

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märten**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für biopsychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung **Ausgabe 07/2015**

**Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung
für hochaltrige Familienangehörige.
Eine biografische Entwicklungsaufgabe**

*Adelheit von Spee, Bonn*¹

¹ Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Salutogenese-Modell	3
3. Situationsbeschreibung : Pflegeverantwortung bei Partnerpflege von Hochaltrigen	4
4. Kritische Lebensereignisse und biografische Entwicklungsaufgaben	7
4.1 Kennzeichen von kritischen Lebensereignissen	7
4.2 Biografische Entwicklungsaufgaben	8
4.3 Übernahme von Pflegeverantwortung als kritisches Lebensereignis	8
5. Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung.....	10
5.1 Zahlen, Daten Fakten zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung.	10
5.2 Pflegeverantwortung	11
6. Die Pflegende Familie.....	12
6.1 Sicht der pflegenden Angehörigen auf ihre Vereinbarkeit von Beruf und Pflege	14
6.2 Pflegende Angehörige im Unternehmen	16
7. „Man schafft mehr als man denkt“	17
7.1 Ressourcen und Potentiale.....	17
7.2 Möglichkeiten und Grenzen der „Resilienz der Zeit“	17
8. Fazit.....	19
9. Zusammenfassung.....	21
10. Literaturverzeichnis	22

1. Einleitung

In einer Gesellschaft der Langlebigkeit und durch sich verändernden Familienstrukturen wächst die individuelle Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens Pflegeverantwortung zu übernehmen. Derzeit hat hier zu Lande jeder Mensch im Laufe seines Lebens eine Wahrscheinlichkeit von über 60 % Pflegender Angehöriger

zu werden. (Vgl. Kuhlmeier 2013) Folglich ist die Rollenerweiterung zur „Pflegerin“ keine biografische Ausnahme, sondern erwartbare Lebenswirklichkeit. Die Herausforderung dieser zusätzlichen Lebensaufgabe liegt in der Nicht-Planbarkeit. Sie kommt oft plötzlich und unvorbereitet. Überrascht müssen unter Zeitdruck Entscheidungen für andere und sich selbst getroffen werden, deren Tragweite nicht absehbar ist. Das Thema „Pflegebedürftigkeit“ ist in der Arbeitswelt noch sehr tabuisiert. Es wird wenig darüber gesprochen, da es die Themen Endlichkeit, Sterben und Tod berührt. Oft werden rasch Ratschläge zum „wegorganisieren“ der Situation gegeben und seltener Angebote zum Hineinwachsen in die neue Aufgabe gemacht. Üblicherweise ist nicht die tatsächliche organisatorische Bewältigung der Kraftakt, sondern die Auseinandersetzung mit den neuen Rollen und die Integration der veränderten Lebenssituation in den eigenen Lebensentwurf. Es geht darum, eine bewusste Entscheidung für oder gegen die Übernahme der Pflegeverantwortung zu treffen und festzulegen, wie und in welcher Dosierung konkret Unterstützung geleistet werden kann. Das von der Pflegeübernahme ausgehende gesundheitliche Risiko, wird laut Dräger vielfach erst im späteren Verlauf der Pflege wahrgenommen. Sie ermittelt, dass bei Pflegeübernahme noch 76 % der Angehörigen ihren Gesundheitszustand als subjektiv sehr gut oder gut einschätzen. (Dräger 2015, S. 129) Diese pathogenetische Sicht auf die Gruppe der pflegenden Angehörigen lässt wenig Raum für die Perspektive des persönlichen Wachstums an dieser Aufgabe. In dieser Arbeit wird der Fokus auf die Berufstätigen mit Pflegeverantwortung für hochaltrige Familienangehörige gesetzt, da diese Situation zusätzlich Aspekte der Generationendynamik und der Generationengerechtigkeit berührt. (vgl. Bauer 2008) Gröning und Kunstmann betonten in ihrer intensiven Auseinandersetzung mit den Aufgaben der späten Familie, dass die familiäre Altenfürsorge nicht automatisch ein „familiales Solidaritätsprojekt“ sei, sondern häufiger ein familiendynamischer Prozess der Polarisierung, der Isolation und Alleinverantwortlichkeit, des Anerkennungsdefizites, der Sprachlosigkeit und Konflikthaftigkeit. (Gröning/Kunstmann 2008, S. 124) Gleichzeitig geht es in dieser Konstellation stets auch darum, den eigenen Prozess der Veränderung im Familienleben ohne Eltern- oder Großeltern zu gestalten. In diesen sehr anspruchsvollen Lebensphasen wirken familiendynamisch ungeklärte Konflikte und verursachen möglicherweise zusätzliche Belastungsfelder. Es kumulieren verschiedene kritische Lebensereignisse

miteinander. Mit salutogenetischem Blick wird in dieser Arbeit ausgehend von den kritischen Lebensereignissen die Vereinbarkeitherausforderung von Beruf und Pflegeverantwortung und ihre Belastungsmomente und Wachstumschancen beleuchtet. Es werden mögliche Strategien genannt, um die Entwicklungschancen zu nutzen und der Chronifizierung der emotionalen Erschöpfungszustände entgegenzuwirken.

2. Salutogenese-Modell

Der Medizinsoziologe Antonovsky (1923-1994) entwickelte sein Salutogenese-Modell in den 70er Jahren. Das Salutogenese-Modell nimmt an, dass Gesundheit und Krankheit keine Gegensätze sind, sondern Pole eines Kontinuums. Krankheit und Gesundheit sind stets gleichzeitig gegenwärtig, sie sind Dauerzustände des menschlichen Lebens, welche vom Grundprinzip der Heterostase dynamisch bewegt werden. Anders als das pathogenetische Grundprinzip der Homoöstase, welches vom Gleichgewicht der Körperfunktionen beim Gesunden ausgeht, postuliert die Heterostase Ungleichgewicht im Sinne eines *sowohl als auch* von Gesundheit und Krankheit im menschlichen Dasein. In diesem Sinne strebt das System des menschlichen Organismus nicht nach Ordnung und Gleichgewicht, sondern reguliert sich durch labile, aktive und dynamische Geschehen, bedingt durch die Kraft der Entropie, im Ungleichgewicht. Die zeitliche Dimension des Lebenskontinuums erstreckt sich in der Salutogenese vom Moment der Zeugung bis zum Tod. Durch Einbeziehung der Endlichkeit als festen Bestandteil des Lebens ermöglicht das Salutogenese-Modell aus dem kraftraubenden Kämpfen um Lebenserhaltung um jeden Preis auszusteigen und auch den Tod als Teil des Lebens zu betrachten. Sterben und Tod sind nicht mehr Versagen und Niederlage, wie viele Kampf- und Kriegsmetaphern in der Medizin und Gesellschaft andeuten, sondern Lebensbestandteile.

