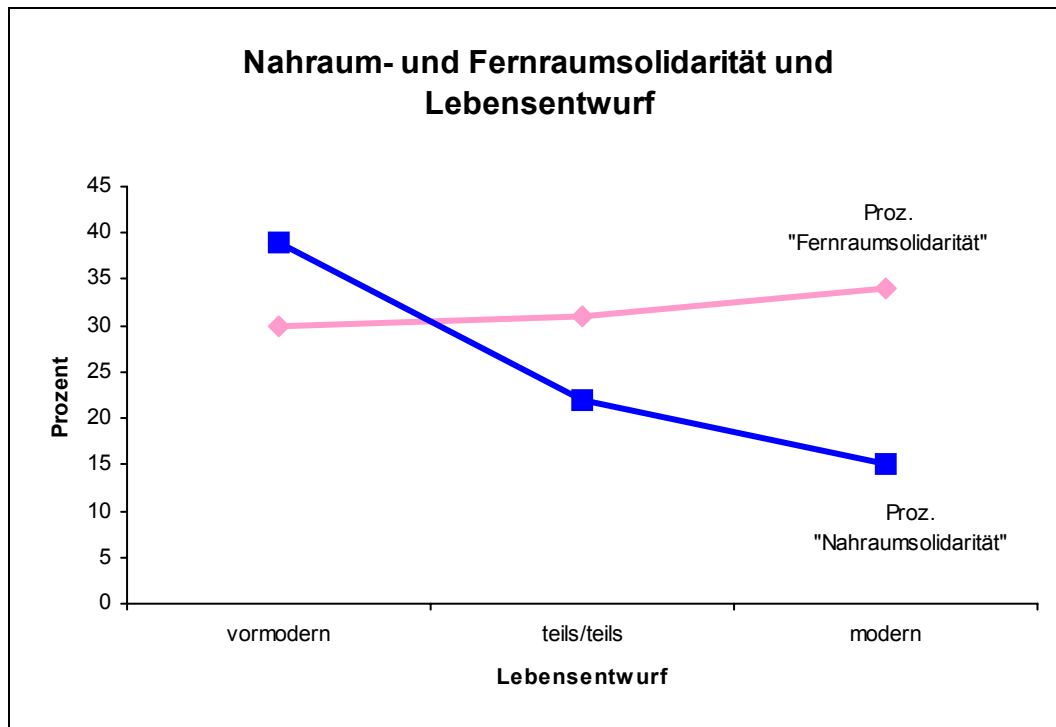
Mit steigendem Status steigt der Anteil der 40- bis 65-Jährigen, die Fernraumsolidarität praktizieren, dagegen sinkt der Anteil derjenigen, die zur Nahraumsolidarität bereit wären.

Abbildung 56



Befragte mit einem vormodernen Lebensentwurf sind häufiger zur Nahraumsolidarität bereit als Befragte mit einem modernen Lebensentwurf. Der Anteil derjenigen, die bürgerschaftlich engagiert sind – Fernraumsolidarität praktizieren – ist dagegen bei Befragten mit einem vormodernen Lebensentwurf niedriger als bei denen, die über einen modernen Lebensentwurf verfügen.

Abbildung 57



Was sind die Gründe für die milieuspezifische Verteilung von Nahraum- und Fernraumsolidarität?

Warum eine milieuspezifische Verteilung der Bereitschaft zum selber pflegen zu erwarten ist, wurde bereits erläutert: In den sozialen Milieus haben Pflegearrangements unter Kostengesichtspunkten eine unterschiedliche Relevanz.

Mit dieser Hypothese lässt sich jedoch nicht erklären, warum *beide* Typen der Solidarität milieuspezifisch verteilt sind, so wie wir das beobachten konnten: Fernraumsolidarität ist in den Milieus am stärksten ausgeprägt, in denen die Nahraumsolidarität eine relativ geringe Bedeutung besitzt. Und in den Milieus, in denen Nahraumsolidarität bevorzugt wird, lässt sich eine relativ geringe Bedeutung der Fernraumsolidarität beobachten. Was sind die Gründe für diese „inverse Verteilung“ der beiden Solidaritätsarten?

Um diese Frage zu beantworten, erscheint es uns sinnvoll, von detaillierteren Annahmen über die Handlungsstrukturen der verschiedenen Solidaritätsarten auszugehen, von den damit

verbundenen Gratifikationen und Kosten und von den im Durchschnitt zu erwartenden Präferenzen der Angehörigen verschiedener Milieus.

Solidarität im Nahraum – u.a. auch Pflegeverpflichtungen gegenüber nahen Angehörigen – zeichnet sich durch ein hohes Maß an *kontinuierlicher* und *dauerhafter* Involviertheit aus. Das geht auch klar aus den Berichten der Pflegeerfahrenen über Belastungen hervor: besonders häufig genannt wird die Notwendigkeit zur ständigen Präsenz, zumindest zur ständigen Erreichbarkeit. Nahraumsolidarität ist auch nur *schwer kündbar*. Das ergibt sich aus dem spezifischen Verhältnis zu denjenigen, denen Unterstützung gewährt wird. Es handelt sich um Personen, an die man nicht in einer vertragsmäßigen Weise gebunden ist. Das Ende der Beziehung ist nicht definiert und auch nicht oder nur mit erheblichen inneren Konflikten durch eine Entscheidung aufhebbar. Involviert in einer nahraumsolidarischen Beziehung sind die Beteiligten auch mit ihrer *ganzen Person*, also nicht nur partikular, über spezifische Funktionen oder Rollenattribute.

Das ist bei Fernraumsolidarität grundlegend anders. Die Zeitstruktur der Verpflichtungen ist eine andere. Das Engagement ist weniger kontinuierlich, sondern erstreckt sich auf ziemlich genau abgrenzbare Zeitbereiche, auf Termine. Es ist auch prinzipiell kündbar, zumindest lassen sich fernraumsolidarische Beziehungen leichter lösen, durch Rückzug, meistens sogar durch einseitige Erklärung oder einfaches Wegbleiben. Auch der Umfang der Involviertheit ist gänzlich anders. Die an der Beziehung Beteiligten begegnen sich i.A. in Ausschnitten, als Dienstleistende, Funktionäre, Helfende oder Beratende, ohne ihre ganze Person einbringen zu müssen. Fernraumsolidarität ermöglicht Distanz und Privatheit außerhalb der Beziehung. Fernraumsolidarität richtet sich oft auch auf Fremde, also auf Personen, deren Identität und Biografie im Moment der Beziehungsaufnahme, oft sogar während der ganzen Beziehungsdauer, unbekannt ist.

Im Allgemeinen ist Handeln im Rahmen von Fernraumsolidarität öffentliches Handeln oder zumindest Handeln in einem halböffentlichen Raum. Nahraumsolidarität findet dagegen im privaten Raum statt. Fernraumsolidarität ermöglicht damit auch das Auftreten in einer öffentlichen Rolle, den Kontakt zur Öffentlichkeit, vielleicht sogar die Chance, Anerkennung in einer öffentlichen Rolle zu finden.

