

„In Freud und Leid, in guten wie in bösen Tagen“ Belastungserleben pflegender Ehepartnerinnen aus einer rollentheoretischen Perspektive

Verena Gebhart

© Der/die Autor(en) 2018

Zusammenfassung Dieser Beitrag geht der Frage nach, wie ältere Frauen die Pflegebedürftigkeit ihrer Partner erleben und welche Belastungen sich aus ihrer Doppelrolle als Partnerin und Pflegerin ergeben. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wird ein multidimensionales, heuristisches Rollenmodell für eine empirische Rollenanalyse entworfen. Die Einnahme einer rollentheoretischen Perspektive ist ein Novum in der Belastungsforschung und verspricht, das Belastungserleben der Betroffenen in seiner sozialen und individuellen Dimension sichtbar zu machen. Die Ergebnisse einer qualitativen Erhebung dokumentieren die Rollenerwartungen, Strategien der Rollenaushandlung und des Rollenmanagements sowie Rollenkonflikte pflegender Partnerinnen. Die Studie unterstreicht das analytische Potenzial rollentheoretischer Konzepte für anwendungsbezogene Fragestellungen und reflektiert kritisch deren empirische Nutzarmachung für die Bearbeitung praxisrelevanter Problemstellungen.

Schlüsselwörter Rollentheorie · Pflegende Angehörige · Partnerpflege · Empirische Rollenanalyse

“In joy and sorrow, through good times and bad”

A role theory perspective on subjective burdens of female spousal caregivers

Abstract This article raises the question how elderly female caregivers experience their double role as partners and caregivers. To answer this question a multidimensional role model has been developed and applied. This novel approach examines the subjective burden of spousal caregivers, considering individual and social di-

V. Gebhart (✉)

Institut für Soziologie, Universität Innsbruck, Universitätsstraße 15, 6020 Innsbruck, Österreich
E-Mail: verena.gebhart@fhg-tirol.ac.at

fhg, Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH, Innrain 98, 6020 Innsbruck, Österreich

mensions. Results of a qualitative study show role expectations, strategies of role playing and role management as well as role-conflicts of female spousal caregivers. The study underlines the analytic potential of sociological role-theory for the examination of concrete empirical problems and critically discusses the applicability of theoretical role-concepts for applied research.

Keywords Role theory · Nursing relatives · Spousal caregiving · Empirical role analysis

1 Einleitung

Eine altersbedingte Hilfs- und Pflegebedürftigkeit markiert einen krisenhaften Einschnitt in der Biografie eines Menschen und zwingt die Betroffenen zu komplexen Bewältigungs- und Anpassungsstrategien (Schaeffer 2006; Schneekloth und Wahl 2005). Pflegende Angehörige sind in dieser Situation eine unverzichtbare Stütze: für die Betroffenen ebenso wie für das staatliche Gesundheitssystem. In Österreich werden rund 80% aller pflegebedürftigen Menschen zu Hause durch Angehörige gepflegt (Pochobradsky et al. 2005). Eine flächendeckende Versorgung pflegebedürftiger Menschen scheint allerdings zunehmend gefährdet. Insbesondere dann, wenn steigende Pflegebedarfe – wie vielfach prognostiziert – auf eine abnehmende Pflegebereitschaft treffen (Blinkert und Klie 2004; Hörl et al. 2009, S. 381; Pochobradsky et al. 2005, S. 11).

Unter diesen Rahmenbedingungen kommt der Unterstützung pflegender Angehöriger und der Erforschung ihrer besonderen Situation eine erhöhte Relevanz zu. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den hohen physischen und psychischen Belastungen und der gesundheitlichen Gefährdung pflegender Angehöriger (EURO-FAMCARE 2005; Mischke und Meyer 2008; Pochobradsky et al. 2005).

Obwohl der Belastungsbegriff als Dreh- und Angelpunkt der umfangreichen und multidisziplinären Forschung rund um die Angehörigenpflege bezeichnet werden kann, bleibt insgesamt unübersichtlich und mehrdeutig, was genau damit bezeichnet und untersucht wird. Dies mag einer relativ differenzierten Verwendung des Belastungsbegriffes geschuldet sein, unter dem die objektiven Belastungsfaktoren, das subjektive Belastungserleben der Betroffenen und die negativen Folgen von Belastungen subsumiert werden. Als problematisch erscheint insbesondere der häufig unternommene Versuch, zwischen diesen Dimensionen einfache, kausale Zusammenhänge aufzudecken. Zwar stellen die Dauer der Pflege, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit oder der zeitliche Aufwand relevante Belastungsfaktoren dar, doch ein einfacher Rückschluss von diesen oder anderen „objektiven“ Faktoren auf das subjektive Belastungserleben der Betroffenen ist wenig plausibel, wie unterschiedliche, teils widersprüchliche Forschungsergebnisse zeigen (etwa: Kaizik et al. 2017; Pinquart und Sörensen 2003; Pochobradsky et al. 2005; Zarit et al. 1986). Wenig Berücksichtigung findet in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass das subjektive Belastungserleben der Betroffenen maßgeblich von deren individueller Bedeutungszuschreibung und Situationsdefinition abhängig ist, sowie von der Einschätzung der eigenen Ressourcen, die Situation zu meistern (Brügger et al. 2016; Mischke 2012,

vgl. dazu das kognitive Stress-Modell von Lazarus und Folkman 1984). Nicht zuletzt ist anzumerken, dass Pflege¹ nicht ausschließlich als Belastung, sondern auch als positive Herausforderung erlebt werden kann. So berichten vor allem pflegende Partnerinnen von einer Persönlichkeitsentwicklung bzw. der Intensivierung und dem Wachstum ihrer Beziehung (Horowitz und Shindelman 1983; Leipold et al. 2006; Schönberger und Kardorff 2004).

Will man Belastungen der Angehörigenpflege nicht nur benennen und messen, sondern in ihrer Komplexität von innen heraus verstehen, so ist es notwendig, die Hintergründe des subjektiven Belastungserlebens der Betroffenen nachvollziehbar zu machen. Zudem wären positive Aspekte der Angehörigenpflege sowie die Ressourcen der Betroffenen zur Situationsbewältigung in den Blick zu nehmen (Mischke 2012).

Vor diesem Hintergrund bemüht sich der vorliegende Beitrag um eine mehrdimensionale Perspektive auf das subjektive Belastungserleben älterer, pflegender Partnerinnen. Analytischen Ausgangspunkt für die empirische Bearbeitung bietet die Pflegerolle, welche gleichsam als Belastungsfaktor und Ressource interpretiert werden kann und durch ihre Stellung zwischen sozialer Zuschreibung und individueller (Aus-)Handlung einen differenzierten Blick auf die Belastungen der Partnerpflege verspricht. Der Blick auf partnerschaftliche Pflegearrangements dient als Brennglas, denn die Belastungen von verheirateten Paaren im gleichen Haushalt gelten – im Vergleich zu anderen Pflegearrangements (z. B. zwischen Eltern und Kindern) – als besonders hoch (Braun et al. 2009; Zank und Schacke o.J., S. 53). Rollenasperte werden insofern bedeutsam, als dass eine eintretende Pflegebedürftigkeit beide Partner zu einer Neukonstruktion von Position und Rolle zwingt. Gemeinsame Pläne und Lebensstile müssen aufgegeben oder umgestellt und Routinen überdacht werden (Davis et al. 2014; Gerhardt 1986; Schönberger und Kardorff 2004). Die Rolle der Pflegeperson liegt dabei quer zu bisherigen Rollen und unterliegt sowohl normativen, gesellschaftlichen Erwartungshaltungen als auch situativen, interaktiven Aushandlungsprozessen. Die Aneignung, Übernahme und Ausgestaltung der Pflegerolle bleibt nicht ohne Folgen für die Paarbeziehung sowie für das Selbstkonzept und Identitätsverständnis der Pflegenden.

Die Analyse dieser Zusammenhänge ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Dabei sollen empirische Analyse und theoretisch-methodologische Fragestellungen systematisch miteinander verknüpft werden.

Im empirischen Teil des Beitrages wird der Forschungsfrage nachgespürt, wie pflegende, ältere Ehefrauen ihre Pflegerolle wahrnehmen und erleben, wie sie die Rolle als pflegende Partnerin interpretieren, umgestalten, annehmen oder auch verwerfen und welche subjektiven Belastungen sich aus ihrer Doppelrolle als Partnerin und Pflegerin ergeben. Der Blick auf ältere pflegende Frauen entspringt einem besonderen Interesse an alterssoziologischen Fragestellungen sowie der Motivation, das eher vernachlässigte Untersuchungsfeld der häuslichen Pflege *von* und *für* ältere

¹ Diesem Beitrag liegt ein breites Verständnis von Pflege zugrunde, welches neben instrumentellen Pflege- und Versorgungstätigkeiten auch eine „Sorgearbeit“ im weiteren Sinne versteht (z. B. Pflege organisieren, Haushaltstätigkeiten durchführen, Verantwortung übernehmen, Freizeit gestalten, emotionale Zuwendung schenken, das eigene Handeln an den Bedürfnissen der zu pflegenden Person orientieren etc.).

