

Familienpflege

Familiale Notsituationen und ihre Bewältigung

Gudrun Cyprian

Marina Rupp

Unter Mitarbeit von

Veronika Hammer

© 2000 Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb)
D-96045 Bamberg
Hausadresse: Heinrichsdamm 4, D-96047 Bamberg

Leiter: Prof. Dr. Dr. h.c. Laszlo A. Vaskovics
Tel.: (0951) 965 25 – 0
Fax: (0951) 965 25 – 29
E-mail: sekretariat@ifb.uni-bamberg.de

Jeder Nachdruck und jede Vervielfältigung – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Staatsinstituts für Familienforschung an der Universität Bamberg.

Umschlagentwurf: fly out, Bamberg
Druck und Bindung: Rosch Buch, Scheßlitz

Die Druckkosten des Materialienbandes übernahm das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Zusammenfassung	7
Problemskizze	8
I. Bedarf und Bedarfsermittlung von familienpflegerischen Leistungen	11
1. Gesetzliche Bestimmungen der Leistungsfälle	11
2. Mütter- bzw. frauenspezifische Gesundheitsstörungen und Krankheiten	14
3. Kuraufenthalt der Mutter	17
4. Schwangerschaften und Mehrlingsgeburten	19
5. Weitere Ursachen familialer Notsituationen.....	20
6. Fazit.....	23
II. Familieninterne Bewältigungsstrategien familienpflegeinduzierter Notsituationen..	25
1. Familienformen und Familiendemographie	26
2. Aufgabenteilung der Familien	29
3. Materielle Ausstattung	30
4. Fazit II	31
III. Soziale Netze und externe Ressourcen	33
1. Herkunftsfamilie bzw. primäres Netz	34
2. Das weitere (oder sekundäre) soziale Netz.....	37
3. Halbinstitutionelle Möglichkeiten der Hilfe	40
4. Kinderbetreuung – Bedarf und Nutzung öffentlicher Einrichtungen.....	40
5. Regionale Unterschiede	41
6. Fazit III.....	42
IV. Information und Verhalten des Gesundheitswesens	43
1. Informationsstand und Nutzung der Familienpflege	43
2. Aspekte des Bewilligungsverfahrens	44
V. Ressourcen der Familienpflege	47
VI. Wirkungen familienpflegerischer Leistungen	52
1. Evaluationsstudien in der Familienpflege.....	52
1.1 Wirkungsuntersuchungen im Bereich der sozialen Dienstleistungen	52
1.2 Die Schwierigkeit, die „Wirkungen“ der Familienpflege sichtbar zu machen.	53
2. Indirekte Wirkungen der Familienpflege: die Bedeutung präventiver Funktionen ..	55
3. Qualität und Qualitätssicherung in der Familienpflege	57
3.1 Die Dominanz von Qualitätsüberlegungen in der stationären Alten-, Kranken- und Behindertenpflege.....	58
3.2 Qualitätskriterien in der Familienpflege.....	59
3.3 Kundenorientierte Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsverfahren	61
VII. Resümee der offenen Fragen	63
Literatur	66

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1: Haushalte mit ledigen Kindern in Deutschland	27
Tab. 2: Geschwisterkonstellationen in der Familie	28
Tab. 3: Erwerbsbeteiligung der Mütter nach Alter des Kindes	30
Tab. 4: Anteil institutioneller Kinderbetreuung	41

Vorwort

Die Ergebnisse der ifb-Forschungsarbeiten werden in zwei institutseigenen Publikationsreihen vorgelegt: ifb-Forschungsberichte und ifb-Materialien.

In den ifb-Forschungsberichten werden Endergebnisse von Projekten des ifb veröffentlicht, welche Forschungslücken durch eigene Erhebungen oder durch Reanalysen bereits vorhandener Daten schließen. Die Ergebnisse werden auf der Grundlage des aktuellen Standes der Forschungsliteratur interpretiert und für die wissenschaftliche Diskussion zur Verfügung gestellt.

In der Reihe der ifb-Materialien werden vorzugsweise Zwischenergebnisse laufender Projekte, Arbeitsberichte über die Forschungsaktivitäten des Instituts sowie Manuskripte aufgenommen, die Ergebnisse von Vorarbeiten für zur Drittmittelförderung vorgesehene größere Forschungsvorhaben beschreiben. Daneben werden in unregelmäßiger Reihenfolge Vortrags-Manuskripte von MitarbeiterInnen des Staatsinstituts veröffentlicht, die sich inhaltlich auf die Forschungsergebnisse des Instituts beziehen bzw. mit ihnen in Zusammenhang stehen. Weiter informiert das Institut durch Jahresberichte, in denen über alle abgeschlossenen, laufenden und für die nächsten Jahre beschlossenen Forschungsprojekte zusammenfassend berichtet wird. Hinzuweisen ist außerdem auf die „Zeitschrift für Familienforschung“, die in Trägerschaft des ifb beim Verlag Leske + Budrich erscheint.

Die vorliegende Expertise entstand im Rahmen der Vorbereitungen eines Forschungsprojektes über die Situation der Familienpflege in Bayern. Für die Konzeption dieser empirischen Studie war es zunächst erforderlich, einen Überblick über den Stand der Forschung zu geben. Zumal die Situation der Familienpflege von sehr unterschiedlichen Aspekten beeinflusst wird, lagen Informationen zur Thematik bislang nur verstreut bzw. in Einzelaspekten vor. Sie zusammen zu stellen und zu strukturieren, war die Zielsetzung dieser Bestandsaufnahme die hiermit einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden soll.

Die aus dieser Vorarbeit gewonnenen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen bilden die Basis für die Umsetzung des Forschungsprojektes „Familienpflege in Bayern“. Zwischenzeitlich wurden in diesem Rahmen drei empirische Teilstudien realisiert: eine Befragung von Familienpflegerinnen, die Analyse von Krankenkassendaten sowie die Untersuchung der Position von Kostenträgern. Die Ergebnisse dieser Studien werden unter dem Titel „Familienpflege in Bayern“ Anfang 2001 in einer ifb-eigenen Veröffentlichungsreihe publiziert.