Aus diesen Unterschieden in den Handlungsstrukturen ergeben sich auch spezifische Unterschiede in den möglichen Gratifikationen und Kosten:

Die Kosten von Nahraumsolidarität ergeben sich aus der Notwendigkeit zur kontinuierlichen Aufrechterhaltung der Solidarbeziehung, aus der Dauerhaftigkeit der Verpflichtung und aus ihrer geringen Kündbarkeit. Wer sich einmal darauf eingelassen hat, muss alles andere den daraus entstehenden Anforderungen unterordnen. Er verliert das, was unter modernen Bedingungen sowohl strukturell wie auch auf der personalen Ebene als ein hochattraktives Gut bewertet wird: er verliert seine Flexibilität. Ein in nahraumsolidarischen Beziehungen eingebundenes Individuum ist – gemessen an modernen Anforderungen – „überfixiert“, kann nicht beliebig über seine Zeit disponieren, ist in seiner Mobilität eingeschränkt, ist auf einen

sozialen, oft sogar auch auf einen geografischen Raum festgelegt. Auch sind die Chancen auf öffentliche Anerkennung nur gering, weil nahraumsolidarisches Handeln nie im öffentlichen Raum stattfindet und keine öffentlichen Rollen dafür vorgesehen sind. Dem stehen natürlich auch Gratifikationen gegenüber: Es sind die Belohnungen, die sich durch Nähe und Zugehörigkeit ergeben, durch ein gewisses Maß an Geborgenheit und durch die Anerkennung von signifikanten anderer Personen aus dem unmittelbaren Umfeld.

Diese Gratifikationen können in einem gewissen Sinne als Kosten der Fernraumsolidarität betrachtet werden: die stets nur partikulare Zugehörigkeit zu sozialen Kreisen, die leichte Kündbarkeit von Beziehungen und – gemessen an traditionellen Maßstäben – ein zu hohes Maß an Flexibilität, Beweglichkeit und Unverbindlichkeit. Diese können jedoch andererseits auch als spezifische Gratifikationen von Fernraumsolidarität erfahren und gesucht werden: als Möglichkeit, sich stets möglichst viele Optionen aufrechtzuerhalten.

Wie lassen sich nun Handlungsstrukturen und die mit ihnen verbundenen Gratifikationen und Kosten mit den Milieus in Verbindung bringen? Ob die hier beschriebenen Kosten und Gratifikationen bei Entscheidungen ins Gewicht fallen, hängt natürlich von den Präferenzen der Akteure ab und wir vermuten, dass diese Präferenzen in den sozialen Milieus sehr unterschiedlich sind und zwar so, dass Nahraumsolidarität in den „Verlierer-Milieus“, also bei niedrigem Status und vormodernem Lebensentwurf attraktiver als Fernraumsolidarität empfunden wird und umgekehrt, dass mit steigendem Status und bei einem modernen Lebensentwurf die Fernraumsolidarität eine größere Attraktivität als die Nahraumsolidarität besitzt. Die Unterschiede in den Handlungsstrukturen von Nahraum- und Fernraumsolidarität und in den Präferenzen können vielleicht erklären, warum bürgerschaftliches Engagement in den „Gewinner-Milieus“ mit hohem Status und modernem Lebensentwurf häufiger zu beobachten ist als in den „Verlierer-Milieus“. Fernraumsolidarität entspricht viel eher den auf Individualisierung, Flexibilität und Interesse an öffentlicher Anerkennung bezogenen Bedürfnissen moderner Subjekte.³⁴ Und für Nahraumsolidarität ergeben sich in den „Gewinner-Milieus“ relativ hohe Opportunitätskosten. Diese sind in den „Verlierer-Milieus“ zumindest schwächer ausgeprägt und gleichzeitig fallen die Kosten einer Heimversorgung stärker ins Gewicht.

Natürlich haben diese Überlegungen nur hypothetischen Charakter. Wir haben sie vorgeschlagen, weil es uns wichtig erscheint, für die beobachtbaren Verhältnisse eine Erklärung anzubieten, in der auch die mit Versorgungspraktiken verbundenen Sinnzusammenhänge Berücksichtigung finden. Die beobachtbaren Verhältnisse selber sind eindeutig: Fernraumsolidarität besitzt in den Milieus die größte Bedeutung, in denen die Nahraumsolidarität relativ schwach ausgeprägt ist. Und in den Milieus mit großer Bereitschaft zur Nahraumsolidarität hat die Fernraumsolidarität eine relativ geringe Bedeutung.

³⁴ Zum Thema „moderne Subjektivität“ vgl. Popitz, H.: Autoritätsbedürfnisse. Der Wandel der sozialen Subjektivität. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie, Jg. 39 (1987), Nr. 3 sowie Sennett, R.: Der flexible Mensch: Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: 1998

7. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen – zwei „Pflegekulturen“?

Wenn man sich die wichtigsten Ergebnisse für die beiden Regionen vor Augen hält, zeigen sich im Hinblick auf pflegekulturelle Orientierungen Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Es werden aber auch Widersprüchlichkeiten deutlich, die erkennen lassen, dass beide Landkreise und die Generation der jetzt 40- bis 65-Jährigen in sehr unterschiedlichen Prozessen der Modernisierung involviert waren.

Im Landkreis Annaberg haben moderne Lebensentwürfe, zumindest was die Interpretation der Frauenrolle angeht, eine sehr viel größere Bedeutung als im Landkreis Unna. Sowohl von Männern wie auch von Frauen werden in Annaberg sehr viel deutlicher Erwartungen an Frauen herangetragen, die auf Selbständigkeit und Erwerbstätigkeit hinauslaufen als in Unna. Die Gültigkeit dieses Befundes wird auch gestützt durch die Information, dass im Landkreis Annaberg sehr viel seltener die Tätigkeitsbezeichnung „Hausfrau“ genannt wird und dass – trotz der relativ hohen Arbeitslosigkeit – sehr viel mehr der 40- bis 65-Jährigen einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Das ist sicher ein „Erbe“ der DDR-Geschichte: sowohl die auf das Erwerbsleben bezogenen Vorstellungen von der Frauenrolle, als auch die geringe Bedeutung einer Selbstdefinition als „Hausfrau“.

Unter diesen Gesichtspunkten ist Annaberg sicher die „modernere“ Region. Unter anderen jedoch wiederum nicht. Im Landkreis Annaberg können wir eine sehr viel größere Skepsis gegenüber neuen Möglichkeiten der Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit beobachten als im Landkreis Unna. Die Akzeptanz von Lösungen, bei denen marktmäßige Formen des Angebots und der Nachfrage von Leistungen eine Rolle spielen und eine gewisse Bereitschaft und Kompetenz zum eigenständigen Entscheiden vorauszusetzen ist, ist in Annaberg sehr gering, in Unna dagegen relativ hoch. Auch in diesem Punkt scheint die Geschichte eine Rolle zu spielen. Die 40- bis 65-Jährigen im Landkreis Unna sind in einem marktwirtschaftlichen System aufgewachsen, für das – selbst unter den wohlfahrtsstaatlichen Bedingungen der alten BRD – ein relativ hohes Maß an Optionalität charakteristisch war. In einem solchen System muss und darf man zur Realisierung einer optimalen Versorgung entscheiden. Natürlich ist nicht das ganze Leben im Sinne einer „Multioptionsgesellschaft“³⁵ organisiert, aber es erfolgt doch schon sehr früh und dauerhaft eine Gewöhnung an die marktmäßige Bereitstellung von Leistungen. Die 40- bis 65-Jährigen in Annaberg haben ihre prägenden Erfahrungen dagegen in einem anderen gesellschaftlichen System gemacht mit weniger Entscheidungsmöglichkeiten und -zwängen und sie sind deshalb aus verständlichen Gründen auch vorsichtiger gegenüber einer Lösung von Versorgungsproblemen, die ein relativ hohes Maß an Entscheidungsbereitschaft und -fähigkeit erfordern. Diese Feststellung enthält keine Wertung, denn nur auf den ersten Blick lässt sich die Meinung vertreten, dass die Bewohner der alten Bundesländer

³⁵ Gross, P.: Die Multioptionsgesellschaft. Frankfurt: 1994

in irgendeiner Weise „höherwertiger“ sozialisiert seien. Sie sind einfach nur besser an ein System angepasst, in dem die „Warenfiktion“ das ganze gesellschaftliche Leben durchzieht und auch personenbezogene Dienstleistungen Warencharakter besitzen. Unter dem Gesichtspunkt der Anpassung an eine marktmäßige Organisation des Lebens könnte man also sagen, dass der Landkreis Unna die „modernere“ Region ist. Dabei mögen in Annaberg andere Traditionen von Austauschbeziehungen ebenso prägend sein, wie der im deutschen Pflegeversicherungsrecht angelegte Anreiz durch das Pflegegeld eine durchaus haushaltsökonomisch bedeutsame Aufbesserung des Einkommens zu erzielen, die notwendigerweise verbunden ist mit der alleinigen Übernahme der Pflegeverpflichtung.