Menschen in den Mittelpunkt zu rücken. Die Konzentration auf Frauen ist dabei forschungspragmatisch bedingt, erweist sich aber auch aus methodologischen Überlegungen als sinnvoll, wie noch zu zeigen sein wird.

Das theoretisch-methodologische Forschungsinteresse liegt in einer mehrdimensionalen Erfassung und Untersuchung der Pflegerolle mit dem Ziel, ein theoretisch angeleitetes, heuristisches Modell zur empirischen Rollenanalyse zu entwickeln.

Zu Beginn des Beitrages steht eine zusammenfassende Darstellung und Einschätzung des Forschungsstandes zu Partnerpflege bzw. Pflegerolle. Unter Rückgriff auf soziologische und sozialpsychologische Rollentheorien wird anschließend ein multidimensionales, heuristisches Rollenmodell für die empirische Rollenanalyse vorgeschlagen. Die Einnahme einer rollentheoretischen Perspektive ist ein Novum in der Belastungsforschung und verspricht, das Belastungserleben der Betroffenen in seiner sozialen und individuellen Dimension sichtbar zu machen. Dieser Anspruch spiegelt sich auch im methodischen Design der empirischen Erhebung wider, welche das narrative Interview mit der Gruppendiskussion kombiniert. Die Ergebnisse einer interpretativ-inhaltsanalytischen Auswertung dokumentieren die Rollenerwartungen, Strategien der Rollenaushandlung und des Rollenmanagements, Rollenkonflikte und die daraus entstehenden Belastungen pflegender Partnerinnen. In einem Fazit werden die analytische Stärke einer rollentheoretischen Perspektive anhand der wichtigsten Untersuchungsergebnisse aufgezeigt sowie Limitationen und weiterer Forschungsbedarf expliziert. Abschließend werden die Voraussetzungen für eine gelingende rollentheoretische Analyse kritisch reflektiert.

2 Forschungsstand

Verheiratete bzw. in Partnerschaft lebende Menschen können zu einem großen Prozentsatz auf ihre PartnerInnen als Hauptpflegepersonen zurückgreifen. Vor allem in der Kohorte der über 80-Jährigen konzentriert sich die Betreuung in mehr als der Hälfte der Fälle auf den/die EhepartnerIn (Hörl et al. 2009, S. 367). Obwohl in der Partnerpflege der Männeranteil vergleichsweise hoch ist, wird auch in diesem Bereich der Großteil der Pflegearbeit von Frauen erbracht (Hörl et al. 2009, S. 368), was sich u. a. aus jenem kulturellen Verständnis ableiten lässt, welches Pflegeaufgaben immer noch klar dem weiblichen Verantwortungsbereich zuschreibt (Allen et al. 1999; Appelt et al. 2014; Hörl et al. 2009; Mairhuber und Sardadvar 2017; ÖPIA 2015).

Aus den vorliegenden Surveys und Repräsentativerhebungen zur informellen, häuslichen Pflege lassen sich nur unzureichende Rückschlüsse auf die Belastungen der Partnerpflege ziehen, da partnerschaftliche Pflegearrangements als eigenständige Untersuchungsgruppe selten in Erscheinung treten. Zudem erschweren unterschiedliche Erhebungsdimensionen – beispielsweise eine Konzentration auf die Pflege demenziell erkrankter Personen (z. B. Schneekloth und Wahl 2007) oder die Untersuchung bestimmter Altersgruppen (z. B. Hörl et al. 2009; ÖPIA 2015) – eine Vergleichbarkeit. Unter dem Diktum von Repräsentativität und Verallgemeinerung erfahren subjektive Bewertungen und individuelle Lebenslagen in quantitativen Studien naturgemäß wenig Berücksichtigung. Dadurch werden Belastungen zwar auf-

gezeigt, ihre Bedeutung und damit auch ihre Konsequenzen für die Betroffenen allerdings nicht geklärt.

Im Rahmen der Pflegeforschung und klinischen Psychologie wird das subjektive Belastungserleben anhand von Gesundheitsindikatoren oder klinischer Skalen, wie etwa für Lebensqualität, Angst und Depression, gemessen und in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen und Copingstrategien interpretiert (z. B. Dräger et al. 2012; Mischke 2012; Nijboer et al. 2001; Perner et al. 2012). Die Reduktion des Belastungserlebens auf psychologische Prozesse lässt allerdings die Einbettung der AkteurInnen in soziale Strukturen weitgehend unberücksichtigt. Auch hier können Zusammenhänge oder Unterschiede festgestellt, ihre Hintergründe aber nicht hinreichend erklärt werden (ähnliche Kritik bei Kaizik et al. 2017).

Unter der Annahme, dass das subjektive Belastungserleben pflegender Angehöriger komplexen, subjektiven Einschätzungen und Bewertungsprozessen unterliegt, die außerdem stets innerhalb und niemals unabhängig von sozial-normativen Strukturen stattfinden, erscheinen quantitative Forschungsansätze zur Beleuchtung der hier interessierenden Forschungsfrage nur eingeschränkt heranziehbar. Der erkenntnistheoretischen Grundannahme des symbolischen Interaktionismus folgend, dass Personen Dingen eine Bedeutung beimessen, anhand derer sie ihr Handeln ausrichten (Blumer 1973), findet sich dagegen im qualitativen Forschungsparadigma ein vielversprechender Zugang für das vorliegende Forschungsvorhaben.

Richtungsweisende qualitative Studien zur Situation pflegender PartnerInnen stellen die Studien von Anselm Strauss und Juliet Corbin (Corbin und Strauss 1985, 2004) aus den 1980er-Jahren dar, deren konzeptionelle, inhaltliche, aber auch methodologische Überlegungen zahlreiche nachfolgende Studien inspiriert haben (zur Partnerpflege etwa: Mischke und Meyer 2008; Schönberger und Kardorff 2004). Im Fokus der in diesen Studien entwickelten Grounded-Theory-Methodologie steht allerdings weniger der Belastungsbegriff, sondern die Analyse von „PflegerInnen-Karrieren“ und die Frage nach der gemeinschaftlichen Bewältigung einer eintretenden Pflegebedürftigkeit (Corbin und Strauss 2004, S. 64).

Auffällig zum Forschungsstand der Partnerpflege ist insgesamt (qualitativ wie quantitativ) eine Konzentration auf besondere Betreuungssituationen wie Palliativpflege, Demenz- und Krebserkrankungen (beispielsweise: Allen et al. 1999; Braun et al. 2009, 2010; Hagedoorn et al. 2000; Kaizik et al. 2017; Schönberger und Kardorff 2004; Zarit et al. 1986). Inwieweit sich vorliegende Untersuchungsergebnisse auf die hier interessierende Situation einer „gerontologischen“ Pflege übertragen lassen, ist zu prüfen, zumal sich nicht nur Krankheitsbilder und Pflegesituation unterscheiden, sondern vielfach auch die Lebenslagen und sozialen Merkmale der Untersuchungsgruppen variieren (untersucht wurden in den genannten Studien u. a. erwerbstätige Pflegepersonen, jüngere Paare mit Kindern, Eltern-Kind-Pflegebeziehungen etc.).

Es finden sich in der bestehenden Forschung zur Angehörigenpflege keine, oder nur sehr oberflächliche Bezugnahmen zum Rollenbegriff. Angelehnt an die Alltagssprache dient er meist als einfache „Begriffsschablone“ (Popitz 1972, S. 3) ohne theoretische Bezugnahmen. So werden unter dem Label „Rollenkonflikte“ in erster Linie die Mehrfachbelastungen von berufstätigen und/oder kindererziehenden Pflegepersonen verstanden (etwa: Zank und Schacke o.J., S. 74) bzw. der Begriff der

Rolle beinahe exklusiv für die Berufsrolle verwendet (etwa: Gerhardt 1986, S. 35; Mair und Mayer-Kleiner 2011, S. 27).

Einzig die Studie „Mit dem kranken Partner leben“ (Schönberger und Kardorff 2004) weist einen etwas breiter angelegten Rollenbegriff auf. Dieser wird allerdings weder theoretisch spezifiziert, noch systematisch auf die Analyse angewandt. Entsprechend vage bleibt daher auch die Schlussfolgerung der AutorInnen, dass „die Angehörigenrolle in der Pflegesituation als neues, strukturelles Element hinzutritt, welches die Partnerbeziehung verändert und eine Neuausbalancierung der Lebenssituation zusätzlich erschwert“ (Schönberger und Kardorff 2004, S. 202).