Antonovskys Gesundheits-Krankheitskontinuum, innerhalb dessen das Grundprinzip des Strebens nach Ungleichgewicht steuert, hat sowohl die Krankheit als auch die Gesundheit im Fokus und beschäftigt sich mit der Integration und Bewältigung des Ungleichgewichts und nicht mit deren Elimination, um Gleichgewicht zu erhalten. Antonovsky geht davon aus, dass Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz seien, ebenso wie der Tod. (Antonovsky, 1993, S. 6) Der Salutogenese geht es um die Bewältigungskompetenzen mit dem

dynamischen Ungleichgewicht von Gesundheit und Krankheit innerhalb des Kontinuums, ohne jedoch die Therapie von Krankheiten und die Förderung von Gesundheit auszuschließen.

Im Zentrum des Salutogenese-Modells steht das Kohärenzgefühl (sense of coherence) SOC, welches aus den drei Komponenten „Verstehbarkeit“ (comprehensibility), „Handhabbarkeit“ (manageability) und „Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit“ (meaningfulness) besteht. Das Gefühl der Verstehbarkeit lässt das Leben als überschaubar erscheinen. Ereignisse, Reize oder Entwicklungen werden als strukturiert, kontrollierbar und vorhersehbar erlebt. Das Gefühl der Handhabbarkeit resultiert aus dem optimistischen Vertrauen darauf, dass das eigene Leben aus eigener Kraft oder unterstützt von Anderen bewältigt werden kann. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit zeugt von der Überzeugung, dass das Leben sinnvoll ist und es sich lohnt, den Herausforderungen zu stellen. Es befähigt dazu im eigenen Leben Sinn zu entdecken, zu stiften und zu empfangen. Generalisierte Widerstandsressourcen sind in jeder Situation wirksame Widerstandsfähigkeiten einer Person, um individuelle sowie sozio-kulturelle Spannungen zu erleichtern oder zu bewältigen. Die "generalisierten Widerstandsressourcen" beinhalten "individuelle, kulturelle und soziale Fähigkeiten und Möglichkeiten, Probleme zu lösen und Schwierigkeiten zu meistern" (Bengel et. al. 2002, 144). Sie schaffen laut Antonovsky ein starkes Kohärenzgefühl, welches entscheidend für die Fähigkeit einer Person ist, gut mit Anspannung umzugehen. (Antonovsky, 1997, S. 45) Nach Lorenz können die generalisierten Widerstandsressourcen auch als Widerstandskräfte verstanden werden, die dem Menschen dazu verhelfen, die Spannungen, die sich aus den Problemen ergeben, zu bewältigen, ohne von vornherein in Stressbelastung zu geraten (Lorenz, 2005, S. 35).

3. Situationsbeschreibung : Pflegeverantwortung bei Partnerpflege von Hochaltrigen

Pflegeverantwortung betrifft das Aufgabenfeld der beauftragten Angehörigen, die beratend und in Absprache steuernd die Lebenssituation des hochaltrigen Paares begleitet. Hier fallen zahlreiche administrative Aufgaben an, als auch zahlreiche

psychosoziale Gespräche. Das Thema der Lebensbilanzen ist sehr präsent. Als Angehöriger mit Pflegeverantwortung kann es nötig werden die Veränderungen in der Paarbeziehung zu moderieren, die durch die Versorgungs- bzw. Pflegesituation in Schieflage gekommen ist. Es gilt die Rollen zu klären und Rollenkonflikte zu erhellen. Durch die Übernahme der Pflegeverantwortung und der dadurch initiierten intersubjektiven Prozesse erweitert sich das eigene Rollenspektrum. Man setzt sich der Familiendynamik aus. Angestrebte Lebensformen „wir machen das alles alleine“, lohnt es kritisch zu hinterfragen und dosiert zu konfrontieren. Kleinschrittig gilt es notwendige Veränderungen anzubahnen und zu begleiten. In diesem Prozess lohnt es Ablehnungen als ein „Noch nicht“ mit zu kalkulieren und zu begleiten. Durch die Formulierung „Noch-nicht“ kann Bedenkzeit gewonnen werden. Das Thema „Autonomieverlust“ ist ein ständiger Begleiter. Denn jedes Hilfeangebot impliziert, die Annahme etwas nicht mehr so gut zu können. Bei der Pflegeverantwortung für hochaltrige Menschen in der Partnerpflege stehen stets beide Partner, der Pflegebedürftige und die hochaltrige Pflegeperson im Zentrum. Beide haben eine abnehmende Reservekapazität. Jede Veränderung kann zur totalen Dekompensation führen. Oft handelt es sich zunehmend um fragile Situationen, die es sehr achtsam und respektvoll zu stabilisieren gilt. Der Zusammenbruch und die dann notwendigen Maßnahmen können vorausgedacht werden, ohne voreilig zu handeln. Um nicht plötzlich von der Dekompensation überrollt zu werden, ist es hilfreich weitere Personen des Vertrauens als tragende Pfeiler einzubeziehen. Definieren Sie gemeinsam konkrete Aufgaben, die der allgemeinen Entlastung dienen. Beispielsweise können dies regelmäßige Telefonkontakte oder Besuche sein. Jeder übernimmt so viel er kann und möchte. Das Spannungsfeld Sicherheit und Autonomie sind auf die jeweilige Lebenswelt abzugleichen. Handelt es sich um Menschen mit einem hohen Autonomiebedürfnis, dann dominiert nicht die Sicherheit, sondern ein größeres Lebensrisiko ist tragbar. Ein höheres Sicherheitsbedürfnis geht mit einer geringeren Autonomie einher. Hier bedarf es intensiver klärender Gespräche und Reflexion des eigenen Bedürfnisses nach Sicherheit und Autonomie. Den passenden Zeitpunkt herauszufinden, wann Interventionen notwendig sind, um den totalen Zusammenbruch zu verhindern ist sehr anspruchsvoll. Hier sollte man mit Gegenwind rechnen und sich im Vorfeld gute entkräftende Argumente bereitlegen. Grundsätzlich benötigt die Person mit Pflegeverantwortung immer die Zustimmung aller unmittelbar Beteiligten. Um diese Zustimmung zu erhalten, lohnt es frühzeitig