Das gilt auch, wenn wir die Solidaritätstypen und ihre Verteilung in den Regionen betrachten. Nahraumsolidarität hat im Landkreis Annaberg eine größere Bedeutung als im Landkreis Unna und mit der Fernraumsolidarität ist es umgekehrt. Auch hier zeigt sich wohl die prägende Kraft der Geschichte. Die 40- bis 65-Jährigen Annaberger sind in einem gesellschaftlichen System aufgewachsen, in dem die Praxis der Nahraumsolidarität – Familie, Nachbarschaft, Freunde – von überaus großer Bedeutung für die Sicherung von Spielräumen und für das soziale und ökonomische Überleben war. Fernraumsolidarität konnte nur in einer staatlich verordneten Weise praktiziert werden und hat bei vielen Ressentiments hinterlassen. Jedenfalls kann man wohl annehmen, dass eine Praxis der freiwilligen Fernraumsolidarität für viele als plurales Lernfeld nicht zur Verfügung stand. Die Erfahrungen der 40- bis 65-Jährigen aus dem Landkreis Unna sind in dieser Hinsicht ganz anders. Auch wenn nur von relativ wenigen die in einem demokratischen System angebotenen Möglichkeiten der politischen Partizipation aktiv genutzt werden, gab und gibt es doch viele Möglichkeiten, zivilgesellschaftliche Erfahrungen zu sammeln und entsprechende Kompetenzen und Motivationen zu lernen.

Diese unterschiedlichen Strukturen und Entwicklungen in den beiden Regionen sind auch mit Unterschieden in den pflegekulturellen Orientierungen verbunden – allerdings sind diese Unterschiede bei weitem nicht so groß, dass man von „zwei Pflegekulturen“ sprechen könnte.

Wenn eine nahe stehende Person pflegebedürftig würde

- würde man in beiden Landkreisen einer häuslichen Versorgung unter Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung den Vorzug geben.
- wäre die Chance einer stationären Versorgung in Unna deutlich größer als in Annaberg.
- ist der Anteil derjenigen, die selber ohne professionelle Hilfe zuhause pflegen würden in Annaberg größer als in Unna.
- wüsste man in Annaberg eher, wo man Beratung finden könnte.
- hätten die „traditionellen Helfer“ – Pflegedienste und Arzt – in Unna eine geringere Bedeutung als im Landkreis Annaberg.

Was die Möglichkeit einer eigenen Pflegebedürftigkeit angeht, ergibt sich das folgende Bild:

- Im Landkreis Unna halten deutlich mehr der 40- bis 65-Jährigen ihre Versorgung in einem solchen Fall für nicht gesichert.
- In beiden Landkreisen vertrauen die meisten darauf, dass nahe Angehörige – vor allem Partner und Kinder bzw. Schwiegerkinder – die Versorgung übernehmen.
- In beiden Landkreisen genießen traditionelle Formen der Versorgung – durch einen Pflegedienst und durch Angehörige – ein hohes Maß an Akzeptanz.
- Gegenüber neuen Möglichkeiten ist man im Landkreis Unna jedoch deutlich aufgeschlossener als im Landkreis Annaberg. In Annaberg werden neue Möglichkeiten der Leistungserbringung und Pflegeorganisation skeptisch, abwartend und sogar negativ bewertet. In Unna dagegen ist man in einem überraschend hohen Maße aufgeschlossen gegenüber Pflegearrangements, die ein höheres Maß an Selbständigkeit und Entscheidungsbereitschaft erfordern.
- Ähnlich in beiden Landkreisen ist die deutliche Ablehnung der bisher praktizierten Bezahlungsmodalitäten durch die Pflegekasse. Die 40- bis 65-Jährigen in Annaberg und Unna wünschen sich ein höheres Maß der selbständigen Entscheidung über die für die Versorgung zur Verfügung stehenden Geldbeträge. In Annaberg besteht diese Präferenz aber vor allem dann, wenn sie auch mit der Möglichkeit verbunden ist, die private Haushaltsökonomie aufzubessern. In Unna dagegen ist man in hohem Maße auch an Lösungen interessiert, bei denen Beratungsstellen die Zahlungs- und Vertragsabwicklung übernehmen.

Es finden sich aber auch eine ganze Reihe von Gemeinsamkeiten, die sich als genereller Trend in der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit herauskristallisieren: Von den meisten Bürgerinnen und Bürgern wird die Bedeutung von Pflegefachlichkeit im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit herausgestellt. Die Bedeutung der Pflegefachlichkeit zeigt sich in besonderer Weise darin, dass die meisten Befragten die fachliche Beratung im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit als wichtig einschätzen. Dabei wird deutlich, dass gerade für diese vertrauensvolle Beratungsaufgaben nicht die an sich gesetzlich vorgesehenen Beratungsstellen von den Befragten primär genannt werden, sondern vielmehr Pflegefachkräfte in Pflegediensten und weiterhin Hausärzte. Sicherlich auch durch die vermehrt öffentlich ausgetragenen Fachdiskussionen und die insgesamt mit der Pflegeversicherung kommunizierten Qualitätserwartungen an die Pflege, wird die fachliche Begleitung bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit „akzeptiert“.

- Das Thema Pflege ist überdies kein Randthema mehr, das nur wenige Personen betrifft, es ist eines, das in der Mitte der Gesellschaft angelangt ist: Immerhin geben über 50% der über 40-Jährigen an, im eigenen sozialen Nahraum mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit bereits konfrontiert gewesen zu sein. Damit ist das Thema Pflegebedürftigkeit inzwischen auch zu einem Thema geworden, das sich für eine öffentliche Befassung eignet: Sowohl die eigene Pflegeerfahrung als auch die für (zu) wahr-

scheinlich gehaltene eigene Pflegebedürftigkeit oder die Einschätzung des eigenen Pflegerisikos, machen das Thema zu einem öffentlich Bearbeitbaren. Damit ließe sich die Erwartung begründen, dass sich Orientierungsmuster für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit beeinflussen lassen.