Bamberg, August 2000

L.A. Vaskovics

Zusammenfassung

Der Bedarf an Familienpflege wird von vielen Einflussfaktoren bestimmt. Über die Evidenz der einzelnen Aspekte und ihr Zusammenspiel ist bislang wenig bekannt. Familienpflege tritt ein, wenn eine Notsituation bei der Betreuung der Kinder und der Haushaltsführung entsteht und diese nicht durch andere Bewältigungsmechanismen aufgefangen wird. Deutlich wird daran, dass es sich um ein komplexes System handelt, in dem verschiedene Hilfequellen wie auch Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Familienpflege zu berücksichtigen sind.

Die erste Größe, die hier ins Auge gefasst werden muss, ist die Häufigkeit, mit der Notsituationen eintreten, die Bedarf an Familienpflege auslösen können. Die häufigste Ursache bildet die Erkrankung der Mutter. Schwangerschaft oder die Geburt eines weiteren Kindes sind schon weniger oft Auslöser für einen Bedarf. Ähnliches gilt für einen Kuraufenthalt der Mutter. Daneben gibt es Familienkonstellationen, die grundsätzlich eher Hilfe bedürfen, aber selbst zahlenmäßig nicht sehr häufig vorkommen: Familien mit Mehrlingen, vielen Kindern oder auch behinderten Kindern. Diese bei den Leistungsträgern erhobene, noch erweiterungsfähige Liste möglicher Bedarfsursachen besagt allerdings wenig über das tatsächliche Ausmaß von Notsituationen und den zeitlich befristeten Bedarf an Familienpflege.

Familien haben in der Regel eine Reihe von Ressourcen zur Bewältigung von Notsituationen. Zunächst können viele Probleme intern gelöst werden. Allerdings gibt es zunehmend Familienformen mit geringerer Eigenkapazität, hierzu zählen z.B. Ein-Elternteil-Familien. Weiterhin wird vor allem von der älteren Generation, aber auch von Geschwistern Hilfe erwartet und sofern möglich auch gewährt. Diese Quelle versagt allerdings unter bestimmten Umständen: Wenn die Beziehungen sehr schlecht sind oder auch, wenn die Hilfe mit zu großem Aufwand verbunden wäre. Solche Hürden können räumliche Entfernung aber auch die Berufstätigkeit der potentiellen Helfer darstellen. Daraus kann man schließen, dass mit zunehmender Mobilität und Berufstätigkeit der Frauen das Potential an Unterstützung abnimmt. Kompensiert werden könnte diese allerdings durch verstärkte Unterstützung von Freunden bzw. dem sozialen Netz. Obgleich auch hier ein relevantes Unterstützungspotential vermutet werden kann, wird aus diesen Kreis weitaus weniger Hilfe erwartet als aus dem engeren Familienverband, vor allem in bezug auf langfristige oder besonders schwierige Aufgaben. Es ist daher anzunehmen, dass das weitere soziale Netz nicht alle Defizite auffangen kann und insbesondere Familien mit besonderen Belastungen eher auf Dienstleistungen gewiesen sind.

Ob und wie weit der grundsätzliche Bedarf in eine Inanspruchnahme mündet, wird letztlich auch durch Informationen und die Strukturen des Gesundheitswesens beeinflusst. Hier steht zu erwarten, dass sozial schwache oder auch stark belastete Familien größere Schwierigkeiten haben, die nötigen Informationen zu erlangen, ihren Bedarf anzumelden und bei den Kostenträgern durchzusetzen, als andere.

Grundsätzlich wird die Nutzung der Familienpflege auch durch deren Kapazitäten bestimmt. Hier ist offenbar ein Engpass gegeben, denn schon die geäußerte Nachfrage übersteigt das Angebot zur Zeit offenbar. Es könnten also wesentlich mehr Einsätze durchgeführt werden, wenn es nicht an Personal und Kapazität mangeln würde.

Problemskizze

Der Themenbereich Familienpflege ist durch zwei markante Aspekte gekennzeichnet: Zum einen handelt es sich um ein recht heterogenes Feld, das zwar durch gesetzte Ansprüche normiert ist, dessen Normen jedoch auf verschiedene Gesetze verstreut sind und sich zudem an unterschiedliche Leistungsträger adressieren. Zum anderen finden sich kaum einschlägige Informationen über die Evidenz der zugrundeliegenden Umstände, über Bedarf und Bedarfsdeckung. Aus diesem Grunde ist es erforderlich, das Thema möglichst breit aufzuspannen und *zugleich* einen systematisch-strukturierenden Zugang zu schaffen.

Familienpflege wird als ein Instrument zur Kompensation familialer Notsituationen verstanden. Solche Problemfälle treten dann ein, wenn Kinder zu versorgen sind und der Elternteil, der die Erziehung und Haushaltsführung (überwiegend) übernommen hat, nicht in der Lage ist, seine Aufgaben auszufüllen. Diese Betreuungs- und Versorgungsleistung wird in aller Regel von der Mutter übernommen. Diese Erfahrungswerte werden auch durch die tatsächlichen Einsätze der Familienpflegerinnen in Bayern bestätigt: Expertenangaben zufolge (ifb-Projekt 1998¹) sind es fast ausschließlich Erkrankungen oder Sondersituationen der Mütter, welche zur Inanspruchnahme des sozialen Dienstes der Familienpflege führen. Männer tragen seltener diesen Teil der Verantwortung für die Familie – dann vor allem als alleinerziehende Väter –, weshalb im folgenden oft vereinfachend nur auf die Mütter Bezug genommen wird. Im Hinblick auf den potentiellen Einsatz von Familienpflege stellt sich nun die Frage, wie Familien mit solchen Situationen umgehen: Wer kümmert sich um die Kinder, versorgt den Haushalt und pflegt gegebenenfalls die Kranke? Dabei kennt die Familienpflege eine breite Palette von Einsatzgründen:

- Erkrankung (der Mutter),
- Krankenhausaufenthalt,
- Kuraufenthalt (der Mutter),
- Mehrlingsgeburten,
- Risikoschwangerschaft sowie
- sonstige Notsituationen.