verschiedene Betreuungsformen anzusprechen, so dass sie grundsätzlich bereits einmal durchdacht worden sind. Der Zeitpunkt für Veränderungen ist da, wenn stets geäußert wird, so geht es nicht weiter. Oder die Betreuungssituation ist nicht mehr sicher gestellt. Im günstigsten Fall wird dies von allen Betroffenen gleichzeitig erkannt, so dass die Veränderung als echte Alternative wahrgenommen werden kann. Die Person mit Pflegeverantwortung benötigt innere Stärke und Widerstandskraft. Entscheidungen für andere zu treffen ist sehr anspruchsvoll. Sie bedürfen intensiver Reflexion und sind oft von Selbstzweifeln begleitet. Die Tragfähigkeit der Entscheidungen wachsen, wenn ein Netzwerk von Unterstützern gebildet ist. Hier lohnt es die Energie in das Unterstützernetzwerk zu investieren, anstatt sich an den Skeptikern oder Bewahrern abzuarbeiten. Beide voneinander zu unterscheiden, ist eine eigene Lernaufgabe. Oft finden sich die Unterstützer dort, wo man sie nicht erwartet. In dem Moment, wo man stellvertretend Verantwortung übernimmt, wird man zur Projektionsfläche zahlreicher Angriffe. In dieser Situation kann man es nicht allen Personen Recht machen. Auch dient es teilweise dem Gelingen der neugeschaffenen Gesamtsituation, wenn man den zugeschobenen „Schwarzen Peter“ annimmt. Um dies zu können, ist es hilfreich, ein verstehendes soziales Umfeld zu haben. Insgesamt handelt es sich um einen Ausnahmezustand, der bewusst Selbstpflege fordert. Jede Veränderung wirkt sich auch auf die Paarbeziehung aus. Als Kind des Paares werden Rollen eingenommen, die neu sind wie z.B. Beziehungsberater, Übersetzer, Schlichter oder Mediator. Usw. Die Person mit Pflegeverantwortung tut gut daran, auf Allparteilichkeit zu achten. Favorisiert sie eine Seite der Partner, kann sie ihre Aufgabe nicht erfüllen. Schuldzuweisungen sind kontraproduktiv. Ungeschicktes Verhalten im Miteinander kann Indiz für Belastungssituationen sein oder auch für ungeklärte Beziehungs- oder Lebenskrisen/Konflikte stehen. Die Hochaltrigkeit für sich genommen ist eine Entwicklungsaufgabe für die Betroffenen. Hierzu ist Begleitung notwendig und ggf. Moderation des Paardialoges. Als Person mit Pflegeverantwortung benötigt man ein „breites Kreuz“. Gleichzeitig bietet die Aufgabe die Chance auch eigene Lebensfragen zu klären und persönliches Wachstum zu fördern. Die eigene Identität wird neu gewichtet und das Rollenspektrum erweitert. Priorisierungen verändern sich, man kommt in Bewegung und darf sich ein Stückweit neu kennen lernen. Kleist greift dieses Phänomen in seiner Novelle „Die Marquise von O.“ auf, indem er seine Protagonistin mit den Worten beschreibt: „Durch diese schöne Anstrengung mit sich

selbst bekannt gemacht, hob sie sich plötzlich, wie an ihrer eigenen Hand, aus der ganzen Tiefe, in welche das Schicksal sie herabgestützt hatte, empor.“ (Kleist (1984), S. 29).

4. Kritische Lebensereignisse und biografische Entwicklungsaufgaben

Unser Leben verläuft nicht primär in gradlinigen ggf. vorgezeichneten Bahnen, sondern oft auf verschlungenen Wegen mit Unwägbarkeiten. Diese Unwägbarkeiten stehen für die Kritischen Lebensereignisse, die uns Straucheln lassen und massiv irritieren. Unsere Ziele, Pläne und Werte kommen ins Schwanken. Wir kämpfen um unsere Balance. (vgl. Filipp, Aymanns (2009) S. 13).

4.1 Kennzeichen von kritischen Lebensereignissen

Kritische Lebensereignisse gehen mit dem Gefühl des totalen Kontrollverlustes und der Ohnmacht einher. Petzold beschreibt prekäre Lebenslagen als zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als *‘bedrängend’* erleben und als *‘katastrophal’* bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung *‘protektiver Faktoren’* gekommen ist. (Petzold 2000h).
Zahlreiche individuelle Entgrenzungen sind notwendig, um dieser Ausnahmesituation standhalten zu können. Sehr ermutigend postuliert Petzold in seinem Kriseninterventionsseminar in Belgrad, dass wir als Menschen über das notwendige Rüstzeug verfügen, um über uns hinaus zu wachsen, solange es eine zeitliche Begrenzung der Höchstbelastung gibt. Er schreibt:

„Der Mensch ist von seiner evolutionsbiologischen Entwicklung her dafür ausgerüstet und ausgestattet, Höchstbelastungen zu erbringen und auszuhalten, mit Überforderungen fertig zu werden, Traumata zu verarbeiten – sein höchst funktionales Stressverhalten, seine optimal ausgelegte Stressbiologie und seine lebenssichernde Traumaphysiologie läßt dieses Überlebenspotential erkennen. Natürlich kann er an diesen Belastungen auch scheitern und zu Schaden kommen. Deshalb muss alles daran gesetzt werden, dass es nicht zu Dauerbelastungen bzw. -überlastungen durch serielle Traumatisierungen und prolongierte Krisenprozesse kommen.

H. G. Petzold Kriseninterventionsseminar in Belgrad in: (Josic, S., Petzold, H.G.1995)

Filipp und Aymanns stellen den stresstheoretischen Ansatz dem entwicklungspsychologischen Ansatz der Betrachtung von kritischen Lebensereignissen gegenüber. Aus stresstheoretischer Perspektive werden kritische Lebensereignisse laut den Autoren, primär als Bedrohung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit der Betroffenen gesehen. Entwicklungspsychologisch lassen sich kritische Lebensereignisse wie die Autoren ausführen: „als besondere Zäsuren im Lebenslauf und als Varianten der Lebenserfahrung betrachten, die sich in einer Reihe von Merkmalen von „normalen“ Wendepunkten resp. Transitionen im Lebenslauf unterscheiden.“ (vgl. Filipp, Aymanns (2009) S. 23) Aus Sicht der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, resümieren Filipp und Aymanns, „Kritische Lebensereignisse dienen zum Ersten als Mittel der Beschreibung von Entwicklungs- und Lebensverläufen. (...) Zum Zweiten stellen kritische Lebensereignisse Markierungspunkte in der *subjektiven Rekonstruktion des eigenen Lebens* da. (...) Zum Dritten lässt sich das Konzept der (kritischen) Lebensereignisse als *explikatives Konzept* verwenden.“ (ebd. S. 28f). Diese Betrachtungsweise lenkt die Aufmerksamkeit auf die Beschreibung und Erläuterung des Veränderungsprozesses und dessen Gestaltung. Innerhalb dieser Arbeit verwende ich die Begrifflichkeit der kritischen Lebensereignisse mit entwicklungspsychologischer Deutung, da diese Sichtweise das Fenster für individuelles Wachstum öffnet.