- Das Leitbild der „geteilten Verantwortung“³⁶ scheint durchaus kompatibel zu sein mit den gewünschten Bewältigungsoptionen von Pflegebedürftigkeit. Der Pflegemix entspricht weithin den (gedachten) Bedingungen der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit, die sich ein großer Teil der über 40-Jährigen als förderlich vorstellen. Unter den Bedingungen des Pflegemixes sind die meisten Haushalte bereit zu dem Versuch, die durchgängig von den Betroffenen bevorzugte häusliche Pflege aufrecht zu erhalten oder zu gewährleisten. Allerdings entsprechen die infrastrukturellen, rechtlichen aber auch finanziellen Anreizsysteme nicht dieser an sich präferierten Mixtur. Dies gilt insbesondere dort, wo die Pflegegeldanreize die Inanspruchnahme professioneller Pflege behindert.
- Alle empirischen Untersuchungen über Präferenzen der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit kommen zu dem Ergebnis, dass die häusliche Pflege der Heimpflege deutlich vorgezogen wird. Diese Präferenzen können durch unsere Studien belegt werden, wobei Differenzierungen geboten erscheinen: Nicht unter allen Bedingungen wird die häusliche Pflege der Heimpflege vorgezogen. Auch wenn man grundsätzlich für die häusliche Pflege ist, heißt dies nicht, dass in einer konkreten Entscheidungssituation, entgegen den Präferenzen, die Heimpflege bevorzugt wird. Die Daten in all unseren Studien zur pflegekulturellen Orientierung unterstreichen eindrücklich, dass die Heimpflege gegebenenfalls einer traditionellen Familienpflege, mit all ihren Belastungen, vorgezogen würde, auch wenn man grundsätzlich Vorbehalte dagegen hat. Die Entscheidung über die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit ist das Ergebnis eines (unterschiedlich gut begleiteten) Abwägungsprozesses. Ob häusliche Pflege oder Heimpflege und wenn ersteres in welchen Pflegemixturen gewählt und realisiert wird, hängt in hohem Maße von der Qualität der Abwägungsprozesse ab, die zu der entsprechenden Entscheidung führen. Dies gilt für die Bürgerinnen und Bürger in Unna ebenso wie in Annaberg.

³⁶ Vgl. zum Gebrauch dieses Begriffs Klie, Th.: Entwicklungslinien- und Pflegewesen: Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive. Frankfurt: 2003

8. Pflegepolitische Schlussfolgerung

1. Ernst nehmen von Differenzen

Die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit (bei vergleichbaren Krankheitsbildern, pflegerischen Bedarfen) ist je nach sozialer aber auch regionaler Konstellation unterschiedlich und differiert noch einmal stark je nach Familienkonstellation und kultureller Prägung. Alle Studien zur pflegekulturellen Orientierung haben herausgestellt, wie bedeutsam die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Milieus ist. Die Annaberg- und Unna-Studie unterstreichen überdies, dass es weiterhin Ost-West-Differenzen gibt, aber darüber hinaus auch regionale Unterschiede zu berücksichtigen sind, die in Form der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit erfasst und bewertet werden sollen. Die Differenzen lassen auch unterschiedliche pflegepolitische Interventionen als angemessen erscheinen: Nicht (allein) der Grad der Pflegebedürftigkeit ist entscheidend, sondern mindestens ebenso wichtig sind andere Faktoren wie Haushaltsgröße, Stadt/Land oder soziales Milieu. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die infrastrukturellen Entwicklung durch geeignete Planungsmaßnahmen zu begleiten und Einfluss zu nehmen auf Präferenzen und Einstellungsmuster in der Bevölkerung.

2. Pflegebereitschaft

Die Pflegeversicherung setzt auf die Bereitschaft innerhalb von Familien, Partnerschaften und anderen primären Netzwerken Pflegeaufgaben zu übernehmen. Auch wenn wir für die Zukunft auf eine nennenswerte Pflegebereitschaft in der Bevölkerung setzen können, wird man die in der Annaberg- und Unna-Studie sichtbar gewordenen Mentalitäten berücksichtigen müssen. Die Bedingungen, dass sich die latente Pflegebereitschaft in der Übernahme alltäglicher Pflegeaufgaben praktisch einlöst, haben sich verändert bzw. es deutet sich an, dass sie sich erheblich ändern werden. Insbesondere bei den moderneren Lebensentwürfen und von ihnen geprägten sozialen Milieus ist die alleinige Übernahme von Pflegeaufgaben kaum eine mit den Präferenzen übereinzubringende Perspektive. Insofern ist die Organisation von Pflegemixturen für diese Gruppe von größerer Bedeutung als in der Vergangenheit. Dabei lässt sich der Trend beobachten, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen mehr Kontrolle und Einsicht in und über die ökonomischen Transfers wünschen. Die unschlüssigen Tauschbeziehungen zwischen Pflegedienst und Pflegebedürftigen entsprechen insofern nicht (mehr) den Präferenzen. Gleichzeitig wird aber auch erkennbar, dass man sich eine deutliche Komplexitätsreduzierung durch Organisationen auf dem Pflegemarkt wünscht. In diesem Zusammenhang erscheint eine suffiziente Beratungs- und gegebenenfalls Case-Management-Infrastruktur als angemessene pflegepolitische Antwort, durchaus verbunden mit flexibleren Leistungsangeboten entweder aus einer Hand eines Pflegedienstes oder eines anderen Anbieters oder aber, noch für eine Minderheit, in Form autonomieförderlicher Budgets.

3. Pflegeenquôte NRW und die Annaberg/Unna-Studie

Der Landtag Nordrhein-Westfalen hat in der vergangenen Legislaturperiode eine Enquôte-Kommission Pflege eingerichtet, die in eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen mündete.³⁷ Zahlreiche der dort formulierten Empfehlungen werden durch diese Studie bestätigt. Dazu gehören sowohl die Erweiterung des Pflegebegriffes als auch die Flexibilisierung des Leistungsrechts. Die Bedeutung neuer Formen der Unterstützung der familiären Pflegebereitschaft wie auch der strukturellen Förderung bürgerschaftlichen Engagements scheint in einem wohlfahrtspluralistischen Pflegepolitikansatz als unabdingbar. Die Forderung nach einem integrierten Beratungs- und Case-Management werden durch die Ergebnisse der Annaberg/Unna-Studie ebenso bestätigt wie eine Flexibilisierung des Einsatzes von beruflichen Helfern in der ambulanten Pflege. Auch die wieder entdeckte Bedeutung kommunaler Aktivitäten zur Entwicklung einer angepassten Infrastruktur, der Förderung bürgerschaftlichen Engagements und einer kulturellen Weiterentwicklung der Präferenzen und Vorstellungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit wird insbesondere angesichts des dargestellten Mentalitätswandels in der Bevölkerung in seiner Bedeutung unterstrichen. Sowohl der Personal- bzw. Berufsgruppenmix in Pflege und Betreuung, der von der Enquôte-Kommission empfohlen wird, bestätigt sich in der Annaberg/Unna-Studie als auch der Pflegemix, der durch die Verantwortungsübernahme von Familienangehörigen und bürgerschaftlich Engagierten erfolgen kann. Darüber hinaus bietet die Annaberg/Unna-Studie Gelegenheit, die in den Handlungsempfehlungen der Enquôte-Kommission zum Pflegebudget formulierten Erwartungen zu überprüfen. So könnte die hier vorgelegte Studie die Diskussion um die Umsetzung der Handlungsempfehlung aus der Pflegeenquôte unterstützen, in ihrer Gewichtung beeinflussen und insgesamt die pflegepolitischen Initiativen auf Landesebene verstetigen helfen.