In all diesen Fällen könnten Familien Unterstützung im Rahmen der Familienpflege beanspruchen, doch tun das bei weitem nicht alle. Die meisten, so steht zu vermuten, helfen sich selbst bzw. greifen auf private Unterstützung zurück.

Die erste Frage, die im Hinblick auf die Wahrnehmung der Familienpflege zu klären ist, wäre demnach die nach internen Kompensationsmöglichkeiten: Inwieweit sind die Familienmitglieder – insbesondere Mann und Kinder – in der Lage, Aufgaben zu übernehmen bzw. in welchem Maße brauchen sie (noch) selbst Betreuung (wie z.B. Kleinkinder)? Neben der Familienform spielen hier das Alter der Kinder und die Berufstätigkeit der Eltern eine wesentliche Rolle. Moderne Familien verfügen im eigenen Haushalt vermutlich über eher geringe

¹ Es handelt sich um eine bislang unveröffentlichte Studie zur Situation der Familienpflege in Bayern, in deren Rahmen ExpertInnen und MitarbeiterInnen der Familienpflege befragt wurden.

Ressourcen, doch bewegen sie sich in einem Beziehungsgefüge, das durchaus leistungsfähig sein kann. Den zweiten wesentlichen Bestimmungsfaktor des Bedarfes an Familienpflege bilden daher die sozialen Netze, also Verwandtschaft – hier insbesondere die Herkunftsfamilie -, Freunde und Nachbarschaft. Vor allem bei kurzfristigen Notlagen dürfte dieser Kreis ein relevantes Potential an Unterstützung bereithalten. Reicht dies jedoch nicht oder sind die Bindungen nicht eng genug, so ist auch in Betracht zu ziehen, ob und inwieweit Familien Dienstleistungen heranziehen (können).

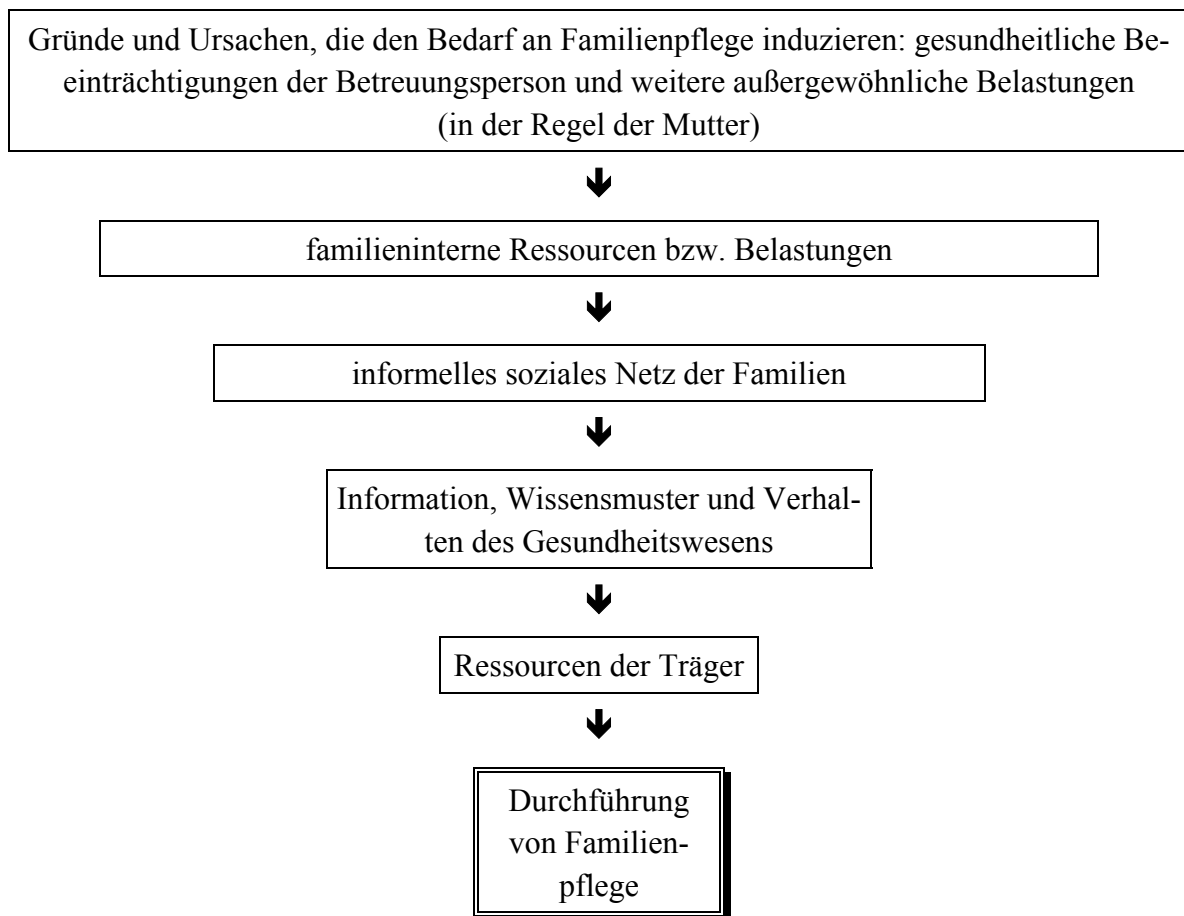
Erst wenn diese Ressourcen erschöpft bzw. nicht ausreichend sind, entsteht der konkrete Bedarf an Familienpflege. Ob er sich auch entsprechend befriedigen lässt, hängt davon ab, wie er im weiteren angemeldet, kanalisiert und im Gesundheitswesen „bearbeitet“ wird. In diesem Kontext ist zunächst an die „Nachfrager“, also die Familien zu denken. Ihre Chance auf Hilfe wird maßgeblich von ihrem Informationsstand und ihren -quellen bestimmt: Kennen sie die Leistungsgründe, wissen sie, welche Möglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen und wie sie diese aktivieren können, so werden sie eher in der Lage sein, ihre Ansprüche auch anzumelden und durchzusetzen, als im Falle fehlender Information. Einen weiteren Einflussfaktor bildet die ärztliche Verschreibungspraxis, wann und unter welchen Umständen der behandelnde Arzt bereit ist, einen Bedarf zu attestieren. Analog ist das Verhalten der Leistungsträger – also in der Regel der Krankenkassen – von Belang: Es stellt sich die Frage nach der Bewilligungspraxis.