3 Rollentheorie als Heuristik

Der Begriff der sozialen Rolle ist als soziologischer Grundbegriff fest etabliert, wenngleich auf theoretischer Ebene weder eine allgemeingültige Definition noch eine einheitliche Betrachtungsweise bestehen. Für die vorliegende Untersuchung scheint es daher angezeigt, den Rollenbegriff zunächst insoweit zu definieren, als er für die gegenständliche Fragestellung zur Anwendung kommen soll.

3.1 Rolle als Scharnier zwischen Struktur und Handlung

Mit der Feststellung, eine soziale Rolle sei ein „Bündel von sozialen Erwartungshaltungen, die an eine Person in einer bestimmten Position gerichtet werden“ (Bahrtdt 2000, S. 67), lässt sich das Konzept der sozialen Rolle in einer sehr allgemein gehaltenen Definition zusammenfassen. Im Detail gehen die Sichtweisen allerdings auseinander bzw. werden unterschiedliche Aspekte von sozialer Rolle betont. Auffassungsunterschiede entladen sich vor allem entlang der Frage, inwieweit soziale Rollen als verfestigte, normative Strukturen relativ unabhängig von den Individuen existieren, bzw. inwieweit AkteurInnen soziale Rollen und Rollenerwartungen in einem interpretativen und kommunikativen Prozess mit ihrem Gegenüber aushandeln. Die VertreterInnen der je einen oder anderen Sichtweise werden üblicherweise in ein strukturalistisch-normatives (z. B. R. Linton, T. Parsons, R. Merton, R. Dahrendorf) und ein interaktionistisch-interpretatives (z. B. G. H. Mead, R. Turner, H. Blumer, E. Goffman) Lager differenziert (Bahrtdt 2000, S. 66; Miebach 2014, S. 29; Wiswede 1977, S. 14).

Für diese Arbeit möchte ich eine, an Georg Simmel orientierte, integrative Sichtweise vorschlagen. Simmels erkenntnistheoretische Annahme stützt sich auf das Argument, dass den einzelnen Individuen ihr Gegenüber nur durch soziale Verallgemeinerung zugänglich ist (Popitz 1972, S. 32). Individuen können ihre Mitwelt nur durch Abstraktion und Typisierung erfahren und die Menschen treten sich als Typen dessen gegenüber, was ihre sozialen Rollen sind: „Um den Menschen zu erkennen, sehen wir ihn nicht nach seiner reinen Individualität, sondern getragen, erhoben oder auch erniedrigt durch den allgemeinen Typus, unter den wir ihn rechnen.“ (Simmel 1908). Doch, so Simmel weiter, füllen die Individuen diese verallgemeinerten Rollen mit einer – nicht näher definierten – „Individualität“ aus. Menschen sind demzu-

folge zwar Träger von sozial geformten Rollen, doch soziale Beziehungen sind nie gänzlich durch diese Rollen geprägt.

In einer solchen Lesart bildet die soziale Rolle als theoretische Kategorie eine Scharnierfunktion zwischen Gesellschaft, sozial verbindlichen Erwartungshaltungen und normativen Strukturen einerseits und den subjektiven Deutungen, Interpretationen und persönlichen Darstellungen der Individuen andererseits. Diese besondere Positionierung zwischen Struktur und Handlung bedingt gleichsam das theoretisch-analytische Potenzial des Rollenkonzeptes. Rollenanalytisches Denken macht sowohl strukturelle als auch handlungstheoretische Problemstellungen bearbeitbar (Gerhardt 1971, S. 340).

3.2 Von der Rollentheorie zur empirischen Rollenanalyse

Erschwert wird eine theoriegeleitete, empirische Rollenanalyse durch den Umstand, dass keine einheitliche *Rollentheorie* als solche vorliegt. Eine Operationalisierung des Rollenbegriffes bzw. die empirische Nutzbarmachung einzelner rollentheoretischer Annahmen wurde schon lange eingemahnt (Wiswede 1977, S. 14f.), ist aber – wie ein eingehender Blick auf die Literatur belegt – bis heute ausständig. Es liegt zwar ein „Arsenal von Einzeltheorien“ (Wiswede 1977, S. 26) vor, etwa die Theorie des Rollenstress von Goode (1960) oder die Theorie des Rollenkonfliktes von Gross et al. (1958), doch führten diese oder andere empirisch-rollenanalytische Arbeiten zu keinem systematischen Programm der Rollenanalyse.

In einem Versuch der Operationalisierung werden daher in einem nächsten Schritt jene Dimensionen des Rollenbegriffes herausgearbeitet, die hinsichtlich der formulierten Fragestellung relevant, d.h. in der Lage sind, Situation und Belastung der Partnerpflege zu beschreiben und zu erklären. Dazu dient ein mehrdimensionales Rollenkonzept, das zwischen einer strukturalistischen und einer interaktionistischen Perspektive vermittelt und Rolle zudem als Ressource versteht. Durch eine solchermaßen erweiterte Sichtweise werden sowohl strukturelle Rahmenbedingungen der Pflegerolle als auch individuelles Rollenhandeln und das subjektive Rollenerleben der Individuen berücksichtigt. Die so entstehenden drei Dimensionen sozialer Rolle verstehen sich als analytische Unterscheidungshilfe und heuristisches Modell für eine empirisch-soziologische Rollenanalyse.

3.2.1 Rolle als Struktur des sozialen Systems

Aus einer strukturell-normativen Sichtweise werden soziale Rollen durch normative Erwartungshaltungen definiert. Diese werden im Rahmen der Sozialisation internalisiert und durch Sanktionen normativ abgesichert. Rolle und Position (bzw. Status) sind eng verknüpft: eine Rolle zu übernehmen bedeutet, jene Verhaltensweisen, Einstellungen und Wertvorstellungen einzunehmen, die dem Inhaber einer bestimmten Position zugeschrieben werden (Linton 1936, S. 114). In dieser Form sind soziale Rollen funktional für die Gesellschaft, weil sie das Verhalten der Gesellschaftsmitglieder aufeinander abstimmbar machen und reziprokes Verhalten von Individuen ermöglichen (ebd). Ralf Dahrendorf spitzt diese Annahme in seinem berühmten Essay „homo sociologicus“ insofern zu, als dass er den Einzelnen als mehr oder we-

niger willenlosen Träger von sozial vorgeformten Rollen beschreibt: „Der Einzelne *ist* seine sozialen Rollen, aber diese Rollen *sind* ihrerseits die ärgerliche Tatsache der Gesellschaft“ (Dahrendorf 2010, S. 23).

Eine auf diesen Annahmen aufbauende, empirische Rollenanalyse adressiert vor allem Fragen nach den normativen Verhaltenserwartungen an eine Position bzw. die Rollenträger, an den Grad ihrer Verbindlichkeit (Konformitätsdruck) bzw. die sanktionelle Absicherung von Verhaltensnormen. Für das gegenständliche Projekt, welches sich in erster Linie für die subjektiven Sichtweisen und das subjektive Belastungserleben pflegender älterer Frauen interessiert, werden strukturell-normative Aspekte der Pflegerolle relevant, sobald sie für die Betroffenen bedeutsam und damit handlungsanleitend werden. Es geht weniger darum, *die* Rolle der pflegenden Angehörigen zu spezifizieren, sondern die Rolle der pflegenden Angehörigen aus Sicht der Betroffenen nachzuzeichnen. Es sollen damit jene normativen Maßstäbe und antizipierten Erwartungshaltungen aufgedeckt werden, denen sich die Betroffenen verpflichtet fühlen, und der Frage nachgespürt werden, in welchen Situationen oder unter welchen Bedingungen diese Erwartungshaltungen problematisch werden.

3.2.2 Rolle als Interaktion

Die interaktionistische Perspektive betont den dynamischen Charakter des Rollenspiels und geht davon aus, dass Individuen Verhaltensnormen in interpretativen und interaktiven Prozessen situativ aushandeln und modifizieren (Bahrdt 2000, S. 73 f.). Diese Aushandlungen passieren zwar nicht ohne eine Rückbindung an soziale Ordnungsstrukturen, doch betrachtet eine interaktionistische Perspektive die einzelnen Individuen stärker als AkteurInnen und weniger als VertreterInnen eines bestimmten Typus. Die Koinzidenz von Rolle und Position wird dadurch aufgebrochen. Ralph Turner stellt fest: „Role refers to behavior rather than position, so that one may *enact* a role but cannot *occupy* a role.“ (Turner 1956, S. 317) Goffman hebt die Möglichkeit der individuellen Ausgestaltung von Rollen hervor, indem er Rolle zwar als „typische Reaktion von Individuen in einer besonderen Position“ definiert, gleichzeitig aber anmerkt, dass das typische Rollenverhalten nicht zwangsläufig mit dem tatsächlichen Rollenverhalten einer Person zusammenfallen muss (Goffman 1973, S. 104). In seiner dramaturgischen Perspektive analysiert er die Techniken der Selbstdarstellung und Inszenierung von Rollen, die den Individuen in ihrem Alltag dazu dienen, einen bestimmten Eindruck bei ihrem Gegenüber hervorzurufen (Goffman 1983). In enger Verbindung mit der subjektiven Aneignung von Rollen steht das Konzept der Identität. Meads Theorie symbolvermittelter Interaktion formuliert die Fähigkeiten zur Verhaltensantizipation und zur Übernahme von Rollen als Bedingungen für die Ausbildung von Identität (Mead 1973).