4.2 Biografische Entwicklungsaufgaben

Die Deutung von kritischen Lebensereignissen als biografische Entwicklungsaufgaben mobilisiert Selbstwirksamkeitspotentiale und zeugt von einem unterstützenden Kohärenzgefühl. In dieser Haltung richtet sich der Blick auf die notwendigen Lernprozesse und das innere Wachstum. Laut Brandstädter & Greve generieren Entwicklungsaufgaben Ziele, an denen Individuen ihr Handeln ausrichten, weshalb sie für die Selbstregulation und Gestaltung der eigenen Entwicklung so grundlegend sind. (zitiert nach Filipp, Aymanns (2009) S. 32).

4.3 Übernahme von Pflegeverantwortung als kritisches Lebensereignis

Die Übernahme von Pflegeverantwortung für einen hochaltrigen Familienangehörigen ist grundsätzlich erwartbar, aber nicht planbar. Es ist bekannt, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit steigt.

Bei 70 Jahren liegt sie noch bei 5 % und bei 90 plus bei 64 %. Diese Zahl zeigt deutlich, dass alt nicht gleichbedeutend mit pflegebedürftig ist, sondern dass mehr als ein Drittel der Menschen über neunzig Jahren noch ein Leben ohne gravierenden Hilfebedarf führen.



https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/ Grafik/PflegequoteAltersgruppen.png?_blob=poster abgerufen am 11.08.2015)

Die Situation der Übernahme von Pflegeverantwortung trifft zumeist auf ein bereits gut ausgefülltes Leben mit Berufstätigkeit und Familienarbeit. In dem Moment, wo das oft bereits fragile Lebenssystem bei den hochaltrigen Angehörigen bricht, müssen in einer hohen emotionalen Beteiligung sehr schnell Entscheidungen getroffen werden in Bereichen, wo man sich sehr unsicher ist. Selbst für Menschen, die beruflich mit der Thematik sehr vertraut sind, können durch ihre emotionale Beteiligungen als Betroffene nicht vollständig auf dieses Wissen zurückgreifen. In dieser Situation sind sie Tochter oder Sohn und nicht Profi. Hier liegt es in der Natur der Situation, dass es zu Überforderungen kommt. Laut Petzold tritt Überforderung auf, wenn Belastungssituationen und externale Ansprüche keine stützende Umwelt, zureichende äußeren und inneren Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden« (Petzold 1968a, 42). Besonders die Reichweite und die Geschwindigkeit, in der die Entscheidungen zu treffen sind, oft ohne eine genaue Verlaufsprognose, überfordert. Durch den

Prozess zunehmender Ökonomisierung des Gesundheitssystems wird zusätzlich ein massiver Druck auf die Familien ausgeübt, schnell zu entscheiden. In dieser anspruchsvollen Situation ist es unterstützend sich nicht von Dominanzgesten der Profis blenden zu lassen, sondern nachhaltig die eigenen Anliegen zu formulieren und durch Verhandlung umzusetzen.

5. Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung

Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist sowohl für Unternehmen, als auch für die Mitarbeitenden eine große Herausforderung. Pflege- und Sorgearbeit ist zunehmend keine Privatsache mehr. Im Zeitalter niedriger Arbeitslosenzahlen und wachsendem Fachkräftemangel ist es ein unternehmerischer Vorteil betriebliche Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege im Kontext eines familienfreundlichen Unternehmens vorzuhalten. Hierbei geht es nicht primär um eine wertschätzende, humane Unternehmenskultur, sondern um eine Eindämmung von Folgekosten bei fehlenden Vereinbarungskonzepten. Hier sind besonders die Kosten durch Fehlzeiten zu nennen.

5.1 Zahlen, Daten Fakten zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung

Die Anzahl der Personen, die von der Vereinbarkeitsthematik betroffen sind, wird sehr unterschiedlich beziffert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die Gruppe sehr heterogen ist.

- Anteil Erwerbstätiger mit Pflegeverpflichtungen an allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmerin: 6% - 48% (Villosio et al., 2008; Mooney & Statham, 2002)
 - Anteil Pflegenden im erwerbsfähigen Alter, die erwerbstätig sind: 30 - 80% (Czekanowski, 2008; Döhner et al., 2008)
- In Deutschland: 40% der Pflegenden (im Alter von 15 bis 64 Jahren) sind erwerbstätig
- Vollzeit: 19%
 - Teilzeit (weniger als 30 Std.): 15%
 - Teilzeit (weniger als 15 Std.) : 6%
- (Schneekloth & Wahl, 2005)

Vgl. „Carers@Work“ Projekt Angehörige zwischen Beruf und Pflege

Verschiedene Autoren und Forscherteams haben laut des „Carers@Work“ Projekt als typische Merkmale von Pflegenden Erwerbstätigen folgende Attribute herausgestellt:

– weiblich	(Campell & Martin-Matthews, 2000; Pandolfi, 2008)
– verheiratet	(Atienza & Stephens, 2000; Schneider et al., 2006)
– zwischen 40 bis 55 Jahre alt	(Scharlach, Gustavson & Dal Santo, 2007; Bernhard & Phillips, 2007)
– mehrheitlich Vollzeit erwerbstätig	(Schneekloth, 2005; Keck & Saraceno, 2008)
beruflich höher qualifiziert	(Stephens et al., 2001; Masuy, 2009)

Der Anteil der Männer in der Gruppe der pflegenden Angehörige liegt mit steigender Tendenz aktuell bei über 30 %. Diese Zahl bezieht sich auf die ganze Gruppe der pflegenden Angehörigen und nicht primär auf die berufstätigen Pflegenden Angehörigen. Die ZQP-Unternehmensbefragung 2012 und 2011 hat gezeigt, dass 67 % der Unternehmen in Deutschland noch keine Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ergriffen haben. Weiter ist dort zu lesen, dass Unternehmen, die solche Maßnahmen umsetzen oder planen, vor allem auf flexible Arbeitszeitgestaltung, unbezahlte Freistellung und individuelle Absprachen bauen. (ZQP-Vereinbarkeit von Beruf und Pflege 2013, S. 9). Gesetze wie das Pflegezeitgesetz findet kaum Anwendung, da es zu weit von der Lebenswelt der pflegenden Angehörigen entfernt ist.

5.2 Pflegeverantwortung

Nach einem langen Leben in Unabhängigkeit und Selbstständigkeit benötigen ältere Familienangehörige plötzlich Unterstützung, Begleitung oder auch Pflege. Lebenskonzepte und gewohnte Rollen verändern sich gewaltig. Der Unterstützungsbedürftige ist mit eigenen Defiziten oder Handicaps konfrontiert und die Unterstützenden mit der Aufgabe neue Verantwortung zu übernehmen. Es geht darum, das rechte Maß zu finden, um nicht zu viel und doch ausreichend zu handeln. Der Anspruch „alles richtig machen zu wollen“ setzt enorm unter Druck. Er verunsichert zu einem Zeitpunkt, wo es hilfreich wäre, sicher zu sein.