Ob Familienpflege zum Einsatz kommt, ist allerdings auch eine Frage der verfügbaren Ressourcen auf Seite der „Dienstleister“. Da die Bedarfe nur in einem Teil der Fälle (z.B. bei Kuren) längerfristig bekannt sind, kann kaum eine effektive Kapazitätsplanung betrieben werden. Mangelnde Kapazitäten oder auch Flexibilität der Träger sowie der FamilienpflegerInnen selbst begrenzen gegebenenfalls die Möglichkeiten der Hilfe. Maßgeblich für Zustandekommen und Umfang der Leistung kann weiterhin sein, ob und in welchem Maße Kooperationen gelingen – insbesondere mit Hilfsangeboten aus dem sozialen Netz. Glückt es, verschiedene Quellen zu koordinieren, wird der erforderliche Leistungsumfang geringer ausfallen; gibt es umgekehrt Konflikte oder gar Konfrontationen zwischen privaten und professionellen Helfern, so kann es auch zur völligen Verdrängung einer der beiden Seiten kommen.

Die Frage, ob und wann Familienpflege in Anspruch genommen wird, ist demnach nur teilweise eine Frage des Vorliegens einer akuten Notsituation. Informations- und Definitionsprozesse spielen hier ebenso eine große Rolle wie die Familienstruktur, soziale Beziehungen und daran geknüpfte Wertvorstellungen und Erwartungen. Dabei wirken die genannten Dimensionen gewissermaßen wie Filter: Wenn die internen Ressourcen verbraucht sind, wendet man sich an das soziale Netz, wenn dies nicht greift, kommen professionelle Hilfen in Betracht. Hier begrenzen mangelhafte Informationen auf der einen und ausgrenzende Verwaltungsstrategien auf der anderen Seite die tatsächliche Durchsetzung von Ansprüchen. Schließlich entscheidet die Verfügbarkeit von professionellen Helfern darüber, ob und in welchem Umfang die Familienpflege tatsächlich zum Einsatz gelangt. Der Kreis schließt sich gewissermaßen, wenn wir dann nach der Wirkung dieser Leistungen fragen, d.h. danach, was durch diese in den Familien verändert wird, ob sie bedarfsgerecht ausgestaltet sind und welche Auswirkungen sie auf eine eventuelle neuerliche Bedarfsentwicklung zeitigen.

Die genannten Bestimmungsfaktoren lassen sich für die meisten Fälle modellhaft in Form eines Trichters mit zahlreichen Filterungsebenen vorstellen. Selbstredend handelt es sich bei diesem Ablaufmodell nur um eine Typisierung, die nicht allen Varianten gerecht werden kann. So sind insbesondere Notlagen gemäß dem KJHG aufgrund ihrer Heterogenität nur schwer in eine derartige Systematik zu integrieren. Dennoch erschien es uns hilfreich, ein Modell zu entwickeln, welches das dominante Muster wiedergibt und das so als roter Faden zur Bearbeitung des Themas herangezogen werden kann.

Vom Bedarf bis zum Einsatz von Familienpflege – ein Prozessmodell



I. Bedarf und Bedarfsermittlung von familienpflegerischen Leistungen

Exakte Bedarfsermittlungen für den Bereich Familienpflege wurden bislang nicht durchgeführt, allerdings existieren Modellrechnungen. Anhand derer gehen Kühnert/Frerichs und Rohleder davon aus, dass der Basisbedarf bei 70 Pflegebedürftigen je 10.000 Einwohner liegen müsste (1993: 52). Allerdings vermuten sie, dass nur rund 30% dieses Bedarfes auch tatsächlich in eine Nachfrage nach professioneller Hilfe münden. Dies wiederum würde bedeuten, dass 1,6 Pflegekräfte je 10.000 Einwohner benötigt würden, und somit eine deutliche Unterversorgung zu konstatieren sei. Zu gleicher Zeit (1993) lag der Deckungsgrad bei nur einer Pflegekraft. Auch wenn nicht klar ist, wieweit diese Annahmen auch heute noch zutreffen, gleich geblieben ist jedenfalls die unzulängliche Informationsbasis über den Bedarf an familienpflegerischen Leistungen. Resümierend lässt sich festhalten, dass es für den ambulanten Bereich bislang nur grobe Schätzungen gibt (Ministerium für Arbeit NRW1996: 115).

Nähert man sich der Problematik von der Nachfrageseite her, so kann bei den Einsatzgründen angesetzt werden: Familienpflege setzt eine bestimmte Bedürfnislage voraus, und zwar eine familiäre, zeitlich begrenzte Notsituation. Diese ist typischerweise dann gegeben, wenn die Mutter (oder eine andere Betreuungsperson) ihren Betreuungs- und Haushaltsaufgaben aufgrund von Krankheit, Kuraufenthalt oder einer anderen wichtigen Verhinderung nicht nachkommen kann. Es gibt somit sehr verschiedene Situationen, in denen die Familienpflege zum Einsatz gelangen kann. Aus der Erfahrung der PflegerInnen und LeiterInnen (ifb-Studie 1998) konnte eine Typisierung der Anlässe vorgenommen werden (siehe oben), anhand derer im folgenden versucht wird, den Bedarf an familienpflegerischen Leistungen näher zu bestimmen. Zunächst sollen jedoch die rechtlichen Grundlagen für diese Unterstützung rekapituliert werden, ehe wir – entlang der Bedeutsamkeit der Leistungsgründe – einen Überblick über die vorhandenen Informationen zum Bedarf an Familienpflege geben.