Eine interaktionistisch-interpretative Perspektive auf die Rolle der pflegenden Angehörigen interessiert sich für die interpretative und interaktive Aushandlung von Rollen und Rollenerwartungen mit den Bezugspersonen, für Strategien des Rollenmanagements, für die Rollendarstellung und die Bedingungen für ein geglücktes oder gescheitertes Rollenspiel, für das Selbstbild der Betroffenen und ihre Rollenidentität.

3.2.3 Rolle als Ressource

Das Konzept „Rolle als Ressource“ ist eine der seltenen, „jüngeren“ rollentheoretischen Entwicklungen. Es wurde von Baker/Faulkner in den 1990er-Jahren vorgelegt und verbindet strukturalistische und interaktionistische Theorietraditionen (Baker und Faulkner 1991; Callero 1994). Soziale Rollen werden als Ressource interpretiert, weil sie der Erreichung, Sicherung und Festigung sozialer Positionen bzw. eines sozialen Status dienen. Soziale Rollen vermitteln Menschen einen Platz, eine Mitgliedschaft und Anerkennung im sozialen Gefüge und sind Mittel und Voraussetzung, um soziale Identität zu definieren und anzuzeigen. Außerdem sind soziale Rollen der Schlüssel für einen Zugang zu ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital (vgl. Bourdieu 1983) und dienen damit der Durchsetzung und Verfolgung eigener Interessen. AkteurInnen nützen die „Rolle als Ressource“ aktiv dafür, Handlungsziele und Machtpositionen zu erreichen. Die Autoren stellen die strukturalistische Sichtweise bewusst „auf den Kopf“: Rollen generieren neue Positionen und soziale Strukturen (bzw. soziale Netzwerke) und weniger umgekehrt (Baker und Faulkner 1991, S. 281; Callero 1994, S. 229).

Das Konzept der „Rolle als Ressource“ dient in der vorliegenden Arbeit, neben der normativ-strukturellen und der interaktionistischen, als dritte Analysedimension. Aus dieser Perspektive rücken nicht nur Belastungen, sondern auch Chancen und Machtaspekte der Pflegerolle in den Blick. Eine Ressourcen-Perspektive interessiert sich dafür, ob und unter welchen Bedingungen die Betroffenen die Pflegerolle als Ressource einsetzen können, um bestimmte Handlungsziele zu erreichen oder einen bestimmten Status anzuzeigen.

4 Methode und Forschungsdesign

Im Rahmen einer qualitativen Erhebung wurden sieben narrative Interviews sowie eine Gruppendiskussion mit neun pflegenden Frauen im Alter zwischen 70 und 80 Jahren geführt. Sie waren jeweils die Hauptpflegepersonen ihrer Ehegatten, die im gemeinsamen Haushalt, meist ohne nennenswerte externe Hilfe, gepflegt wurden. Rekrutiert wurden die Untersuchungspersonen im Rahmen eines Projektes, welches pflegenden Angehörigen eine Urlaubswoche zur Entlastung und Erholung ermöglichte. Die Auswahl der Untersuchungspersonen erfolgte spontan vor Ort im Sinne eines theoretical samplings. Nach dem Prinzip der Kontrastierung wurden Fälle aufgenommen, die Unterschiede aufwiesen hinsichtlich der Art der Erkrankung des zu Pflegenden (physische vs. psychische Pflegebedürftigkeit bzw. chronische Erkrankung vs. plötzlich eintretende Pflegebedürftigkeit), des Ausmaßes der Pflege (offizielle Pflegestufe zwischen 1 und 5) und der Dauer der Pflegebedürftigkeit (diese variierte zwischen eineinhalb und über 30 Jahren).

Narrative Interviews dienen dazu, erlebte Prozesse und die kognitive Verarbeitung von Erfahrungen nachvollziehbar und verstehbar zu machen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 83). Die Interviews wurden mit einer erzählstimulierenden Frage eröffnet („Bitte erzählen Sie, wie es dazu gekommen ist, dass Sie Ihren Mann pflegen!“) und dann mithilfe eines problemzentrierten Interviewleitfadens fortgeführt.

In allen Fällen konnten durch dieses Vorgehen eine sehr offene und persönliche Erzählung angestoßen und das individuelle Belastungserleben, lebensgeschichtliche Erfahrungen und subjektive Sichtweisen, Wünsche, Ängste und Handlungsstrategien der Betroffenen eingefangen werden.

Die Methode der Gruppendiskussion eignet sich insbesondere dafür, kollektive Orientierungsmuster und Wissensbestände für Gesellschaftsgruppen mit geteilten Lebenslagen und Erfahrungen sichtbar zu machen (Bohnsack 2008, S. 374; Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 93). Die Untersuchung einer relativ homogenen Kohorte, wie sie hier in Bezug auf Geschlecht, Alter und der geteilten Erfahrung als pflegende Angehörige vorlag, stellte somit einen Vorteil bzw. eine Bedingung dar. Methodisch ließen sich geteilte Orientierungs- und Deutungsmuster der Untersuchungspersonen durch die Berücksichtigung von Reaktionen der Gruppe auf bestimmte Meinungsäußerungen, Werthaltungen oder erzählte Handlungen auffinden bzw. offenbaren sich „konjunktive Erfahrungsräume“ durch eine besondere Übereinstimmung und ein intuitives Verständnis zwischen den Diskussionsteilnehmerinnen.

Die Gesprächsinhalte wurden vollständig und wortwörtlich, einschließlich sinntragender Lautäußerungen, Betonungen, Pausen etc. transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch – (in Anlehnung an Kuckartz 2012) sowie sequenzanalytisch ausgewertet. Die Kategorienbildung erfolgte in einem mehrstufigen Prozess, der ein induktives und deduktives Vorgehen kombinierte. Ähnlich dem „Offenen Codieren“ der Grounded Theory Methodologie wurden Konzepte und Themen am Material identifiziert und zu Kategorien zusammengefasst. Dadurch konnte sichergestellt werden, auch jene Aspekte zu berücksichtigen, die zwar für die Forschungsfrage relevant, nicht aber aus der Rollentheorie per se ableitbar sind. Gleichzeitig dienten die drei Dimensionen der Pflegerolle als deduktive Ausgangskategorien, die an das Material herangetragen und die in mehreren Durchläufen präzisiert und ausdifferenziert wurden. Die Codierung des gesamten Materials erfolgte computergestützt mittels der Software MaxQDA. Besonders aussagekräftige Interviewpassagen wurden außerdem einer Sequenzanalyse unterzogen und die Interviews zu Falldarstellungen verdichtet. Die gesamte Auswertung erfolgte im Team und in Abstimmung mit Fachkolleginnen und -kollegen.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den drei beschriebenen Dimensionen sozialer Rolle, wenngleich es sich hierbei um eine rein analytische Trennung handelt und die unterschiedlichen Aspekte sozialer Rollen in den Lebenszusammenhängen der Angehörigen in enger Wechselwirkung stehen.

5.1 Rolle als Dimension des sozialen Systems

5.1.1 Pflegerolle als „Schicksal“

Die Analyse zeigt, dass die Position und Rolle als pflegende Angehörige nicht durch Leistung oder individuelles Zutun erworben wird, sondern vielmehr handelt es sich um eine soziale Zuschreibung, die mit dem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit des Partners ganz selbstverständlich einhergeht. Die Frage, ob man diese Rolle einnehmen will oder kann, stellt sich für keine Einzige der Interviewpartnerinnen und die Übernahme der Pflege ist mehr oder weniger ein Schicksal, dem man sich nicht entziehen kann. Das Ablehnen der Pflege(rolle) ist für die Betroffenen keine praktische, denkbare – oder auch nur ansprechbare – Option. Ein gewisser Zwang zur Rollenübernahme wird von allen Frauen bestätigt bzw. kann als geteilte Erfahrung der Gruppe beschrieben werden. Dies zeigt sich in Formulierungen wie: „weil es einfach so ist“, das „muss man so nehmen“ oder „da kommst du nicht mehr aus“.

5.1.2 Pflege als moralische Verpflichtung

Die Übernahme der Pflege bedeutet die Erfüllung normativer und moralischer Erwartungshaltungen, die sich aus dem Status der Ehefrau und Partnerin ableiten. Das Eheversprechen wird von mehreren Teilnehmerinnen als offizielle Verpflichtung zur Pflege interpretiert, wobei in diesem Zusammenhang auch religiöse Werthaltungen anschließen.