4. Neue Leistungsform Budget

Budgets erscheinen zum einen in hohem Maße kompatibel mit pflegekulturellen Orientierungen und Bewältigungsmustern: Ermöglichen sie doch ein Mehr an (Mit-) Gestaltung und Entscheidung, eine flexiblere Ausrichtung auf die arrangementbezogenen Hilfebedarfe aber auch Ressourcen und kulturellen Prägungen. Andererseits ist gerade Pflege eine mit hoher Komplexität bezeichnete Aufgabe, sowohl in der alltäglichen Bewältigung als auch in der Ausbalancierung unterschiedlicher Interessenslagen und Bedürfnisse. Tritt dann noch die Komplexität der rechtlichen Ausgestaltung der Leistungsbeschaffung hinzu, führt dies zu zusätzlichen Überforderungssituationen, wenn eine entlastende Infrastruktur fehlt. Insofern trifft zwar die

³⁷ Landtag Nordrhein-Westfalen: Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquôte-Kommission des Landtages Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: 2005

Flexibilisierung, die durch Budgets ermöglicht wird, die Bedarfs- und Bedürfnislagen sowie Mentalitäten von Pflegehaushalten, typischerweise allerdings nicht die Überforderung zur Selbstorganisation und rechtlichen Ausgestaltung.

Literatur

- Blinkert, B.: Zukunftsperspektiven der Sozialarbeit – Arbeit am Chaos? In: Bette, H.W. (Hg.): Ich bin gut – wenn Du mir nützt. Die Ökonomisierung zwischenmenschlicher Beziehungen. Freiburg: 1990
- Blinkert, B.; Klie, Th.: Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: 2004
- Blinkert, B.; Klie, Th.; Roloff J.: Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differenzierenden Arrangements und private Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Freiburg: 2001
- Blinkert, B.; Klie, Th.: Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 42 (2000)
- Blinkert, B.; Klie, Th.: Pflege im sozialen Wandel. Die Situation der Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: 1999
- Bourdieu, P.: Die feinen Unterschiede. Frankfurt: 1989
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. München: 2005
- Gross, P.: Die Multioptionsgesellschaft. Frankfurt: 1994
- Herkommer, S.: Die feinen und die krassen Unterschiede der kapitalistischen Klassengesellschaft. In: Klages, J.; Strutynski, P. (Hrsg.): Kapitalismus am Ende des 20. Jahrhunderts, S. 67-81. Hamburg: 1997
- Hils, A.: Die Kultur der Pflege. Auf der Suche nach einem Wort. Versuch einer Synthese. Diplomarbeit an der EFH Freiburg. Freiburg: 2006
- Klie, Th.: Entwicklungslinien- und Pflegewesen: Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive. Frankfurt: 2003
- Klie, Th.; Spermann, A. (Hrsg.): Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen. Hannover: 2004
- Kolberg, L.: The psychology of moral development. The nature and validity of moral stages. San Francisco: 1984
- Lind, G.: Wie misst man moralisches Urteil? In: Portele, G. (Hg.): Sozialisation und Moral. Neue Ansätze zur moralischen Entwicklung und Erziehung, S. 171-200. Weinheim: 1978

Popitz, H.: Autoritätsbedürfnisse. Der Wandel der sozialen Subjektivität. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie, Jg. 39 (1987), Nr. 3

Sennett, R.: Der flexible Mensch: Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: 1998

Vester, M.; Oertzen v., P.; Geiling, H. et al.: Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung. Köln: 1993

**Anhang: Fragebogen der persönlich-mündlichen Befragung
in Unna**

Einleitungstext: Guten Tag, mein Name ist ... Ich bin Mitarbeiter/Mitarbeiterin des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft. Wie Sie vielleicht durch die Medien bereits erfahren haben, führen wir hier eine Befragung durch. Sicher haben Sie auch die Benachrichtigung des Landratsamtes erhalten. Mit der Befragung wollen wir herausfinden, welche Vorstellungen es in der Bevölkerung über die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen gibt. Das Interview wird ungefähr 20 Minuten dauern. Die Auswertung ist streng vertraulich und niemand kann erfahren, welche Auskünfte Sie als Person gegeben haben. Ist es Ihnen recht, wenn wir jetzt mit dem Gespräch beginnen?

Darf ich Ihnen zunächst einige Fragen zu Ihrer Familie stellen?

- 1** War schon einmal eine Ihnen nahestehende Person für eine längere Zeit oder sogar dauerhaft pflegebedürftig, das heißt er oder sie:
- konnte den Haushalt nicht mehr führen
 - brauchte Hilfe bei der Körperpflege und beim Toilettengang
 - kam im Alltag ohne fremde Hilfe nicht zurecht?

0 nein, das gab es noch nie

Weiter mit Frage: 14

1 ja, das gab es

- 2** Wer war das? (*Keine Namen! Wenn Name genannt wird: nach (Verwandtschafts)-beziehung fragen!*)

- 3** Wurden Leistungen nach der Pflegeversicherung in Anspruch genommen?

0 nein

1 ja

7 weiß nicht

8 nicht zutreffend, da Pflegebedürftigkeit vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung bestand

- 4** Wissen Sie noch, wo die Pflege durchgeführt wurde? - Ich lese Ihnen jetzt einige Möglichkeiten vor. Es ist dabei durchaus möglich, dass *mehrere* dieser Möglichkeiten zutreffend sind.

0 zuhause in der Wohnung der pflegebedürftigen Person

0 zuhause in meiner bzw. unserer Wohnung

0 in einem Pflegeheim

0 woanders, nämlich: _____

7 weiß nicht

- 5** Waren Sie auch selbst mit der Versorgung dieser Person beschäftigt?

0 nein

Weiter mit 14

1 ja

- 6** Haben Sie die Pflege organisiert?

0 nein

1 ja

7 Haben Sie auch selbst gepflegt?

0 nein

Weiter mit 9

1 ja

8 Wer hat Ihnen dabei geholfen? (**Liste 1** vorlegen, Mehrfachnennungen möglich)

0 Niemand

0 Verwandte, die im selben Haus wohnen

0 Verwandte, die außerhalb des Hauses wohnen

0 berufliche Pflegekräfte und ambulante Dienste

0 Nachbarn und Freunde

0 Selbsthilfegruppe

0 Einrichtungen wie die Kurzzeitpflege oder die Tagespflege

9 Wie lange haben Sie sich um die Pflege dieser Person gekümmert? Können Sie mir das ungefähr sagen?
(Wenn mehrere Personen gepflegt wurden, nach längster Pflegeerfahrung fragen! Wenn Pflege noch andauert, fragen seit wann gepflegt wird!)

Ungefähr (seit) _____ Jahre(n) , _____ Monate (n)

10 War die Übernahme von Verpflichtungen zur Pflege für Sie belastend? Was trifft nach Ihrer persönlichen Einschätzung zu? (*Vorlesen*)

0 war überhaupt nicht belastend

Weiter mit 12

1 war etwas belastend

2 war sehr belastend

11 Was empfanden Sie in dieser Zeit als besonders belastend? (*Notieren*)

12 Mussten Sie während dieser Zeit auf berufliche oder private Vorhaben verzichten?

0 nein

Weiter mit 13a

1 ja

13 Auf was mussten Sie verzichten? Was fiel Ihnen besonders schwer? (*Notieren*)

13a Haben Sie sich in dieser Situation einmal zur Organisation der Pflege beraten lassen (z.B. zu Angeboten von professionellen Pflegediensten, weiteren Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, Leistungen der Pflegeversicherung etc.)?

0 nein

Weiter mit 14

1 ja

13b Bei welcher/n Organisation/en haben Sie sich beraten lassen? (*Notieren*)

Die nächsten Fragen wieder an ALLE stellen!