1. Gesetzliche Bestimmungen der Leistungsfälle

Von den verschiedenen Regelungen, nach denen familienpflegerische Leistungen gewährt werden können, sind die beiden folgenden am bekanntesten und bedeutendsten (Paritätisches Bildungswerk 1993):

Nach § 38 SGB V (Haushaltshilfe) kann aus gesundheitlichen Gründen eine Sach- und Rechtsanspruchsleistung der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Der Arzt kann Haushaltshilfe/Familienpflege verordnen, wenn die/der Erkrankte den Haushalt allein führt oder der/die Partner/in z.B. berufstätig ist, mindestens ein Kind unter 12 Jahren im Haushalt versorgt werden muss und auch keine andere im Haushalt lebende Person helfen kann. Haushaltshilfe ist eine Sachleistung. Daher müssen Versicherte, denen der Arzt Haushaltshilfe/Familienpflege verordnet hat, einen Antrag an die Krankenkasse stellen. Selbstzahler klären die Kostenübernahme bei ihrer Beihilfestelle oder der privaten Krankenkasse.

Nach SGB VIII (Versorgung und Betreuung des Kindes in Notsituationen) kann das Jugendamt als möglicher Kostenträger angefragt werden. Falls keine Anspruchsverpflichtung über

SGB V besteht, kann das Jugendamt nach § 20 des KJHG Hilfe gewähren, wenn mindestens ein Kind unter 14 Jahren im Haushalt lebt und der Elternteil, der die überwiegende Betreuung des Kindes übernommen hat, aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen ausfällt. Weitere Bedingungen sind, dass auch andere Personen nicht in zumutbarem Umfang helfen können, die vorhandenen Möglichkeiten der Einrichtungsbetreuung für Kinder nicht ausreichen, oder das Kind erkrankt ist und dadurch den Besuch einer Tageseinrichtung nicht wahrnehmen kann.

Weitere gesetzliche Grundlagen für die Inanspruchnahme familienpflegerischer Leistungen sind:

- RVO (Reichsversicherungsordnung) § 195 „Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ und § 199 „Haushaltshilfe“;
- SGB V (Krankenversicherungsgesetz) § 37 „Häusliche Kinder-Krankenpflege“;
- BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 70 „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts“ sowie
- KVLG (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte) § 10 „Haushaltshilfe“.

Zusammenfassend lässt sich anhand der gesetzlichen Grundlagen folgendes über die Normierung der Bedarfssituation sagen: Familienpflege beinhaltet die Weiterführung des Haushalts und (inklusive oder speziell) die Versorgung und Betreuung der dort lebenden Kinder durch eine professionelle Hilfe oder alternativ eine – standardisierte – Erstattung von Geldleistungen an private Helfer. Diese Maßnahmen sollen dafür sorgen, dass der familiäre Alltag „weiter läuft“, obwohl ein hierfür maßgebliches Familienmitglied ausfällt. Damit wird in aller Regel „Notfallhilfe“ geleistet und „Schlimmeres“ bzw. eine teurere Lösung (z.B. Heimunterbringung der Kinder) umgangen, teils aber auch Prävention betrieben (z.B. die Mütter entlastet, um eine Verschärfung der Notsituation zu vermeiden).

Familienpflege als Profession ist nicht explizit in den betreffenden Gesetzesgrundlagen enthalten. Sie ist angewiesen auf die ausdrückliche Zu- bzw. Verordnung durch Ärzte, Krankenkassen, Jugend-, Sozialämter und andere vermittelnde Instanzen. Das setzt voraus, dass diese Einrichtungen über die besonderen Dienstleistungen der Familienpflege – auch in Abgrenzung zu anderen sozialen Diensten – informiert sind. Durch die Heterogenität der Anspruchsbegründung wie auch der Trägerschaft werden allerdings die Transparenz und damit der Zugang zu den Leistungen erschwert. So scheint es erforderlich, dass diese genannten heterogen bestimmten Leistungen als eine Einheit zusammengefasst werden, damit sie auch als solche wahrgenommen werden können. „In Zukunft sollte der Begriff ‚Familienpflege‘ in diese Leistungsbereiche eingeführt werden. So lässt sich das Hilfsangebot in einer zunehmenden Zahl von Fällen nicht auf den herkömmlichen Einsatz im Haushalt beschränken. Es werden immer häufiger zusätzliche pädagogische, psychologische und pflegerische Fähigkeiten benötigt, um die in den Familien anfallenden Aufgaben bewältigen zu können.“ (Bayerische Staatsregierung 1994: 112)

Es wird aufgrund ihrer Vielfalt nicht möglich sein, zu allen Leistungsanlässen Informationen zusammenzutragen. Um das Feld dennoch gezielt zu bearbeiten, wenden wir uns zunächst den quantitativ bedeutendsten Fällen explizit zu, d.h. Erkrankung, Krankenhaus- und Kuraufent-

halt der Mutter sowie Verhinderung der Mutter infolge von Schwangerschaft und Geburt, und geben in der Folge einen knappen Überblick über weitere Bedarfsindikatoren.

2. Mütter- bzw. frauenspezifische Gesundheitsstörungen und Krankheiten

Mütter blieben lange Zeit mit ihren spezifischen Gesundheitsproblemen unbeachtet. Da das männliche Gesundheitsparadigma und -empfinden ausschlaggebend war für Diagnosen und Heilverfahren, wird ein Informationsdefizit nicht nur für Mütter, sondern für Frauen im allgemeinen konstatiert (Deutscher Bundestag 1997).