Wir haben wirklich einmal vor dem Altar versprochen, in Freud und Leid, in guten wie in bösen Tagen zusammenstehen. Und das halten wir auch! (Interview 2:214)

5.1.3 Emotionale Verbundenheit und Pflichtgefühl gegenüber dem Partner

Neben einer moralischen Verpflichtung zur Pflege berichten die Betroffenen von einer intrinsischen Motivation, die auf einer emotionalen und langjährigen Verbundenheit mit dem Partner beruht. Gefühle der Liebe und Zuneigung vermischen sich dabei auf eigentümliche Weise mit einem Pflicht- und Verantwortungsgefühl gegenüber dem Partner.

Eine Diskussionsteilnehmerin äußerte sich hinsichtlich ihrer Pflegemotive etwa so:

Weil wir müssen und wollen. (Gruppendiskussion: 13)

In diesem kurzen Statement klingt die Dialektik zwischen moralisch-normativer Verpflichtung einerseits und einer liebevollen, emotionalen Zuneigung andererseits an, die von allen Diskussionsteilnehmerinnen bestätigt und mit dem Motiv der *Treue* umschrieben wird. Einstimmig werden Verlässlichkeit und ein „Immer-da-Sein“ als wichtigste Erwartungen der Partner formuliert.

*Also er will mich bestimmt nicht einengen aber er will, dass ich immer da bin.
(ALLGEMEINE ZUSTIMMUNG DER GRUPPE, NICKEN, GEMURMEL)
(Gruppendiskussion: 593).*

Die Spielräume für eigene Bedürfnisse, Wünsche und Auszeiten werden dadurch sehr klein. Als besonders belastend erleben die Frauen das schlechte Gewissen gegenüber dem Partner, weshalb sie ihre Wünsche nach mehr eigener Freizeit und persönlichen Freiräumen kaum umsetzen.

5.1.4 Änderung oder Verlust der Pflegerolle

Eine einschneidende Änderung der Pflegerolle tritt mit jenem Moment ein, in dem der Partner nicht mehr zu Hause versorgt werden kann. Durch die Übersiedlung des Partners in ein Pflegeheim entfallen zwar etliche Pflegeaufgaben, doch bleibt die Sorge um den Partner sowie ein Verantwortungs- und Pflichtgefühl weiterhin bestehen. Die Überführung des Partners in eine institutionelle Einrichtung wird von allen Studienteilnehmerinnen abgelehnt und ausnahmslos negativ beurteilt.

Jene Angehörige, die ihren Gatten kurz zuvor in einem Pflegeheim unterbringen musste, hadert sehr mit ihrer Situation. Obwohl sie ihren Mann jeden Tag besucht, bezeichnet sie sich selbst nicht mehr als pflegende Angehörige und beklagt, ihre „Lebensfreude verloren“ zu haben. Sie erlebte die Übersiedlung ihres Gatten nicht als Befreiung, sondern als große Belastung und als Bruch in der eigenen und der gemeinsamen Biografie:

*Ich hab so das Gefühl gehabt, ich hab ihn verraten. (*WEINT*) Wie ich ihn weggetan hab. Das war für mich furchtbar. Ich hab das Gefühl, ich hab meinen Mann verraten. Ich hab ihn im Stich gelassen. (*LANGE PAUSE*) Aber es war halt so. Und wir haben so eine gute Ehe gehabt, wir haben uns so gut verstanden. (Interview 6: 172)*

Der Blick in eine ungewisse Zukunft, verbunden mit der Angst, den Partner endgültig zu verlieren, wird von allen Frauen als belastender als die gegenwärtige Pflegesituation beschrieben. Dies wird im Hinblick auf den drohenden, „doppelten“ Verlust von Partner- und Pflegerolle verständlich.

Angehörige 4: „Und dass man, wie soll ich sagen, auch wenn's manchmal schwer ist oder schwierig, wir alle, froh sein sollen, dass wir ihn NOCH haben. Egal in welcher Form.“

(ALLGEMEINE ZUSTIMMUNG DER GRUPPE, GEMURMEL).

Angehörige 4: „Auch wenn er nicht der Gleiche mehr ist, aber er ist noch da.“

Angehörige 3: „Und die Wohnung ist nicht leer.“ (Gruppendiskussion: 923–926).

5.2 Rolle als Interaktion

5.2.1 Darstellung der Rolle/Eindrucksmanagement

Jede Rolle verlangt nach einer überzeugenden Außendarstellung durch wirkungsvolles Eindrucksmanagement. Goffman spricht von einer „Fassade“, durch die Rollen dargestellt werden, bestehend aus Verhalten, Bühnenbild und Erscheinung (Goffman 1983, S. 30).

Probleme bei der Rollendarstellung ergeben sich in jenen Situationen, in denen Krankheit und Pflegebedürftigkeit des Partners für Außenstehende nicht sichtbar sind und damit Status und Position als pflegende Angehörige nicht erkannt werden. Dadurch fühlen sich die Betroffenen weder in ihren Pflegeleistungen und Mühen anerkannt, noch in ihren Belastungen und Bedürfnissen ernst genommen oder verstanden.

*Und dann denk ich mir immer, was werden die Leute sich denken [...] er läuft, er tut (*LACHT LEICHT*), Wo ist da die Pflege? Nicht? Wo, wo ... (Interview 5:75)*

Vor allem bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung ergibt sich die paradoxe Situation, dass eine Pflegebedürftigkeit nicht sichtbar ist (weil „Requisiten“ für die Rollendarstellung, etwa ein Rollstuhl, fehlen), gleichzeitig die Aufrechterhaltung einer Normalitätsfassade mit großen Mühen verbunden ist, da eine geglückte Außendarstellung ständig durch unvorhersehbare, unkonventionelle und als peinlich erlebte Handlungen des Partners gefährdet wird (z. B. Intimitäten ausplaudern, Höflichkeitsregeln verletzen).

5.2.2 Rollenverteilung und Verantwortung

Die Paarbeziehungen der Untersuchungspersonen lassen sich als traditionell bezeichnen und waren durch eine klassische Rollenaufteilung zwischen Mann und Frau gekennzeichnet. Das Eintreten der Pflegesituation erzwang in allen Fällen Änderungen im partnerschaftlichen Rollengefüge und ging mit geänderten und erweiterten Verantwortlichkeiten und Aufgaben seitens der pflegenden Frauen einher.

Ich sag ja immer, ich bin ein verheirateter Single. Wenn in der Wohnung ein Nagel fehlt, so wird den nicht mein Mann machen. Das mach ich selbst. Er macht es nicht. (Interview 5:43)

Die Befragten zeichnen sich durch hohe Anpassungsleistungen aus und können meist Hilfe aus dem engeren, sozialen Umfeld generieren. Die Übernahme ungewohnter Aufgaben wird dabei als weniger belastend beschrieben als das Gefühl, die alleinige Verantwortung für den gesamten gemeinschaftlichen Lebensbereich aufgebürdet zu bekommen. Statt einer geteilten Verantwortung und gemeinsamen Entscheidungsfindung sehen sich die Angehörigen verantwortlich „für alles und jedes“. Probleme bereiten die vielen notwendigen Entscheidungsfindungen, auch über den Kopf des Partners hinweg. Die Frauen berichten davon, ihre Partner nicht „überfahren“ zu wollen, ebenso wie sie „nicht Chef sein“ wollen. Die notwendigen

Neuaushandlungen bergen ein erhebliches Konfliktpotenzial auf partnerschaftlicher Ebene.

5.2.3 Rollenmanagement und Rollenhandeln

In allen beobachteten Fällen induzierte die Erkrankung des Partners Persönlichkeitsveränderungen bzw. Änderungen auf partnerschaftlicher, insbesondere auch emotional-körperlicher Ebene, was insgesamt zu einem erlebten Verlust des Partners bzw. der Partnerschaft führte. Daraus resultiert zumeist eine Verengung der Handlungsorientierung auf die Pflege, wodurch die Pflegerolle tendenziell in den Vordergrund rückt. Die Abgrenzung von Pflegerolle zu Partnerrolle ist dabei diffus und konfliktanfällig. Teils konträre Anforderungen bedingen ein sensibles Rollenmanagement und verursachen Ambivalenzen, die nur schwer auflösbar sind.

Aus den Interviews lassen sich drei unterschiedliche Handlungsstrategien des Rollenmanagements ableiten, die sowohl personen- als auch situationsabhängig zu deuten sind:

„Am Partner orientiertes Pflegen“ Es wird versucht, den Partner weiterhin als selbstständige und autonome Persönlichkeit zu betrachten und nicht über ihn zu bestimmen. Besonders deutlich zeigt sich dies in jener Pflegebeziehung, in der eine Pflegebedürftigkeit des Partners plötzlich und unerwartet eintrat, erst seit kurzer Zeit besteht und die Kognitionsfähigkeit des Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt ist.