14 Ich schildere Ihnen jetzt einmal eine Situation und möchte dann einige Fragen dazu stellen:
 Eine ältere Dame wird in der nächsten Zeit aus dem Krankenhaus entlassen. Sie erlitt vor einigen Wochen einen Schlaganfall und ist seitdem dauerhaft pflegebedürftig. Sie kann auch nur wenige Stunden am Tag allein gelassen werden.
 Ihr Wunsch ist es, im Hause ihrer einzigen Tochter gepflegt zu werden. Ihre Tochter ist verheiratet, hat zwei Kinder, die zur Schule gehen und ist halbtags berufstätig. Für die Pflege der Mutter müsste sie ihre Berufstätigkeit aufgeben. Die Tochter entscheidet sich gegen den Wunsch der Mutter und bemüht sich um einen Platz in einem gut geführten Pflegeheim.

Halten Sie die Entscheidung der Tochter für eher falsch oder eher richtig? Wo würden Sie auf dieser Skala (**Liste 2 vorlegen**) Ihre Einschätzung machen?

Wenn Schwierigkeiten wegen fehlender Informationen/Gesichtspunkte:

Versuchen Sie das einmal nach Ihrer persönlichen Einschätzung zu beurteilen - ist die Entscheidung *eher* richtig oder *eher* falsch. Sie können mir dann gleich anschließend sagen, welche Gesichtspunkte für Sie wichtig waren.

0	EINSCHÄTZUNG IST TROTZ DER ERLÄUTERUNG NICHT MÖGLICH					Weiter mit	15
1	EINSCHÄTZUNG IST MÖGLICH:						
	Verhalten der Tochter ist eher falsch			Verhalten der Tochter ist eher richtig		Weiter mit	16
	-3	-2	-1	+1	+2	+3	

15 Welche Gesichtspunkte wären für Sie wichtig? Was müssten Sie noch wissen, damit Sie das Verhalten der Tochter beurteilen können?
(Stichworte notieren - später ausführliches Gedächtnisprotokoll im Anhang)

Weiter mit 17

16 Wie würden Sie Ihre Einschätzung begründen? Welche Gesichtspunkte waren dabei für Sie wichtig?
(Stichworte notieren - später ausführliches Gedächtnisprotokoll im Anhang)

17 Wie wäre das, wenn ein Ihnen nahestehender Angehöriger in eine solche Situation käme, - also pflegebedürftig würde? *(Bei Bedarf nochmals Definition von Pflegebedürftigkeit aus Frage 1 vorlesen)*
 Was würden Sie in einer solchen Situation tun? *(Stichworte notieren - später ausführliches Gedächtnisprotokoll im Anhang)*

18 Wenn ein naher Angehöriger von Ihnen pflegebedürftig wird: Würden Sie sich zutrauen, die Situation allein zu bewältigen - oder bräuchten Sie in jedem Fall Hilfe durch Beratung?

- 1 Ich würde mir zutrauen, die Situation allein zu bewältigen
- 2 Ich bräuchte in jedem Fall Hilfe durch Beratung
- 7 weiß nicht

19 Wüssten Sie, wer Sie hier beraten könnte?

- 0 Nein
- 1 Ja *(Nachfragen:)*
 An wen würden Sie sich wenden? _____

20 Ich habe hier verschiedene Möglichkeiten, wie sich eine solche Situation der Pflegebedürftigkeit bewältigen ließe. Welche dieser Möglichkeiten käme für Sie
 - auf jeden Fall in Frage
 - eventuell in Frage
 - auf keinen Fall in Frage **(Langsam vorlesen!)**

	auf jeden Fall	eventuell	auf keinen Fall
Den Verwandten alleine und ohne fremde Hilfe zuhause pflegen	2	1	0
Die Pflege zuhause übernehmen, aber Unterstützung durch einen Pflegedienst, z.B. eine Sozialstation suchen	2	1	0
Für den Verwandten einen Platz in einem gut geführten Pflegeheim in der Nachbarschaft suchen	2	1	0
Den Verwandten zuhause mit der Hilfe von Freunden und Bekannten pflegen.	2	1	0

20a Wenn Sie jetzt einmal annehmen, dass zwar kein naher Angehöriger von Ihnen pflegebedürftig wäre, dass es jedoch viele hilfsbedürftige ältere Menschen gibt, die Unterstützung über die Pflege hinaus benötigen (z.B. Begleitung beim Spazieren gehen, persönlicher Kontakt und Unterhaltung, Versorgung von Blumen und Haustieren etc.). Könnten Sie sich vorstellen, solche Aufgaben ehrenamtlich zu übernehmen?
(*Mehrfachnennungen möglich*)

- 0 Ja, solche Aufgaben würde ich gerne übernehmen
- 0 Ich könnte mir vorstellen, solche Aufgaben zu übernehmen, aber erst in einigen Jahren
- 0 Ich könnte mir vorstellen, solche Aufgaben zu übernehmen, aber nur, wenn ich z.B. Unterstützung und Erfahrungsaustausch in einer Gruppe erhalte
- 0 Ich kann mir ein solches ehrenamtliche Engagement nicht vorstellen
- 7 weiß nicht

21 Ist Ihnen bekannt, dass es in Deutschland eine Pflegeversicherung gibt?

- | | | | |
|---|------|-------------------|-----------|
| 0 | nein | Weiter mit | 24 |
| 1 | ja | | |

22 Bei der Pflegeversicherung kann man zwischen verschiedenen Leistungsarten wählen. Ist Ihnen das bekannt?

- | | | | |
|---|------|-------------------|-----------|
| 0 | nein | Weiter mit | 24 |
| 1 | ja | | |

23 Welche Leistungsarten kennen Sie? (*Notieren!*)

24 Wie wäre das, wenn *Sie selber* in eine Situation der Pflegebedürftigkeit geraten würden? Wenn Sie dauerhaft pflegebedürftig werden - wenn Sie Hilfe beim Essen und Trinken brauchen, sich nicht selber waschen können, wenn Sie Ihren Haushalt nicht mehr alleine führen können? Haben Sie sich über eine solche Situation schon einmal Gedanken gemacht?

- 0 nein
- 1 ja

25 Halten Sie es für eher unwahrscheinlich, dass Sie oder Ihr Partner einmal pflegebedürftig werden könnten oder ist das ein Risiko, mit dem man rechnen muss?

- 1 Halte das für eher unwahrscheinlich
- 2 mit diesem Risiko muss man rechnen
- 3 kann ich nicht einschätzen, weiß nicht

26 Halten Sie in einem solchen Fall die erforderliche Versorgung für gesichert?

- 0 nein
- 1 ja
- 7 weiß nicht

27 Haben Sie jemanden, der Sie im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit *pflegen* könnte?

0 nein, habe niemanden

Weiter mit **29**

1 ja

7 weiß nicht

28 An wen denken Sie dabei? (**Liste 3** vorlegen, *Mehrfachnennungen möglich*)

0 Partner / Ehegatte

0 andere Verwandte

0 Kinder / Schwiegerkinder

0 Freunde / Bekannte

0 sonstige, nämlich: _____

29 Haben Sie jemanden, der im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit die Pflege für Sie *organisieren* könnte?