6. Die Pflegende Familie

Unter Familie wird hier stets das Verstanden, was die einzelnen Mitglieder selbst als Familie verstehen. Es geht nicht um einen biologischen Familienbegriff, sondern um die familiäre Wahlverwandtschaft. Wir können sowohl von der anwesenden als auch der abwesenden Familie sprechen. Beide haben eine hohe Wirksamkeit auf die Sorgearbeit. Analog zum Gleichnis des Verlorenen Sohnes aus dem Neuen Testament schildern die pflegenden Angehörigen, die Vorort sind, dass seitens der Hilfebedürftigen Personen, die weit entfernt lebenden Familienmitglieder weit mehr Aufmerksamkeit und Wertschätzung erhalten, als die, die die ganze Sorgearbeit Vorort übernehmen. Dies wird als sehr belastend und unfair erlebt. Es kommt zu Schieflagen der Situationseinschätzung und voreilige Entscheidungen sind von den vorortlebenden auszubaden. Innerhalb der Beratung lohnt es sehr durch Perspektivwechsel Verständnis für beide Lebenswelten zu entwickeln und zu einen konstruktiven Polylog zu motivieren. Gerade bei Geschwisterkonstellationen brechen in dieser sehr belasteten Situation alte unverarbeitete Geschwisterkonflikte hervor. Diese zeigen sich in Vorwürfen als Ausdruck althergebrachter unbearbeiteter Kränkungen. Hier liegt auch die Chance sich jetzt diese anzuschauen und zu entkräften. Ob es ein Vor- oder Nachteil ist bei der Elternsorge viele oder keine Geschwister zu haben, hängt sehr stark von der gesamten Familiendynamik ab.

Eine mögliche Beschreibung der Mitglieder der pflegenden Familie lässt sich über ihre jeweiligen Interaktionen mit ihrem pflegebedürftigen Zugehörigen vornehmen.



Eigene Darstellung

Die Gruppe der pflegenden Angehörigen, aus der eine pflegende Familie besteht, ist sehr heterogen und wird in der Literatur wenig differenziert. Analog zu Augustinus Antwort in seinen 11. Bekenntnissen auf die Frage „Was ist Zeit?“, „Grundsätzlich haben wir eine Vorstellung von Zeit, aber wenn wir direkt gefragt werden, können wir nicht sagen was Zeit ist.“, ist die Frage „Wer ist pflegender Angehörige?“ auch nicht gleich zu beantworten. Die Gruppe der pflegenden Angehörigen wird vielerorts quantifiziert, ohne einheitliche Definition. Die einzig verbindliche Definition ist der Pflegeversicherung zu entnehmen, die festlegt, wer eine Pflegeperson ist. Das SGB XI § 19 definiert „Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen.“ Folglich werden oft nur die pflegenden Angehörigen entsprechend dem SGB XI gezählt und damit werden die pflegenden Angehörigen, die nicht die direkte Pflegetätigkeit übernehmen, aber die Steuerung und Pflegeverantwortung unzureichend berücksichtigt. Der Personenkreis selbst, so hat das Eurofamcare-Forschungsprojekt herausgearbeitet, identifiziert sich auch nicht als pflegende Angehörige. (Vgl. Meyer 2006). Daher suchen sie auch keine niedrigschwelligen Angebote wie Beratung und Pflegetrainings auf. Bereits seit 2005 gibt es für die hausärztliche Versorgung die (DEGAM-Leitlinie Nr. 6) zu pflegenden Angehörigen. Auch hier wird die Zielgruppe nicht konkret beschrieben. Folglich haben wir bei der Gruppe der pflegenden Angehörigen die Herausforderung sich mit einer Gruppe zu beschäftigen, die sich selbst nicht identifiziert und oft von den Profis erst identifiziert wird, wenn sich deutliche Überlastungssymptome zeigen. Dies

spiegelt sich auch in der Pflegewissenschaft zu pflegenden Angehörigen, die überwiegend eine Belastungsforschung ist. Erst in den jüngeren Jahren gewinnt die Perspektive auf die Pflegenden Angehörigen und ihre Ressourcen an Bedeutung. (vgl. Mischke, 2012). Aus meiner Sicht zeigt sich hier eine deutliche Forschungslücke, die es zu schließen gilt, um dann passgenaue Angebote für die verschiedenen Gruppen von pflegenden Angehörigen zu konzipieren.

6.1 Sicht der pflegenden Angehörigen auf ihre Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Wie bereits oben beschrieben, identifizieren sich die pflegenden Angehörigen selbst oft nicht als pflegende Angehörige. Sie übernehmen familiäre Sorgearbeit aus einem Selbstverständnis und ordnen es ihrem Privaten zu. „In der Familie hilft man sich eben, da hält man zusammen.“ „Als unsere Kinder noch klein waren, haben unsere Eltern uns auch sehr unterstützt. Und eigentlich mache ich ja nicht viel“. So und ähnlich lauten die Begründungen. Oft wird die Übernahme von Pflegeverantwortung am Arbeitsplatz nicht thematisiert. Es besteht die Sorge, nicht verstanden zu werden, da es die Haltung gibt, dass sich das heute doch alles organisieren lasse. Auch wird befürchtet, dass man bei Bekanntwerden der häuslichen Pflegesituation bei den betrieblichen Beförderungen oder auch interessanten Aufgabenverteilungen nicht oder unzureichend berücksichtigt wird. In den Belastungsphasen wird die Arbeit oft als Ort der Regeneration gesehen, da sie Normalität und eine andere Gedankenwelt bietet. Dies ist ein Grund, weshalb der Wunsch nach Freistellung bei den Arbeitnehmern gar nicht so groß ist, sondern der Wunsch nach Flexibilisierung der Arbeitszeit besteht. Ein Kursteilnehmer in einem Führungskräfte-Training zum Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung“, der für ein Jahr beurlaubt worden war, um seine an Multiple Sklerose erkrankte Ehefrau zu pflegen, sagte, dass würde er nie wieder machen, er sei total vereinsamt. Ihm fehlten der entlastende Tapetenwechsel seines Büros und sein berufliches Netzwerk. Würde er erneut in eine ähnliche Situation kommen, dann würde er seine Arbeitszeit reduzieren und flexibilisieren. Selbst das Home-office in dieser Situation sah er sehr kritisch.“

Die pflegenden Angehörigen, die konkret pflegen, erkennen sich als pflegende Angehörige. Doch heißt dies noch lange nicht, dass Sie sich ihren Vorgesetzten und oder Kollegen gegenüber mitteilen. Zum Beispiel schilderte eine Verwaltungsmitarbeiterin im Rahmen einer Angehörigenschulung zur Vereinbarkeit

von Beruf und Pflegeverantwortung, dass Sie während ihrer Mittagspause stets kurz nach Hause fahre, um ihre Mutter zu duschen. „Ach deshalb überziehst du immer wieder die Mittagspause“, entfuhr es einer anderen Kursteilnehmerin, die mit ihr das Büro teilt. Aus Unmut wuchs Verständnis. Auf die Frage hin, warum sie dies denn bisher nie erzählt habe, sagte sie, das sei doch Privatsache, damit muss ich doch keinen belasten. Die Annahme, dass das Thema Pflege stets belastet, wird ungefragt unterstellt. Hier lohnt es dem Zuhörenden zu zutrauen, Signale zu setzen, wenn das Thema ihm zu viel wird. D.h. die Verantwortung an den Zuhörenden delegieren, ihm etwas zutrauen und zumuten anstatt ihn zu schonen.