*Dass man nichts schematisch macht. Dass man sich immer bewusst ist, dass das **mein** Ehemann ist. Nicht irgendjemand. Sondern das ist meiner. Und wir gehören zusammen. (Interview 2:214)*

Die Doppelrolle als Pflegerin und Partnerin wird zu einer großen psychischen Belastung und Zerreißprobe, da sich die Vorstellungen einer partnerschaftlichen Beziehung nicht widerspruchsfrei mit den pragmatischen Anforderungen des Pflegealltages in Einklang bringen lassen, wenn etwa aus pflegerischen oder organisatorischen Gründen unpopuläre Maßnahmen gesetzt werden müssen (z. B. Essensauswahl für den Pflegebedürftigen treffen) oder äußere Umstände dazu zwingen, die Pflege nicht so „liebevoll“ zu machen, wie man es sich wünschen würde (z. B. den Partner im Rollstuhl „irgendwo abstellen“).

„An eigenen Erwägungen orientiertes Pflegen“ Die pflegende Angehörige ist sich ihrer Position und Aufgaben bewusst, sie nützt ihre Rolle als Ressource für Handlungen und leitet aus ihrem Status gewisse Entscheidungsbefugnisse über ihren Mann, vor allem hinsichtlich pflegerischer Themen, ab.

Unproblematisch und konfliktfrei ist dies in jenen Fällen, wo es zu einer passiven und freiwilligen Unterordnung des Pflegebedürftigen kommt. Die Frauen sprechen davon, dass sie einen „*pflegeleichten*“ oder „*vernünftigen*“ Partner haben, der „*damit zufrieden ist, wie ich das mache*“. Empirisch auffinden lässt sich dieses Handlungsmodell in jener Pflegebeziehung, die aufgrund einer chronischen, physischen Erkrankung des Gatten bereits seit mehreren Jahrzehnten besteht. Es stellt aber auch

das dominante Handlungsmodell in jenem Fall dar, wo seit mehreren Jahren eine demenzielle Erkrankung des Partners vorliegt.

Als problematisch und belastend wird der Pflegealltag erlebt, wenn prinzipiell keine Kooperation oder Unterordnung des Partners zu erwarten ist. Dies ist im untersuchten Sample bei Vorliegen von psychischen Erkrankungen und einem damit verbundenen, aggressiven oder uneinsichtigen Verhalten des Pflegebedürftigen zu beobachten. Die betroffenen Frauen tendieren dann zu einem manipulativen Verhalten. Statt ewiger Aushandlungsprozesse und unnötiger, aber kraftraubender Streitereien setzen sie ihre – als legitim und zum Wohl des Pflegebedürftigen erachteten – Handlungsziele mit Tricks und Täuschungsmanövern durch (z. B. Dinge verstecken oder verschweigen, schlechtes Erinnerungsvermögen für eigene Vorteile nützen, Manipulation bei Medikation etc.).

„Verhindertes Pflegen“ Konflikte und starkes, subjektives Belastungsleben stehen auf der Tagesordnung, wenn Kommunikation und Verständigung mit dem Partner scheitern. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der pflegebedürftige Partner die Notwendigkeit der Pflege leugnet (z. B. Nicht-Erkennen der eigenen Pflegebedürftigkeit/psychischen Erkrankung) oder die Partnerin in ihrer Rolle und ihren Kompetenzen als Pflegekraft nicht ernst nimmt (z. B. weil die pflegende Angehörige selbst krank bzw. psychisch belastet ist).

Also ich bin da auch nicht die Respektperson für ihn. (Interview 5:33)

Ist zur Durchsetzung von Handlungs- oder Pflegestrategien keine Unterstützung durch das soziale Umfeld – etwa Kinder oder medizinisches Personal – zu erwarten, bleibt den betroffenen Angehörigen nur übrig, es „irgendwie auszuhalten“ oder „das Beste draus zu machen“. In diesen Fällen ist eine generell resignierte Grundhaltung der Angehörigen zu bemerken. Versuche, aus der Pflegesituation auszubrechen oder diese grundlegend zu ändern, erfolgten in den untersuchten Fällen jedoch nicht.

Alle drei Szenarien bzw. Handlungsstrategien sind mit Aushandlungsprozessen bezüglich Rollenerwartungen und Anforderungen verbunden, die von den Untersuchungspersonen als deutlich belastend beschrieben werden, als „klassische pflegerische“ Themen. Diese Prozesse nehmen einen gewichtigen Teil der Narrationen ein und stellen *das*, zudem stark emotional besetzte, Hauptthema in allen Interviews dar.

5.2.4 *Selbstbild und Identität*

Insgesamt lässt sich in diesem Sample sehr gut nachvollziehen, wie stark das Selbstbild und eine Vorstellung der eigenen Identität an die interaktive Bestätigung des Umfeldes, vor allem des direkten Gegenübers, geknüpft sind. In allen Fällen stellt der zu pflegende Partner die wichtigste Bezugsperson dar, die sowohl den Status und die Rolle der Partnerin als auch jene der Pflegekraft aufrechterhält. Diese beiden Rollen scheinen für die Untersuchungsgruppe dominant zu sein, was sich mitunter aus einem eher kleinen sozialen Umfeld und einer geringen Rollendiversität erklären lässt. Daher ist auch nachvollziehbar, dass die Frauen ihre Situation stets dann als problematisch und belastend beschreiben, wenn die Bestätigung dieser beiden Rollen aus

unterschiedlichen Gründen ausbleibt (z. B. wegen gesundheitlicher/kognitiver Defizite bzw. Persönlichkeitsveränderungen des Pflegebedürftigen, Übersiedlung in ein Heim).

5.3 Rolle als Ressource

5.3.1 Pflege als Ressource für Selbstwertgefühl

Selbstbestätigung erfahren die Pflegenden dann, wenn sie die eigene Pflegeleistung als erfolgreich einschätzen, selbst wenn es nur bescheidene Erfolge sind, wie etwa „den Tag wieder gut herumgebracht zu haben“. Lob, Dankbarkeit und Wertschätzung vonseiten der Partner werden als wichtige Quelle für ein positives Selbstwertgefühl hervorgehoben. Allerdings formulieren die meisten Betroffenen diesbezüglich den Wunsch nach mehr Anerkennung durch den Partner.

Das fehlt mir. Dass er nie sagt: „das war jetzt gut“. (Gruppendiskussion: 864)

Vereinzelt wird darüber berichtet, dass die insgesamt schwierige Situation die Beziehung zum Partner bzw. das eigene Selbstverständnis gefestigt haben.

Das ist ... man wächst. Man würde nicht meinen ... Ich weiß nicht, von wo das herkommt, aber man wächst. Und dadurch wird man weise. Und, zufrieden. Und man schätzt andere Werte. Und wenn man das zusammenbringt, das ist eine Gabe oder eine Gnade, ich weiß es nicht. (Interview 3:53)

5.3.2 Anerkennung durch Ehrenamt

Interessant ist, dass fünf der neun Untersuchungspersonen außerhalb und zusätzlich zu ihrer häuslichen Pflegetätigkeit anderen ehrenamtlichen Tätigkeiten nachgehen.² Alle Betroffenen bestätigen, dass ein ehrenamtliches Engagement „eine gewisse Befriedigung verschaffen“ kann. Sie verweisen vehement und mehrfach darauf, dass die häusliche Pflege belastender und schwieriger sei, die erbrachten Leistungen jedoch weitgehend unbemerkt bleiben würden. Demgegenüber zeichnet sich ehrenamtliches Engagement durch soziale Anerkennung und Sichtbarkeit aus und bietet darüber hinaus einen Zugang zu kulturellem und sozialem Kapital. Durch die Mitgliedschaft in diversen Vereinen und Gruppen können soziale Kontakte gefördert, Informationen und Erfahrungen ausgetauscht und auch Hilfestellungen für die eigene Situation lukriert werden.

² Der erstaunlich hohe Anteil ehrenamtlich tätiger Personen in dieser Untersuchungsgruppe ist vermutlich nicht auf das Sampling zurückzuführen, da die Untersuchungspersonen aus sehr unterschiedlichen Kontexten und über unterschiedliche Kanäle zum Projekt kamen. Einen positiven Einfluss könnte hingegen die Tatsache haben, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung keine der Untersuchungspersonen einer, auch nicht zeitweisen, beruflichen Tätigkeit nachging.

6 Fazit

Ziel der durchgeführten Studie war es, das Potenzial einer mehrdimensionalen Rollenanalyse für die Untersuchung empirisch-problemorientierter Fragestellungen auszuloten. Die dafür vorgeschlagene dreidimensionale Analyseheuristik diente als Analyseinstrumentarium zur Aufdeckung von Hintergründen und Ursachen des subjektiven Belastungserlebens pflegender, älterer Frauen und ermöglichte ein vertieftes Verständnis für die Situation pflegender Partnerinnen.