Der Blick in die amtliche Statistik zeigt, dass wir kaum etwas darüber wissen, wie häufig und wie schwer Mütter erkranken und für welche Zeit sie dadurch ihre Familienaufgaben nicht erfüllen können. Den Daten des Statistischen Bundesamtes zufolge (Sonderauskunft) wurden 1997 rund 3 Millionen Frauen im Alter von 25 bis 55 Jahren vollstationär behandelt. Rechnet man diese Zahlen um auf die jeweilige Altersgruppe, so kommen auf je 100 Frauen im Alter von 24 bis 44 rund 13 stationäre Behandlungen. In der folgenden Altersklasse (45 bis 64 Jahre) beläuft sich diese Quote auf 16. Das hieße, 13 bis 16% der Frauen sind im Verlauf eines Jahres im Krankenhaus gewesen. In der jüngeren Gruppe liegen Frauen damit deutlich über den Männern (10%), in der älteren aber deutlich unter deren Wert von 20 pro Hundert (Sieverding 1998: 481). Wie viele Mütter sich jeweils unter den Behandelten befinden, ist aus beiden Quellen nicht zu entnehmen. Die durchschnittlichen Pflage tage je Krankenhausaufenthalt erscheinen hoch, sie variieren je nach Krankheit und liegen meist zwischen 20 und 30 Tagen (Sonderauskunft des Statistischen Bundesamtes). Laut der Berechnungen von Sieverding dauerte die stationäre Behandlung bei den jüngeren Frauen 1995 im Mittel 9,6 Tage und bei den älteren 12,8 Tage (1998: 483). So kann wohl davon ausgegangen werden, dass ein Krankenhausaufenthalt selten nach ein oder zwei Tagen beendet wird, sondern eher mit Wocheneinheiten gerechnet werden muss. Doch sagen diese Annäherungen letztlich wenig darüber aus, wie sich der Basisbedarf an familialer Versorgung gestaltet.

Aufgrund dieses Informationsdefizits wird auf repräsentative Befragungsdaten zurückgegriffen. Das Sozioökonomische-Panel für Deutschland (GSOEP) gibt Auskunft über Krankenhausaufenthalte und lässt es zu, spezifische Angaben über Mütter, vielmehr in diesem Fall über Frauen mit Kindern (unter 16 Jahren) im Haushalt, herauszufiltern. Diese Kategorie entspricht ziemlich genau unserer Zielgruppe. Von den so definierten „Müttern“ waren 1996 13,5% mindestens ein Mal im Krankenhaus.² Meist handelt es sich dabei tatsächlich nur um eine einzige Einweisung (81%), mehr als eine stationäre Behandlung gaben nur 19% der Betroffenen an. Der Aufenthalt dauerte im Mittel 10 Tage. Präziser gesagt bleibt ein Viertel maximal vier Nächte im Krankenhaus, der Rest verweilt wesentlich länger. Allerdings kommen mehr als dreiwöchige Aufenthalte wiederum eher selten vor (11%). Verallgemeinert man diese Daten, dann verbrächte rund jede zehnte Mutter einmal im Jahr fünf Tage oder länger im Krankenhaus. Als weitere Informationsquelle käme der Mikrozensus in Frage, doch wurden hier nur Erkrankungen der letzten vier Wochen erfasst, ein für unsere Zwecke ungenügender Zeitraum.³

² Diese Informationen beruhen auf Berechnungen anhand des GSOEP: Datensatz von 1997. Wir danken Detlev Lück für sein Engagement bei der Auswertung des GSOEP und des Mikrozensus.

³ Zudem ist bei dieser Frage der Anteil fehlender Antworten sehr hoch.

In bezug auf Krankheiten, die nicht zu einem Krankenhausaufenthalt führen, aber mehrere Tage Bettruhe erforderlich machen, verfügen wir demnach nur über wenig aussagekräftige Informationen.⁴ Das GSOEP weist zwar Arbeitsausfälle in Folge von Krankheit aus, doch trifft dies nur auf eine Teilpopulation der Mütter zu; diese Information ist damit wenig hilfreich. Darüber hinaus sind lediglich Eigeneinschätzungen der Gesundheit dokumentiert. Demnach fühlten sich 1997 8% der Mütter sehr gut, 44% gut und ein Drittel beurteilte den Gesundheitszustand als zufriedenstellend. Diesen gegenüber stehen 12% mit weniger gutem und 2% mit schlechtem Befinden. Die Mütter fühlen sich offenbar zu weit überwiegendem Teil gesund und sogar ein klein wenig mehr als kinderlose Frauen, die zu 25% Anlass zu Klagen haben. Bemerkenswert erscheint weiterhin, dass der Anteil mit schlechtem Befinden quantitativ dem mit stationärer Behandlung in äußerst hohem Maße entspricht. Dies legt die Vermutung nahe, dass in der Regel nur schwerwiegendere Beeinträchtigungen sich in einer negativen Selbsteinschätzung niederschlagen.

Wie bereits erwähnt, wurde bislang die Gesundheit von Müttern kaum thematisiert. Einen relativ aktuellen Überblick zum Thema bietet der Aufsatz von Sieverding (1995). Sie attestiert Müttern einerseits ein besseres Gesundheitsverhalten und weniger physische Erkrankungen, doch eine erhöhte Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit andererseits (1995: 6).

Auch Helfferich (1996) berichtet, dass bestimmte Familiensituationen krankheitsfördernd seien. Dies gilt insbesondere für belastete, spannungsbeladene oder gewalttätige Familienklima, Beunruhigung und Aufgabenkumulation (Helfferich 1996: 5). Mütter neigten dabei zu „Durchhaltestrategien“, d.h. sie ignorieren frühe (physische) Anzeichen der Überlastung. In diesem Sinne kann auch konstatiert werden, dass die „emotionalen Kosten der Elternschaft für die Mütter größer als für die Väter“ (Sieverding 1995: 7) sind.

Als Hintergrundfaktoren für das Belastungsempfinden wiederum werden vor allem Berufstätigkeit, Schichtzugehörigkeit und Familiengröße hervorgehoben (Borchert/Collatz 1992). Mütter erwiesen sich in diesem Zusammenhang als generell belasteter als kinderlose Frauen. Vor allem aber spielte der soziale Kontext eine Rolle. Vor allem wenig qualifizierte berufstätige Mütter aus unteren sozialen Schichten mit mehreren Kindern zeigten hohe Belastungswerte, während Mütter aus anderen Milieus mehr Unterstützung erfahren. „Vereinfacht ausgedrückt ist die Gesundheit mit zunehmender Berufsorientierung der Frauen besser ($p > 0.01$) und mit stärkerer Familienorientierung bei steigender Kinderzahl schlechter ($p > 0.01$).“ (Borchert/Collatz 1992: 197) Weiterhin ist das Gesundheitsverhalten von Müttern abhängig von ihrem Bildungsniveau: So gehen berufstätige Mütter mit guter Qualifikation am seltensten zum Arzt; bemerkenswerterweise zeichnet sich diese Gruppe zugleich durch den niedrigsten Konsum an Psychopharmaka aus (ebd.).