Auch zeigen sich deutliche Unterschiede, für wen Pflegeverantwortung übernommen wird. Geht es um ein erkranktes Kind, einen erkrankten Partner oder um die Eltern. Bei der Pflegeverantwortung der Eltern ist auch noch mal zu unterscheiden, ob ein Elternteil die Partnerpflege übernommen hat und in welchem Alter. Die Zahl der hochaltrigen Partnerpflegenden nimmt deutlich zu und oft sind es hier die Kinder die die steuernde Pflegeverantwortung übernehmen und dies mit ihrem Beruf koordinieren. Auch bei Heimaufnahme besteht die Aufgabe der Pflegeverantwortung, da weiterhin zahlreiche Entscheidungen zu treffen sind und die Beziehungsarbeit an keine Institution übertragen werden kann. Selbst wenn die Pflege institutionell ausreichend sichergestellt ist, bleiben zahlreiche Momente der Sorge- und Beziehungsarbeit. In der Öffentlichkeit wird oft der Schritt der institutionellen Versorgung als die Lösung gesehen, mit der alle Belastungen abfallen. Das Gegenteil ist der Fall, da nun zusätzliche Akteure involviert sind und sehr kommunikationsintensiv die gesamte Lebenssituation des Angehörigen gestaltet werden muss. Die Macht der Institution kann sehr belastend erlebt werden, da mit hohem finanziellem Aufwand eine sehr verrichtungsorientierte Versorgung gekauft wird mit täglich sichtbarer Mangelverwaltung. Hier werden nicht selten Struktur- und Systemdefizite, die in allen Hochglanzbroschüren fehlen, auf dem Rücken der Familien ausgetragen. Die Kompensation der Systemlücken erfolgt oft durch die Familie, in dem sie z.B. die Essenaufnahme des Angehörigen durch tägliche Besuche zu den Mahlzeiten sicherstellt. Gleichzeitig kann es auch zu Spannungsfeldern zwischen Institution und Angehörige mit Pflegeverantwortung kommen, da die wechselseitigen Erwartungen sehr variieren. Seitens der professionell Pflegenden wird erwartet, dass der Angehörige für die knappe Personalsituation Verständnis aufbringt, wohingegen der Angehörige eine möglichst

ungeteilte Aufmerksamkeit für seinen Angehörigen möchte. Nicht selten entwickelt sich analog zum Stockholmsyndrom eine schiefe Beziehungsebene zwischen Pflegepersonen des Wohnbereichs und Angehörigen, wo zahlreiche strukturelle Mängel geduldet werden mit den Worten: „Die können ja nichts dafür“. Alternativ können die Pflegenden auch Projektionsfläche für die Schuldgefühle der Angehörigen werden, was zu intensiven Konflikten führen kann. Aussagen, wie „dafür zahlen wir doch so viel Geld“, sind hier oft Symptom. Die Angehörigen mit Pflegeverantwortung stellen sich auch immer wieder die Frage: „Wie weit darf ich mich wehren, ohne dass mein stationär lebender Angehöriger dadurch Nachteile erfährt.“

Der Entscheidung eines Heimeinzuges geht oft eine Phase großer Unsicherheit voraus. Diese ist gekennzeichnet durch viele Versuche die Häusliche Situation mit den verschiedensten Akteuren zu stabilisieren oder durch ein akutes Ereignis, durch das fast nichts mehr ist wie zuvor. In der Institution wird Sicherheit für den Angehörigen erhofft, wobei auch dort zahlreiche Lebensrisiken bestehen. Die Vorstellung, dass beispielsweise in stationären Einrichtungen weniger gestützt wird als zuhause, lässt sich mit Zahlen eindeutig wiederlegen.

6.2 Pflegende Angehörige im Unternehmen

Unternehmen wissen oft nicht, wer und wie viele ihrer Mitarbeitenden Pflegeverantwortung übernehmen. Wie bereits oben beschrieben, unterliegt das Thema einem Tabu. Kollegen und Vorgesetzte sehen oft Symptome von Veränderungen, ohne ihren Hintergrund zu kennen. Dieses fördert Fantasien und nicht selten Fehldeutungen, die für den pflegenden Kollegen zusätzlich belastend sein können. Wenn die Situation zuhause sicher ist, kann der Mitarbeitende mit Pflegeverantwortung uneingeschränkt arbeiten. Doch werden die stabilen Pflegephasen immer wieder auch von instabilen abgelöst. Hier ist dann ein erhöhter Bedarf an Flexibilität und Sondervereinbarungen notwendig. Da üblicherweise in einem Unternehmen zahlreiche Mitarbeiter in den verschiedensten Lebensphasen tätig sind, ist es für die Vorgesetzten ein Balance-Akt nachvollziehbar und fair die Sondervereinbarungen abzustimmen. Unternehmen die eine Lebensphasenorientierte Personalpolitik umsetzen, sind hier eindeutig im Vorteil. (vgl. Hammann 2014).

7. „Man schafft mehr als man denkt“

Zu Beginn einer Pflegesituation ist es oft nicht vorstellbar diese zusätzliche Herausforderung auch noch in den Alltag zu integrieren. Eine Familie dessen Vater an Demenz erkrankt war, meinte rückblickend nach sieben Jahren Pflege: „Anfangs hätten wir nie gedacht, dass wir unseren Vater so lange zuhause begleiten könnten. Wir möchten keinen Tag missen, auch wenn es nicht immer einfach war. Aber wir sind da Schritt für Schritt hineingewachsen.“

7.1 Ressourcen und Potentiale

Um seine Ressourcen und Potentiale zu aktivieren, benötigt die Person ein solides Selbstvertrauen. Auf dieses kann in der Krise selten zurückgegriffen werden, was das große Ohnmachtsgefühl bedingt. Durch bewusste Entschleunigungen der Prozesse, Perspektivwechsel und Umwertungen von Situationen können eigene Potentiale und Ressourcen aktiviert werden. Die Entschleunigung gibt unserer Wahrnehmung die Chance die Lage differenziert zu betrachten. Es können Pros und Contras abgewogen und besprochen werden. Hierzu ist es oft notwendig, sich von den „Treibern des Systems“ frei zu machen und in einem unabhängigen Austausch die passgenauen nächsten Schritte festzulegen. Perspektivwechsel und Umdeutungen eigener Werte ermöglichen bisher nicht gedachte Lösungen. (vgl. Ostermann (2010), S. 257 ff) So beklagt sich in einer Angehörigengruppe eine Teilnehmerin, dass sie es satt habe, jetzt immer zwei Haushalte führen zu müssen und dies nur, weil ihre Eltern keinen Fremden im Haus haben wollten. Auf den Vorschlag, dass Sie für ihren eigenen Haushalt Hilfe einstellen könne, reagierte die Teilnehmerin ganz erleichtert. Sie meinte, darauf sei sie noch gar nicht gekommen, da sie bisher davon ausgegangen sei, dass nur dort eine Haushaltshilfe sinnvoll sei, wo jemand seinen Haushalt nicht mehr selbst machen könne.