Die Analyse zeigt, dass durch die normative Erwartungshaltung einer bedingungslosen und jederzeit zur Verfügung stehenden Pflege der erlebte Autonomie- und Freiheitsverlust für pflegende Partnerinnen besonders hoch ist. Eine, von den Betroffenen als selbstverständlich interpretierte, soziale, moralische und emotionale Verpflichtung zur Sorge um den Partner lässt keine Distanzierung oder gar Ablehnung der Pflegerolle zu. Das Abgeben von Pflege- und Betreuungsaufgaben gerät potenziell unter den Verdacht einer Rollenuntererfüllung oder mangelnden Rollenkonformität und ist stets mit einem erhöhten Legitimationsbedarf sowie einem schlechten Gewissen verbunden. Während eine zurückhaltende Annahme von Unterstützungsangeboten in der Literatur meist auf persönliche Gründe, wie etwa ablehnende Haltung, altruistischer Habitus, finanzielle Hürden etc., zurückgeführt wird (Dräger et al. 2012; EUROFAMCARE 2005, S. 6; Pochobradsky et al. 2005, S. 62), zeigt die vorliegende Studie, dass die Einstellungen, Handlungen und Entscheidungsfindungen der Betroffenen von sozial-normativen Erwartungshaltungen maßgeblich beeinflusst werden. Daraus lässt sich ableiten, dass eine Unterstützung pflegender Angehöriger der Schaffung von Möglichkeitsräumen zur legitimen Distanzierung von der Pflege(-rolle) bedarf, was neben konkreten Maßnahmen insbesondere auch eine Bewusstseinsbildung und Einstellungsänderung voraussetzt.

Es ist bekannt, dass die institutionelle Unterbringung einer pflegebedürftigen Person für die Angehörigen mit einem erhöhten Stress und negativen Gefühlen wie Kontrollverlust, Schuldgefühl, Traurigkeit etc. verbunden ist (Kellett 1999). Vorliegende Studie zeigt, dass eine Heimunterbringung die pflegenden Frauen nicht aus ihrem Pflichtgefühl und ihrer Sorge um den Partner entlässt, gleichzeitig aber die täglichen, als sinnvoll und notwendig erachteten Handlungsroutinen hinfällig werden und eine Neuorientierung im Lebensalltag notwendig wird. Eine Unterstützung von pflegenden Angehörigen im Übergangsprozess von der häuslichen zur institutionellen Pflege scheint damit notwendig und könnte von einer stärkeren Berücksichtigung von Rollenaspekten profitieren. Die Untersuchungsergebnisse lassen positive Effekte auf das Belastungserleben pflegender Angehöriger vermuten, würde man die gemeinschaftliche Entwicklung von neuen, sinnstiftenden Rollenmodellen, in Abstimmung mit Pflegebedürftigen und der professionellen Pflege, fördern. Darüber hinaus könnten mögliche Konflikte, wie sie im Heimkontext immer wieder zwischen professionellem Pflegepersonal und Angehörigen entstehen, vermieden bzw. eine Zusammenarbeit von professioneller und informeller Pflege angestoßen werden (vgl. Engels und Pfeuffer 2007, S. 293).

Die Schilderungen der Betroffenen bestätigten eindrücklich, dass in partnerschaftlichen Pflegearrangements Beziehungsaspekten eine besondere Bedeutung zukommt. Auf die Wichtigkeit einer gelingenden Paarbeziehung für das Wohlbefinden

pflegender Angehöriger wurde in der Literatur mehrfach hingewiesen (Braun et al. 2009, 2010; Gräbel 2000; Pinguart und Sörensen 2003; Trukeschitz et al. 2014). Die vorliegende Analyse zeigt, dass vor allem das geänderte Rollengefüge und Konflikte zwischen unterschiedlichen Rollenanforderungen eine besondere Herausforderung darstellen, die von den Angehörigen als deutlich belastender erlebt werden als andere, „pflegerische“ Aufgaben. Dies verweist einmal mehr darauf, dass häusliche Pflege eine vielschichtige und umfassende Sorgearbeit darstellt, die einer ganzheitlichen Betrachtung bedarf. Die Entwicklung eines ganzheitlichen Pflegebegriffes wäre daher Voraussetzung für eine bedarfsorientierte Pflegeunterstützung, die in Erweiterung herkömmlicher Unterstützungsangebote (Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern etc.) auch eine psychologische und emotionale Unterstützung pflegender Angehöriger inkludiert. Eine rollenanalytische Sichtweise liefert Hintergrund und Erklärung dafür, warum eine emotionale Unterstützung wichtig und bedeutsam ist, und zwar nicht nur für Angehörige von demenziell erkrankten Menschen (dies fordern Kruse und Wahl 1999, S. 341), sondern tendenziell für alle, vor allem partnerschaftliche, Pflegebeziehungen.

In dieser Untersuchungsgruppe wird deutlich, dass die beiden wichtigsten sinn- und identitätsstiftenden Rollen aller Betroffenen, nämlich jene der Partnerin und jene der Pflegerin, in erster Linie von der interaktiven Bestätigung des pflegebedürftigen Partners abhängig sind. Sobald diese Bestätigung ausbleibt, sind ein gelingendes Selbstbild sowie das eigene Identitätsverständnis der Betroffenen gefährdet. Es lässt sich daraus folgern, dass eine gewisse Rollenkomplexität eine wichtige Ressource für das Wohlbefinden pflegender Angehöriger darstellt. Die Relevanz und Notwendigkeit von sozialer Teilhabe und Vernetzung pflegender, älterer Menschen kann damit nicht nur moralisch bestätigt, sondern rollenanalytisch abgeleitet werden.

Nicht zuletzt zeigt sich der Aspekt der sozialen Anerkennung als wichtiger Faktor für ein positives Selbstbild und Selbstwertgefühl der Betroffenen. Daran schließt sich der Aufruf an Politik und Öffentlichkeit, pflegenden Angehörigen für ihre herausfordernde Aufgabe eine erhöhte Wertschätzung entgegenzubringen, ihre Leistungen sichtbar zu machen und zu belohnen, statt diese als gegeben und selbstverständlich vorauszusetzen oder mit ehrenamtlichem Engagement zu verwechseln.

Neben diesen Erkenntnissen wirft die durchgeführte Studie auch einige offene Fragen und weiteren Forschungsbedarf auf. Limitationen ergeben sich in erster Linie in Bezug auf die strukturell-normative Dimension der Pflegerolle, die hier nur ausschnitthaft und exklusiv aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen eingefangen werden konnte. Welchen Einfluss Sozialisation, soziale Herkunft oder Biografie auf die Wirklichkeits- und Bedeutungskonstruktionen der Betroffenen haben oder welche alters- oder geschlechtsspezifischen Normvorstellungen und Diskurse hier außerdem verhandelt werden, sind interessierende Fragestellungen, die durch biografische, diskursanalytische oder gendertheoretische Ansätze sinnvoll ergänzt werden können. Da Rollenverhältnisse nicht als konstant, sondern historisch wandelbar anzunehmen sind, bedürfte es einer prozessorientierten Analyse, um auch Änderungen der Pflegerolle im Rahmen einer Pflegekarriere zu untersuchen. Zudem wäre eine Ausweitung der Untersuchung auf andere Personengruppen aufschlussreich.

Schließlich ist anzumerken, dass das analytische Potenzial der soziologischen Rollentheorie nicht voraussetzungslos, sondern maßgeblich davon abhängig ist, das soziologische Konzept von Rolle in Rückbindung an dessen theoretische Wurzeln operationalisierbar zu machen. Diese Aufgabe ist alles andere als banal, denn ein ausgearbeitetes Programm der empirischen Rollenanalyse ist aktuell nicht verfügbar. Die Kritik, dass die soziologische Rollentheorie häufig nur als Steinbruch für Begrifflichkeiten und allgemeine Beschreibungen diene, mag zutreffend sein. Nicht zuletzt kann sie aber auch als eine Aufforderung an die soziologische Theoriebildung verstanden werden, sich den bislang vernachlässigten Fragen der Operationalisierung und empirischen Anwendung ihrer Konzepte zu stellen. Die Klärung des Verhältnisses zwischen Theorie und Empirie scheint essenzielles Moment und Voraussetzung dafür zu sein, das analytische Potenzial soziologischer Konzepte für eine theoriebasierte und systematische Bearbeitung anwendungsbezogener Fragestellungen ausschöpfen zu können. Nicht zuletzt ist die vorliegende Arbeit daher auch als Anregung zu verstehen, dem „vergessenen Paradigma“ der Rollentheorie (Schülein 1989) wieder eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken und dabei bislang ungeklärte methodologische Fragen verstärkt zu berücksichtigen.