Ähnliche Zusammenhänge zwischen Mutterschaft und Krankheit wie bei Borchert/Collatz werden auch von weiteren Autoren hergestellt. Dabei handelt es sich in erster Linie um die psychosomatischen Auswirkungen besonderer Belastungssituationen (z.B. Schneider 1981,

⁴ Nach Auskunft der AOK Bayern erfolgen die Abrechnungen der Kassenärzte nach so differenzierten Teilleistungen, dass eine Rekapitulation der Krankheit zu unseren Dimensionen kaum möglich ist. Zudem ist zu bedenken, dass Mütter, sofern sie nicht berufstätig sind, auch keine Krankschreibung benötigen, also auch in diesen Statistiken nicht vollständig auftauchen.

vgl. auch I.4.). So wird davon ausgegangen, dass bei Müttern im Vergleich zu kinderlosen Frauen weniger physische aber dafür in höherem Maße psychische Leiden auftreten (Sieverding 1995: 7). Dementsprechend sind psychische Belastungssyndrome auch die häufigsten Anlässe für Mütterkuren (Müttergenesungswerk 1999: 20). Allerdings ist dabei auch zu bedenken, dass diese Beschwerden durchaus somatische nach sich ziehen können.

Bezogen auf typische mütterspezifische Krankheiten und Gesundheitsstörungen sind demnach präventive Vernachlässigungen von kur-induzierenden Leitsyndromen zu beobachten (Tress/Manz/Sollors-Mossler 1990: 63ff.): schwere innere Erschöpfungszustände (Burn-Out-Syndrom), multiple psychosomatische Befindlichkeitszustände, Herzinfarktgefährdungen, soziale Überlastungs- und Gratifikationskrisen, Multimorbidität oder bereits eingetretene funktionelle Erkrankungen.

Der Hilfebedarf der an diesen Leitsyndromen erkrankten Mütter richtet sich nicht auf klinische Spezialbehandlung, sondern auf ein „case-management“, welches multiaxial ursächlich ansetzt und hilft, Bewältigungsstrategien aufzubauen. Dabei ist es von Bedeutung, Ansätze der strukturellen Rücksichtslosigkeit (Kaufmann 1996) zu integrieren, um die Rolle gesellschaftlicher Einflussfaktoren im Auge zu behalten und nicht bei individualistischen Erklärungen zu verharren. Allerdings dürfen trotz aller Restriktionen Kinder und Familienarbeit nicht nur zu den Belastungsfaktoren gerechnet, sondern müssen auch als Quelle für Motivation und Leistungsfähigkeit gezählt werden (Helfferich 1996: 4; Sieverding 1995: 7).

Weitere Hinweise finden sich vor allem auf der Ebene frauenspezifischer Krankheiten – hier vor allem unter dem Gesichtspunkt geschlechtsspezifischer Differenzen. Zur Ergänzung des Ausgeführten wird auf diesen Aspekt weiblicher Gesundheitsbeeinträchtigung noch kurz eingegangen. Dass weibliche Krankheiten und Krankheitsverläufe in vielen Punkten sehr verschieden von denen der Männer sein können, ist ausreichend empirisch belegt (z.B. Hagemann-White 1991, Maschewsky-Schneider 1997). Ob Frauen tatsächlich häufiger krank sind, oder nur häufiger davon berichten, ist dagegen eine offene Frage (Sieverding 1998: 484), zumal hier auch daran zu denken ist, dass Beschwerden im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Klimakterium nicht ohne weiteres isoliert und „herausgerechnet“ werden können. Ziemlich gesichert ist aber, dass die Erkrankungen von Männern und Frauen unterschiedlicher Art sind (z.B. Latka-Jöhring 1997): Herzkrankheiten gewinnen auch bei Frauen an Bedeutung, aber erst ab dem 50. Lebensjahr, mit den Wechseljahren stellt sich oft Bluthochdruck ein. Frauen haben häufiger chronische Beschwerden als Männer und werden eher seelisch krank. Weltweit machen Frauen eineinhalb bis drei Mal so häufig schwere Depressionen durch wie Männer. Weitere typische Erkrankungen von Frauen sind Brustkrebs und Osteoporose. Medikamentenabhängigkeit ist gleichfalls eine typisch weibliche Problematik: 70% der Betroffenen sind Frauen (Borchert/Collatz 1992: 207), Frauen mit vielen Kindern und niedrigem Sozialstatus scheinen wiederum ein erhöhtes Risiko zu tragen (ebd.; Sieverding 1995: 6).

Im Hinblick auf die Familienpflege sollte in diesem Kontext auch ergänzend bedacht werden, dass die Erkrankung der Frau nicht ohne Rückwirkung auf die Familie bleibt. In Untersuchungen über die Auswirkungen von Krebserkrankungen von Frauen auf die familialen Interaktionsmuster und Krisen (Schulz et al. 1998) wurden Einflusskonstellationen herausgearbeitet, welche für familienpflegerische Einsätze – bezogen auf die fallspezifische Bedürfnislage

– bedeutsam sein können. So ist beispielsweise das Ausmaß der Anforderung durch die Brustkrebs-, Diabetes- oder Fibrocystose-Erkrankungen ihrer (Ehe-)Frauen ein Prädiktor für die Depressivität des Partners. Die dadurch entstehende innerfamiliäre Multiproblemverkettung durch psychosozialen Stress kann leicht erschlossen werden.

Insgesamt lassen sich jedoch über die auslösenden Gesundheitsfaktoren bislang kaum gute Indikatoren zur Bedarfslage und damit der Häufigkeit, mit der Situationen eintreten, die einen Anspruch auf Leistungen der Familienpflege begründen, finden. Die genannten Informationen lassen lediglich Schätzungen über Krankenhausaufenthalte zu, darüber hinaus können sie allenfalls als Hinweise auf spezifische Gesundheitsrisiken von Frauen und Müttern dienen, doch stimmen diesbezügliche Befunde nicht immer überein. Für eine konkrete Gesamtschätzung des Bedarfs an Familienpflege aufgrund von längerer Erkrankung sind letztlich nicht genügend solide Indikatoren verfügbar. Etwas besser stellt sich die Situation im folgenden Bereich dar.