7.2 Möglichkeiten und Grenzen der „Resilienz der Zeit“

In den Spitzenzeiten der Vereinbarkeit verdichten sich die Termine, Handlungen und Erledigungen auf ein Ausmaß, welches unter alltäglichen Bedingungen nicht zu bewältigen scheint. Man wächst über sich hinaus. Plötzlicher Krankenhausaufenthalt, Ausfall der Haushaltshilfe, wichtiger Arzttermin und ein unaufschiebarer

Außentermin. Nach diesen Hochleistungsperioden staunt man rückblickend, wie diese Phase zu bewältigen war. Alle Aufgaben werden punktgenau erledigt. Wenn scheinbar nichts mehr geht, gibt die Zeit dennoch eine kleine Lücke frei, wo das unvorhersehbare eingepasst werden kann. Maximale Flexibilität trifft auf maximale Dynamik. Es stellt sich eine Dehnbarkeit der zur Verfügung stehenden 24 Stunden ein und man gerät in den Modus des zügigen nacheinander Abarbeiten der Aufgaben. Die Dynamik resultiert nicht zuletzt aus dem nicht Hinterfragen der einzelnen Tätigkeiten, sondern einfach machen und sehr flexibel immer wieder neu die Abläufe anpassen. Gefährlich wird diese Phase, wenn sie chronifiziert und es zu einer dauerhaften Fremdbestimmung kommt. Es ist zum Bewältigen der maximalen Ausnahmesituationen sehr hilfreich, temporär begrenzt über sich hinauszuwachsen. Doch sollte stets auch mitgedacht werden, wann, wo und wie der Staffelstab abgegeben werden kann und die fragile Situation entlastet und neu stabilisiert werden kann. Denn sonst besteht die große Gefahr der Dekompensation und des Erkrankens. In der DEGAM-Leitlinie Nr. 6 Pflegende Angehörige findet sich die Einschätzung, dass bei der Elternpflege ein erhöhtes Burn-out Risiko bestehe und die Gefahr der Vernachlässigung von Ehepartner, Kinder und Beruf. Petzold definiert:

»**Burnout** ist ein **komplexes Syndrom**, das durch multifaktorielle, z. B. makro, meso- und mikrosoziale, **zeitextendierte Belastungen** bzw. Überlastung eines personalen oder sozialen Systems bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben ist. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastungen, z. B. durch Zuführung von Ressourcen eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge. Bei personalen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen bzw. psychosomatischen, aber auch psychosozialen Symptomen, wie z. B. aggressiver Umgang mit Patienten und Klienten bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung. « (Petzold 1993a, 164)

Um der totalen Erschöpfung vorzubauen, ist es entscheidend, für tägliche Krafftosen zu sorgen. Ist dies einem selbst nicht mehr möglich, sollte diese Aufgabe an eine Person delegiert werden, die gern das Pflegenetzwerk unterstützen möchte. Wie dies im Einzelnen aussieht kann sehr verschieden sein und gilt es individuell abzustimmen. Als pflegender Angehöriger ist es lohnenswert die individuellen Marker der eigenen Belastungsgrenzen zu kennen und präventiv Strategien der Entlastung

zu entwickeln und anzuwenden. Diese Marker können Bewegungsdrang, Essattacken, vor dem Fernseher kleben oder auch Fluchtwünsche sein. Sie sollten möglichst der totalen Dekompensation vorgeschaltet sein, so dass ein bewusstes Erkennen und Verändern noch möglich ist. Als Kraftquelle kann ein Spaziergang, Bewegung, telefonieren oder ein Buch eingesetzt werden, entsprechend der jeweiligen zu kräftigenden Säule der Identität. Dieser Teil der Selbstpflege ist fester Bestandteil der Pflegeverantwortung. Denn hierdurch wird indirekt die Pflegesituation stabilisiert.

8. Fazit

Im Vorfeld einer tatsächlichen Pflegesituation klingt oft schon die Möglichkeit eines Hilfebedarfs eines Angehörigen an. Doch bleibt es unkonkret und ist von der Hoffnung getragen, vielleicht doch verschont zu werden. Sätze wie: „Wenn es soweit ist, bekommen wir das irgendwie schon hin“, vertrösten in der Situation und verschaffen Zeit des sich nicht damit beschäftigen. Da die Situation der Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf sehr individuell ist, ist vorzeitiges Handeln problematisch, da vor Eintreten des Hilfebedarfs nicht absehbar ist, was konkret sinnvoll zu gestalten ist. Folgendes Beispiel verdeutlicht, das gutgemeint bei weitem nicht gut ist. „Eine angehende Gerontologin veranlasst, dass bei ihren Eltern (beide 70 Jahre alt), die ganze Wohnung barrierefrei umgebaut wird. Kurz nach Abschluss der Umbauarbeiten zeigen sich bei der Mutter zunehmende Symptome einer Demenz. Im Verlauf der Demenzerkrankung wird der Mutter die eigene Wohnung immer fremder. Emotional verliert sie ihr Zuhause und ihre Selbständigkeit in den eigenen vier Wänden.“ Sicherlich ist es sehr unterstützend im Vorfeld mögliche Optionen potentiellen Wohn- und Gestaltungsformen bei Hilfebedarf zu durchdenken. Aber deren Umsetzung ist dann sinnvoll, wenn der konkrete Hilfebedarf da ist und eine individuelle, passgenaue Lösung gefunden werden muss. Hier gilt es auch zu berücksichtigen, dass die Gruppe der Menschen in der dritten und vierten Lebensphase die heterogenste Gruppe in unserer Gesellschaft darstellt. Durch viele Individualisierungs- und Erfahrungsprozesse sind sie zu dem Menschen geworden, der sie heute sind. Verallgemeinerungen über den alten oder hochaltrigen Menschen sind unzulässig. So werden nur Stereotypen bedient, aber dem Individuum wird man nicht gerecht. Hier sind auf allen Seiten Lern- und Entwicklungsprozesse angezeigt,