0 nein, habe niemanden

Weiter mit **31**

1 ja

7 weiß nicht

30 An wen denken Sie dabei? (**Liste 3** vorlegen, *Mehrfachnennungen möglich*)

0 Partner / Ehegatte

0 andere Verwandte

0 Kinder / Schwiegerkinder

0 Freunde / Bekannte

0 sonstige, nämlich: _____

31 Wenn es darum geht, die Versorgung im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit sicher zu stellen, gibt es verschiedene Möglichkeiten.
 Die dazu erforderlichen Leistungen können von verschiedenen Personen oder Organisationen erbracht werden. Ich nenne Ihnen jetzt einige dieser Möglichkeiten. Sagen Sie mir dann bitte jedesmal, ob das für Sie
 - auf jeden Fall in Frage käme,
 - eventuell in Frage käme oder
 - überhaupt nicht in Frage käme. (*Langsam vorlesen!*)

	auf jeden Fall	eventuell	überhaupt nicht
Rundumversorgung durch ein gut geführtes Pflegeheim	2	1	0
Berufliche Pflegekräfte eines von der Pflegekasse anerkannten Pflegedienstes	2	1	0
Privatpersonen, die gegen ein Entgelt bestimmte Aufgaben übernehmen können - z.B. Einkaufen oder Putzen oder mit Ihnen spazieren gehen	2	1	0
Nachbarn oder Bekannte die gegen eine entsprechende Bezahlung für Sie tätig sind	2	1	0
Angehörige bzw. Verwandte, die ohne Bezahlung bestimmte Aufgaben der Pflege übernehmen	2	1	0
Firmen, die unterstützende Dienstleistungen anbieten	2	1	0
Angehörige bzw. Verwandte, die sich gegen ein entsprechendes Entgelt an der Pflege beteiligen	2	1	0

32 Wenn es darum geht, im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit die Pflege zu *organisieren*, können daran verschiedene Personen oder Organisationen beteiligt sein. Die Organisation umfasst u.a. die Vermittlung eines geeigneten Pflegedienstes oder von geeigneten Helfern, das Achten auf die Qualität der Versorgung, die Einschätzung des Umfang der benötigten Hilfe etc.
 Ich nenne Ihnen jetzt einige Personen und Organisationen. Sagen Sie mir dann bitte jedesmal, ob diese die Pflege
 - auf jeden Fall,
 - eventuell oder
 - auf keinen Fall
 organisieren sollten. (*Langsam vorlesen!*)

	auf jeden Fall	eventuell	auf keinen Fall
ich selbst	2	1	0
meine Angehörigen	2	1	0
unabhängige Berater	2	1	0
meine Pflegekasse	2	1	0
ein Pflegedienst	2	1	0
Beratungsstelle(n) der Stadt oder des Landkreises	2	1	0
mein Hausarzt	2	1	0
Beratungsstellen von Wohlfahrtsverbänden (z.B. Caritas, Diakonie, AWO, Volkssolidarität, Rotes Kreuz)	2	1	0
Pflegeberatungsstelle der Verbraucherzentrale	2	1	0

<p>33 Wenn es um die Bezahlung von Pflegeleistungen geht: Welcher Lösung würden Sie den Vorzug geben? Ich nenne Ihnen jetzt einige Möglichkeiten. Sagen Sie mir dann bitte jedesmal, ob diese Möglichkeit der finanziellen Regelung für Sie</p> <ul style="list-style-type: none"> - auf jeden Fall in Frage käme - eventuell in Frage käme - auf keinen Fall in Frage käme <i>(Langsam vorlesen!)</i> 	auf jeden Fall	eventuell	überhaupt nicht	
	Die Bezahlung erfolgt direkt über die Pflegekasse - ermöglicht dann aber auch nur Leistungen, die von der Pflegekasse mit den Pflegediensten festgelegt wurden.	2	1	0
	Ich erhalte Geld von der Pflegekasse, das ich oder meine Angehörigen nach eigenen Vorstellungen für Leistungen verwenden können - um die Vertragsabwicklung mit den Helfern würden wir uns <i>selber</i> kümmern.	2	1	0
	Ich erhalte Geld von der Pflegekasse, das ich oder meine Angehörigen nach eigenen Vorstellungen für Leistungen verwenden können - um die Vertragsabwicklung würde sich eine <i>unabhängige Beratungsstelle</i> kümmern.	2	1	0

<p>34 Ich habe jetzt einige Fragen zu Ihrem Familienstand und zu Ihrem Haushalt. Welchen Familienstand haben Sie? Sind Sie.... <i>(vorlesen!)</i></p>	Weiter mit 37
<p>1 verheiratet und leben mit Ihrem Ehepartner zusammen?</p> <p>2 verheiratet und leben getrennt</p> <p>3 verwitwet</p> <p>4 geschieden</p> <p>5 ledig</p>	

<p>35 Haben Sie einen festen Lebenspartner?</p>	Weiter mit 37
<p>0 Nein</p> <p>1 ja</p>	

<p>36 Führen Sie mit Ihrem Partner einen gemeinsamen Haushalt?</p>
<p>0 Nein</p> <p>1 Ja</p>

<p>37 Wie viele Personen leben insgesamt hier in Ihrem Haushalt, Kinder und Sie selbst eingeschlossen?</p>
<p>1 nur die befragte Person</p> <p>2 _____ Personen</p>

<p>38 Haben Sie Kinder?</p>
<p>0 Nein</p> <p>1 Ja: <i>Nachfragen:</i> Wie viele davon leben in Ihrem Haushalt? _____ Kinder</p>

39 Wie lange wohnen Sie schon hier? Wie viele Jahre?

_____ Jahre

40 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- | | | | |
|---|--------------|--------------------|----------------------------------|
| 1 | deutsch: | <i>Nachfragen:</i> | Sind Sie ausländischer Herkunft? |
| | | | 0 Nein |
| | | | 1 Ja: <i>Nachfragen:</i> |
| | | | Sind Sie Aussiedler? |
| | | | 0 Nein |
| | | | 1 Ja |
| 2 | nichtdeutsch | | |

41 Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an? (**Liste 4** vorlegen! Nur eine Nennung möglich!)

- 1 Der römisch-katholischen Kirche
- 2 Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen)
- 3 Einer evangelischen Freikirche
- 4 Einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft
- 5 Einer islamischen Religionsgemeinschaft
- 6 Einer anderen, nicht-christlichen Religionsgemeinschaft
- 7 Keiner Religionsgemeinschaft

42 Und wie oft gehen Sie im allgemeinen zur Kirche? (*Vorgaben bitte vorlesen!*)

- 1 Mehr als einmal in der Woche
- 2 Einmal in der Woche
- 3 Ein- bis dreimal im Monat
- 4 Mehrmals im Jahr
- 5 Seltener
- 6 Nie

43 Es gibt vielfältige Möglichkeiten, außerhalb von Beruf und Familie irgendwo mitzumachen, beispielsweise in einem Verein, einer Initiative, einem Projekt oder einer Selbsthilfegruppe. Ich habe hier diese Liste mit Bereichen, die dafür in Frage kommen. Bitte sagen Sie mir, ob Sie sich in einem oder mehreren dieser Bereiche aktiv beteiligen. (**Liste 5** vorlegen, *Mehrfachnennungen möglich*)

1 Sport und Bewegung	9 Politik und politische Interessenvertretung
2 Freizeit und Geselligkeit	10 Außerschulische Jugendarbeit oder Bildungsarbeit für Erwachsene
3 Kultur und Musik	11 Unfall- oder Rettungsdienst, freiwillige Feuerwehr
4 Schule oder Kindergarten	12 Gesundheitsbereich
5 Sozialer Bereich	13 Justiz/Kriminalitätsprobleme
6 Kirchlicher oder religiöser Bereich	14 Wirtschaftliche Selbsthilfe
7 Berufliche Interessenvertretung außerhalb des Betriebs	15 Sonstige bürgerschaftliche Aktivität am Wohnort
8 Umwelt und Naturschutz, Tierschutz	

44 Uns interessiert nun, ob Sie in den Bereichen, in denen Sie aktiv sind, auch ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben oder in Vereinen, Initiativen, Projekten oder Selbsthilfegruppen engagiert sind. Es geht uns um freiwillig übernommene Aufgaben und Arbeiten, die man unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung ausübt.