Funding Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

- Allen, Susan M., Frances Goldscheider, und Desirée Ciambone. 1999. Gender roles, marital intimacy, and nomination of spouse as primary caregiver. *The Gerontologist* 39(2):150–158.
- Appelt, Erna, Eva Fleischer, und Max Preglau (Hrsg.). 2014. *Elder Care. Intersektionelle Analysen der informellen Betreuung und Pflege alter Menschen in Österreich*. Innsbruck, Wien: StudienVerlag.
- Bahrdt, Hans Paul. 2000. *Schlüsselbegriffe der Soziologie*. München: Beck.
- Baker, Wayne E., und Robert R. Faulkner. 1991. Role as resource in the Hollywood film industry. *American Journal of Sociology* 97(2):279–309.
- Blinkert, Baldo, und Thomas Klie. 2004. Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. *Sozialer Fortschritt* 53(11/12):319–325.
- Blumer, Herbert. 1973. Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In *Alltagswissen, Interaktionen und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Hrsg. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, 80–146. Reinbek: Rowohlt.
- Bohnsack, Ralf. 2008. Gruppendiskussion. In *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Hrsg. Uwe Flick, Ernst von Kardorff, und Ines Steinke, 369–384. Reinbek: Rowohlt.
- Bourdieu, Pierre 1983. *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Braun, Melanie, Urte Scholz, Barbara Bailey, Sonja Perren, Rainer Hornung, und Mike Martin. 2009. Dementia caregiving in spousal relationships: a dyadic perspective. *Aging & mental health* 13(3): 426–436. <https://doi.org/10.1080/13607860902879441>.
- Braun, Melanie, Urte Scholz, Rainer Hornung, und Mike Martin. 2010. Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzzkranken. Hinweise zur Validität der deutschen Version des Zarit Burden Interviews. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43(2):111–119. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0097-6>.
- Brügger, Sarah, Adrienne Jaquier, und Beat Sottas. 2016. Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49(2):138–142. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0940-x>.

- Callero, Peter L. 1994. From role-playing to role-using: understanding role as resource. *Social Psychology Quarterly* 57(3):228–243.
- Corbin, Juliet M., und Anselm L. Strauss. 1985. Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative Sociology* 8(3):224.
- Corbin, Juliet M., und Anselm L. Strauss. 2004. *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Dahrendorf, Ralf. 2010. *Homo sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle*. Wiesbaden: VS.
- Davis, Linda Lindsey, Deborah Chestnutt, Margory Molloy, Tess Deshefy-Longhi, Bomim Shim, und Catherine L. Gilliss. 2014. Adapters, strugglers, and case managers: a typology of spouse caregivers. *Qualitative health research* 24(11):1492–1500. <https://doi.org/10.1177/1049732314548879>.
- Dräger, Dagmar, Andrea Budnick, Katja Kummer, Corinna Seither, und Stefan Blüher. 2012. Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. *Public Health Forum* 20(1):31.e1–31.e3.
- Engels, Dietrich, und Frank Pfeuffer. 2007. Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. In *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“*, Hrsg. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 233–300. München: BMFSFJ.
- EUROFAMCARE. 2005. *Zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse aus der EUROFAMCARE-Sechsländer-Studie*. Hamburg: EUROFAMCARE.
- Gerhardt, Uta. 1971. *Rollenanalyse als kritische Soziologie. Ein konzeptueller Rahmen zur empirischen und methodologischen Begründung einer Theorie der Vergesellschaftung*. Neuwied, Berlin: Luchterhand.
- Gerhardt, Uta. 1986. *Patientenkarrieren*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving. 1973. *Interaktion: Spaß am Spiel, Rollendistanz*. München: Piper.
- Goffman, Erving. 1983. *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. München, Zürich: Piper.
- Goode, William J. 1960. A theory of role strain. *American Sociological Review* 25(4):483–496.
- Gräßel, Elmar. 2000. Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 13:85–94.
- Gross, Neal, Ward S. Mason, und Alexander W. McEachern. 1958. *Explorations in role analysis. Studies of the school superintendency role*. New York: John Wiley & Sons.
- Hagedoorn, Mariet, Bram P. Buunk, Roeline G. Kuijer, Theo Wobbles, und Robert Sanderman. 2000. Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology* 9:232–242.
- Hörl, Josef, Franz Kolland, und Gerhard Majce. 2009. *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme*. Wien: BMSK.
- Horowitz, Amy, und Lois W. Shindelman. 1983. Reciprocity and affection. *Journal of Gerontological Social Work* 5(3):5–20. https://doi.org/10.1300/J083V05N03_02.
- Kaizik, Cassandra, Jashelle Caga, Julieta Camino, Claire M. O'Connor, Colleen McKinnon, Jan R. Oyebo-de, Olivier Piguat, John R. Hodges, und Eneida Mioshi. 2017. Factors underpinning caregiver burden in frontotemporal dementia differ in spouses and their children. *Journal of Alzheimer's disease : JAD* 56(3):1109–1117. <https://doi.org/10.3233/JAD-160852>.
- Kellett, Ursula M. 1999. Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of advanced nursing* 29(6):1474–1481.
- Kruse, Andreas, und Hans-Werner Wahl. 1999. III. Soziale Beziehungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32(5):333–347.
- Kuckartz, Udo. 2012. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Juventa.
- Lazarus, Richard S., und Susan Folkman. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leipold, Bernhard, Claudia Schacke, und Susanne Zank. 2006. Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39:227–232.
- Linton, Ralph. 1936. *The study of man*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Mair, Anita, und Roswitha Mayer-Kleiner. 2011. Belastungen pflegender Angehöriger von Demenzerkrankten in Tirol. *Österreichische Pflegezeitschrift* 64(3):26–29.
- Mairhuber, Ingrid, und Karin Sardadvar. 2017. *Erwerbstätige pflegende Angehörige in Österreich: Herausforderungen im Alltag und für die Politik. Projekt-Teilbericht: Policy-Analyse und politische Empfehlungen*. Wien: FORBA.
- Mead, Georg Herbert. 1973. *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Miebach, Bernhard. 2014. *Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Mischke, Claudia. 2012. Ressourcen pflegender Angehöriger – eine Forschungslücke? Gesundheitssoziologische und empirische Annäherung an ein bislang vernachlässigtes Forschungsfeld. *Pflege* 25(3):163–174.
- Mischke, Claudia, und Martha Meyer. 2008. „Am Ende habe ich gewusst, was ich am Anfang gerne gewusst hätte“. *Beratung pflegender Angehöriger – Beratungsbedarfe im Verlauf von ‚Pflegendenkarrieren‘ aus Perspektive Pflegender Angehöriger. Projektabschlussbericht*. Saarbrücken: HTW.
- Nijboer, Chris, et al. 2001. The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer* 91:1029–1039.
- ÖPIA Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen. 2015. *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1. Erhebung 2013/2014 Wien und Steiermark*. Wien: ÖPIA.
- Perner, Andrea, Norbert Köhler, Elmar Brähler, und Heide Götz. 2012. Lebensqualität und Zufriedenheit pflegender Angehöriger von krebskranken Palliativpatienten – Befragung nach Versterben der Patienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 58(3):267–281.
- Pinquart, Martin, und Silvia Sörensen. 2003. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *Journals of Gerontology, Series B* 58(2):112–128.
- Pochobradsky, Elisabeth, Franz Bergmann, Harald Brix-Samoylenko, Henning Erfkamp, und Renate Laub. 2005. *Situation pflegender Angehöriger. Endbericht*. Wien: BMSK.
- Popitz, Heinrich. 1972. *Der Begriff der sozialen Rolle als Element der soziologischen Theorie*. Tübingen: Mohr.
- Przyborski, Aglaja, und Monika Wohlrab-Sahr. 2014. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Schaeffer, Doris. 2006. Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39:192–201.
- Schneekloth, Ulrich, und Hans-Werner Wahl. 2005. *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. München: BMFSFJ. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, Ulrich, und Hans-Werner Wahl. 2007. *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“*. München: BMFSFJ. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schönberger, Christine, und Ernst von Kardorff. 2004. *Mit dem kranken Partner leben. Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker*. Wiesbaden: Springer.
- Schüle, Johann August. 1989. Rollentheorie revisited: Wissenssoziologische Anmerkungen zu einem vergessenen Paradigma. *Soziale Welt* 40(4):481–496.
- Simmel, Georg. 1908. *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Trukeschitz, Birgit, Theresa Sengschmid, und Ulrike Schneider. 2014. Versteckte Kosten der Angehörigenpflege: Die psychosoziale Belastung pflegender Angehöriger. In *Elder Care. Intersektionelle Analysen der informellen Betreuung und Pflege alter Menschen in Österreich*, Hrsg. Erna Appelt, Eva Fleischer, und Max Preglau, 113–130. Innsbruck, Wien: StudienVerlag.
- Turner, Ralph H. 1956. Role-taking, role-standpoint, and reference-group behavior. *The American Journal of Sociology* 61(4):316–328.
- Wiswede, Günter. 1977. *Rollentheorie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zank, Susanne, und Claudia Schacke. *Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2*. Siegen: Universität Siegen.
- Zarit, Steven, Pamela Todd, und Judy Zarit. 1986. Subjective burdens of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist* 26(3):260–266.

Verena Gebhart ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der fhg-Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH sowie PHD Studierende an der Universität Innsbruck, Institut für Soziologie. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte liegen in der Alterssoziologie und der qualitativen Pflege- und Gesundheitsforschung.