die zur Bewältigung des kritischen Lebensereignisses Pflegebedürftigkeit beitragen. Durch frühzeitige Gespräche über potentielle Hilfebedürftigkeit kann bereits ohne direkte Betroffenheit in Alternativen gedacht und die Vorlieben geklärt werden. Die Unterstützenden können sehr viel sicherer im Sinne des Hilfebedürftigen die notwendigen Entscheidungen treffen. Sie erhalten Orientierung. Denn es ist sehr anspruchsvoll für andere Menschen zu entscheiden, für notwendige Sicherheit zu sorgen, ohne die ganze Freiheit zu nehmen. Grundsätzlich gilt es stets in jeder Situation immer wieder neu zu entscheiden. Die große Entscheidung und dann sind alle Probleme gelöst, gibt es nicht. In diesen Entscheidungsprozessen benötigt der Angehörige mit Pflegeverantwortung fachkundige und empathische Menschen, die gemeinsam die verschiedenen Möglichkeiten abwägen und die Vor- und Nachteile beleuchten. Die Pflegenden Angehörigen der zweiten Reihe stärken der Hauptpflegeperson und dem Menschen mit Pflegebedarf den Rücken. Sie steuern, puffern und stärken und erfahren oft selbst nur begrenzten Rückhalt. Ihr Engagement wird auf Organisation und Management reduziert. Die intensive Beziehungsarbeit wird oft nicht wahrgenommen. Viele Konflikte in familiären Unterstützungs- oder auch Pflegesituationen resultieren aus den unterschiedlichen Bedürfnissen und dem fehlenden Austausch darüber. Zur Klärung der hieraus entstehenden Konflikte, die den Alltag extrem belasten können, lohnt es moderierte Gespräche mit allen Beteiligten zu führen. In den Gesprächen gilt es gemeinsam die Bedürfnisse und Wünsche von allen Seiten zu benennen und dann mit Hilfe mediativer Methoden einen Konsens zu finden. Je zeitiger es gelingt, die Bedürfnisse und Wünsche aller Beteiligten zu klären und gemeinsame Lösungen zu finden, desto mehr Entlastung gibt es für den Alltag. Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung ist ein Hochseilakt, der durch das Vertrauen in die eigene Balancefähigkeit und einen offenen Umgang leistbarer wird. Zahlreiche neue Rollen sind zu lernen und in das bereits gefüllte Leben zu integrieren. Zusätzliche Dynamisierung, neue Prioritäten und Umwertungen unterstützen den Lernprozess der Vereinbarkeit und erweitern das individuelle Lebensspektrum. Es gilt Alltagsoasen zum Kraftsammeln zu gestalten. Denn nur wenn es dem pflegenden Angehörigen gut geht, geht es auch dem Menschen, für den Pflegeverantwortung übernommen wird, gut.

9. Zusammenfassung

Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeverantwortung für hochaltrige Familienangehörige. Eine biografische Entwicklungsaufgabe.

Pflegeverantwortung für hochaltrige Familienangehörige zu übernehmen ist im Verlauf des Lebens erwartbar, jedoch wenig planbar. Durch die geringe Planbarkeit müssen oft auf die Schnelle Entscheidungen getroffen werden, die sich stark auf das aktuelle Leben auswirken. Bereits sehr gefüllte Alltagssituationen werden „aufgedehnt“, um die neuen Aufgaben und Rollen bewältigen zu können. Hält die Situation der zusätzlichen Aufgaben und Rollen über einen längeren Zeitraum an, hilft es durch eine selbstkritische Ressourcen- und Potentialanalyse zu schauen, wie Kraftquellen neu generiert werden können.

Schlüsselworte: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, hochaltrige Partnerpflege, Pflegeverantwortung, Entwicklungsaufgabe, kritische Lebensereignisse

Summary: Reconciliation of work and care responsibilities for very elderly relatives - A biographical development task

To assume responsibility for care very elderly family members is expectable in the course of life, however little predictable. Due to the low predictability often need to make quick decisions BE TAKEN yourself dying a major impact on the current life. Already highly filled everyday situations are "dilated " to cope with the new tasks and roles , can. Shut situation of additional tasks and roles over a longer period one, it helps to look through a self-critical resource and potential analysis, as power sources regenerated Can Be.

Keywords: Reconciliation of work and care, eldercare, care responsibilities, development task, critical life events

10. Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen.
(1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Dgvt-Verlag, Tübingen

Bauer, A. (2008): Bindungen zwischen den Generationen der späten Familie. Bindungstheoretische Überlegungen. (S. 175-203). In: Bauer, A., Gröning, K. (2008): Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel. Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Bengel, J. (1997): Das Prinzip Salutogenese – Eine Einführung. In: Bartsch, H. H., Bengel, J. (Hrsg.): Salutogenese in der Onkologie. Freiburg i.Br.: Karger GmbH

DEGAM-Leitlinie Nr. 6 Pflegende Angehörige. 2005. www.degam-leitlinie.de abgerufen 10.08.2015.

Dräger, D. (2015): Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen. In: Pflege-Reprot 2015 Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Hrg. Jakobs, Kuhlmei, Greß, Schwinger. S. 121 - 133. Stuttgart Schlattauer-Verlag.

Filipp, S-H., Aymanns, P. (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Gröning, K., Kunstmann, A.C. (2008): Sorge für die alten Eltern und familiäre Entwicklung. Eine kritische Betrachtung der sozialrechtlichen und wissenschaftlichen Diskurse zur Situation pflegender Familien. (S. 89-133). In: Bauer, A., Gröning, K. (2008): Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel. Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Hammerman A. (2014): Lebensphasenorientierte Personalpolitik. Theoretisches Konzept und empirische Evidenz-Studie. Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Kleist, H. (1984): Die Marquise von O..., Das Erdbeben von Chili. Erzählungen. Stuttgart Reclam-Verlag.

Kuhlmei A., Suhr R., Blüher S., Dräger D. (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen 18 und 79 Jahren. Gesundheitsmonitor 2013. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; S. 1-12.

Lorenz, R. (2005): Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 2. Auflage. München: Reinhardt-Verlag

Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Bericht-Eurofamcare. 2006. pdf-Datei.

Mischke, C. (2012): Ressourcen von pflegenden Angehörigen. Entwicklung und Testung eines Assessmentsinstruments. Hungen. Hpsmedia.

Ostermann, D. (2010): Gesundheitscoaching. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Petzold, H.G (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der Autoindustrie in der BRD und in Frankreich. Genese,

Petzold, H.G (1993 a): Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band I Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theoriebildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartacolloquium VI). Düsseldorf, Hückeswagen.

Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung
Deutschlandergebnisse. Herausgegeben vom statistischen Bundesamt Wiesbaden.
Herausgegeben 12.03.2015.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Ermöglichen, Entlasten, Erhalten. Berlin.

„Glück sucht keine Ewigkeit; es ist der Einbruch der himmlischen Zeit in die irdische Zeit, und manchmal erleben wir das erst im Rückblick.“

(Nietzsche, F. „Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen. 1883-1885)