Sie sagten, Sie sind im Bereich XY aktiv. Haben Sie derzeit in diesem Bereich auch Aufgaben und Arbeiten übernommen, die Sie freiwillig oder ehrenamtlich ausüben?

(Für jeden Bereich, in dem Aufgaben und Arbeiten übernommen wurden, bitte die Nummer aus Frage 43 notieren!)

Bereich *(Zahl eintragen!)*

Aufgabe/Arbeit *(Mehrfachnennungen pro Bereich möglich)*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

45 Ich komme jetzt zu einem ganz anderen Thema.
Wir möchten unsere Ergebnisse gerne mit anderen Untersuchungen vergleichen. Deshalb habe ich jetzt noch ein paar Fragen, die sich ganz allgemein auf die Einschätzung der gesellschaftlichen Situation beziehen. Kommen wir zunächst zur Politik.

Ich lege Ihnen jetzt einige Ziele vor, die man in der Politik verfolgen kann.

(Liste 6 vorlegen! Keinen Rang doppelt vergeben!)

- | | | | |
|----|---|------|-------|
| A. | Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung | Rang | _____ |
| B. | Mehr Einfluss der Bürger auf die Entscheidungen der Regierung | Rang | _____ |
| C. | Kampf gegen steigende Preise | Rang | _____ |
| D. | Schutz des Rechtes auf freie Meinungsäußerung | Rang | _____ |

Wenn Sie zwischen diesen verschiedenen Zielen wählen müssten, welches Ziel erschiene Ihnen persönlich am wichtigsten und welches am unwichtigsten? *(Ränge 1 und 4 eintragen!)*

Welches der verbliebenen zwei Ziele *(diese zwei vorlesen!)* ist Ihnen wichtiger? *(Ränge 2 und 3 eintragen!)*

46 Ich komme nun zum Thema Familie und Kindererziehung.
 Über die Aufgaben der Frau in der Familie und bei der Kindererziehung gibt es verschiedene Meinungen.
 Bitte sagen Sie mir nun zu jeder Aussage die ich Ihnen vorlese, ob Sie ihr
 - völlig zustimmen,
 - eher zustimmen
 - eher ablehnen oder
 - völlig ablehnen *(Langsam vorlesen!)*

	völlig zu- stimmen	eher zu- stimmen	eher ab- lehnen	völlig ab- lehnen
Eine berufstätige Mutter kann ein genauso herzliches und vertrauensvolles Verhältnis zu ihren Kindern finden wie eine Mutter, die nicht berufstätig ist.	3	2	1	0
Für eine Frau ist es wichtiger, ihrem Mann bei seiner Karriere zu helfen, als selbst Karriere zu machen.	3	2	1	0
Ein Kleinkind wird sicherlich darunter leiden, wenn seine Mutter berufstätig ist.	3	2	1	0
Es ist für alle Beteiligten viel besser, wenn der Mann voll im Berufsleben steht und die Frau zu Hause bleibt und sich um den Haushalt und die Kinder kümmert.	3	2	1	0
Es ist für ein Kind sogar gut, wenn seine Mutter berufstätig ist und sich nicht nur auf den Haushalt konzentriert.	3	2	1	0
Eine verheiratete Frau sollte auf eine Berufstätigkeit verzichten, wenn es nur eine begrenzte Anzahl von Arbeitsplätzen gibt, und wenn ihr Mann in der Lage ist, für den Unterhalt der Familie zu sorgen.	3	2	1	0
In der Familie ist vor allem die Frau für die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen zuständig.	3	2	1	0

47 Als nächstes kommen jetzt Fragen zu Ihrer Ausbildung, Ihrem Beruf. Beginnen wir mit Ihrer Ausbildung:
 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

(Antwort mit folgender Liste vergleichen! Im Zweifel nachfragen! Nur eine Nennung möglich! Nur höchsten Schulabschluss angeben lassen!)

- 1 Schule beendet ohne Abschluss
- 2 Volks-/ Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse
- 3 Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse
- 4 Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)
- 5 Abitur bzw. Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)
- 6 Anderen Schulabschluss und zwar: _____

48 Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

(Antwort mit folgender Liste vergleichen! Im Zweifel nachfragen! Mehrfachnennungen möglich, außer wenn "0" genannt!)

- 1 Beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre
- 2 Teilfacharbeiterabschluss
- 3 Abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre
- 4 Abgeschlossene kaufmännische Lehre
- 5 Berufliches Praktikum, Volontariat
- 6 Fachschulabschluss
- 7 Berufsfachschulabschluss
- 8 Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- 9 Fachhochschulabschluss (auch Abschluss einer Ingenieurschule)
- 10 Hochschulabschluss
- 11 Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar: _____
- 0 Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss

49 Nun weiter mit der Erwerbstätigkeit und Ihrem Beruf. Sind Sie erwerbstätig?

- | | | | |
|---|------|-------------------|-----------|
| 0 | nein | Weiter mit | 51 |
| 1 | ja | | |

50 Was für einen Beruf haben Sie?

51 Bitte sagen Sie mir, was auf Sie zutrifft. *(Vorlesen! Nur eine Nennung möglich!)*

- 1 Ich bin Schüler / Student
- 2 Ich bin Rentner / Pensionär
- 3 Ich bin zur Zeit arbeitslos *(Nachfragen:)* Wie lange sind Sie schon arbeitslos? _____ Monate
- 4 Ich bin Hausfrau / Hausmann
- 5 Ich bin aus anderen Gründen nicht (hauptberuflich) erwerbstätig

52 Die nächste Frage bezieht sich auf die Wohnung, in der Sie wohnen. Sagen Sie mir bitte, was auf Sie zutrifft.

(Vorlesen. Nur eine Nennung möglich!)

- 1 Zur Untermiete
- 2 In einer Dienst-/ Werkswohnung
- 3 In einer Mietwohnung des sozialen Wohnungsbaus
- 4 In einer Mietwohnung (nicht sozialer Wohnungsbau) / in gemieteter Eigentumswohnung
- 5 In einem gemieteten Haus
- 6 In einer Eigentumswohnung (Eigen- oder Familienbesitz)
- 7 Im eigenen Haus (oder dem Haus der Familie)
- 8 Andere Wohnform: _____

53 Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Ich meine dabei die Summe, die nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge übrig bleibt. Ich habe hier eine Liste (**Liste 7 vorlegen**), nennen Sie mir bitte einfach den für Sie zutreffenden Buchstaben.

(Interviewer: Bei Selbstständigen nach dem durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommen, abzüglich der Betriebsausgaben fragen)

Listen-Buchstabe oder Betrag in Euro eintragen: _____

54 Darf ich noch fragen, wie alt Sie sind?

_____ Jahre

55 *(Nicht fragen, nur eintragen!)* Geschlecht des/der Befragten?

- 1 männlich
- 2 weiblich

Bitte die folgenden Fragen nicht vorlesen, sondern nur ausfüllen!

56 Interview wurde um _____ Uhr begonnen.

Dauer des Interviews: _____ Minuten

57 Allgemeine Anmerkungen zum Interview (z.B. Verständnisprobleme, besondere Vorkommnisse):

Fallnummer:

--	--	--	--	--	--

**Interviewer-
nummer:**

--	--	--

Ich versichere, das Interview entsprechend allen Anweisungen korrekt durchgeführt zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der Interviewerin/des Interviewers

Gedächtnisprotokolle zu den offenen Fragen: *(bitte Fragenummer dazu schreiben!)*