3. Kuraufenthalt der Mutter

Präventive Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit von Müttern sind notwendig, um Krankheiten vorzubeugen und Familien so zu stützen, dass die Ressourcen zur Gesundheitserhaltung gestärkt und damit Risikosituationen weitgehend vermieden oder abgedeckt werden können. Trotz der Bestrebungen vieler Väter, im Familiengeschehen aktiv zu wirken, sind es in schwierigen Situationen immer noch und wieder die Mütter, welche das Familiensystem tragen. „Für die Frauen stellt die Mutterrolle, ob gewollt oder ungewollt, immer eine unausweichliche unabweisbare Rollenverpflichtung dar, die weit überwiegend ihnen die Hauptlast der Verantwortung und Sorgewaltung für das Kleinkind auferlegt.“ (Collatz/Fischer/Thiers-Zajonc 1998: 9). Die daraus resultierenden Belastungen wirkt sich oftmals negativ auf den Gesundheitszustand der Betroffenen aus. Eine Möglichkeit der Vorbeugung und Entlastung bieten die speziell für Mütter entwickelten Maßnahmen des Müttergenesungswerkes.

Diese Mütterkuren sind ein dezidierter Leistungsfall von Familienpflege und zugleich wohl der einzige Bereich, der gut dokumentiert ist (Collatz/Fischer/Thiers-Zajonc 1998, Müttergenesungswerk 1999). Daher wird hierauf etwas näher eingegangen, auch wenn die behandelte Zielgruppe nicht ganz der unseren entspricht, da auch ältere Frauen, d.h. Mütter mit älteren oder erwachsenen Kindern in den Genuss dieser Maßnahme gelangen.

Wie groß der Bedarf an solchen präventiven Leistungen ist, kann nur geschätzt werden. Collatz/Fischer/Thiers-Zajonc (1998) gehen anhand empirischer Befunde davon aus, dass mindestens 10% aller Mütter in Deutschland die Indikationen für eine Mütter- oder Mutter-Kind-Kur erfüllen würden. Sieverding nennt eine Größenordnung von rund 5%, das wären 450.000 Mütter jährlich (1995: 6). Dass der Anteil der realisierten Inanspruchnahme weit darunter liegt – und nicht erst seit der Gesundheitsreform – zeigen die Daten des Müttergenesungswerkes: Für das Jahr 1998 zählte es 52.000 Frauen in Kur oder Rehabilitationsmaßnahmen (Müttergenesungswerk 1999: 5).

„Die Mütter, die Kurangebote in Anspruch nehmen, sind zu zwei Dritteln zwischen 25 und 45 Jahre alt und in einer aktiven (Erziehungs-)Beziehungsphase ihrer Kinder. Auch die über

50jährigen Mütter, deren Anteil über 15 % liegt, haben noch aktive Betreuungsarbeit für ihre Kinder zu leisten (...)“ (Collatz/Fischer/Thiers-Zajonc 1998: 16). Der größere Teil der Teilnehmerinnen entspricht also sehr wahrscheinlich unserer Zielgruppe. Dies belegen auch die Daten der Kur-Teilnehmerinnen aus dem Jahre 1998: 61% der Mütter waren zwischen 30 und 40 Jahre alt, weitere 16% zwischen 41 und 50 und lediglich 6% älter als 51 Jahre (Müttergenesungswerk 1999: 10).

Hinweise finden sich auch für die unterschiedliche Bedürftigkeit und Partizipation bestimmter Familienformen: Dem Anteil nach sind kinderreiche Mütter, Alleinerziehende und Frauen aus unteren Sozialschichten deutlich überrepräsentiert. Insbesondere Frauen in sehr problematischen Lebenslagen und mit besonderen sozialen und seelischen Problemen nahmen diese Kuren wahr (Collatz/Fischer/Thiers-Zajonc 1998). Diese Ergebnisse decken sich mit denen der vom BMFSFJ (1993) in Auftrag gegebenen Studie, wonach Müttergenesungskuren besonders jene Zielgruppen erreichen, die durch andere gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen ungenügend erfasst sind. Hierzu zählen insbesondere Alleinerziehende und Mütter in sehr schwierigen sozialen und finanziellen Lebenslagen (Deutscher Bundestag 1997).

Vier Fünftel der Teilnehmerinnen von 1998, also rund 42.000 Frauen, nahmen an Mutter-Kind-Kuren teil, was das Problem einer eventuellen Vertretung mildern dürfte. Doch bei den rund 10.000 Fällen, in denen die Mutter alleine zur Kur ging, aber auch bei Mehrkindfamilien, aus denen nur ein Kind die Mutter begleitet, stellt sich die Frage, ob weitere Kinder während des Kuraufenthaltes anderweitig betreut werden müssen. Einen Anhaltspunkt hierfür liefert das Alter der Kinder. Allerdings variiert es mit der Art der Kur: 16 Jahre und älter sind nur 5% der Kinder von Müttern in Mutter-Kind-Kuren, aber immerhin 24% der Kinder von Müttern, die allein zur Kur fahren. In Familien mit kleineren Kindern wird demnach das gemeinsame Kuren präferiert – wohl auch, um der Betreuungsproblematik vorzubeugen. Dennoch sind in drei Viertel der Fälle – also rund 7.500 Familien – kleinere Kinder zu betreuen, während die Mutter allein zur Kur geht. Und obgleich knapp die Hälfte der Frauen in Mutter-Kind-Kuren mehr als ein Kind mitbringt (ebd.: 8), dürfte auch hier noch bei einigen Familien ein Bedarf an Betreuung entstehen.

Wenn dieser Fall eintritt, wird er meist intern gedeckt, d.h. die Väter oder seltener Verwandte übernehmen diese Aufgaben, so dass nur 13,5% eine Haus- oder Familienpflegerin in Anspruch genommen haben (Müttergenesungswerk 1999: 45). Auch über die Dauer des Bedarfes gibt es Anhaltspunkte: Rund drei Viertel der Mütter ist drei Wochen lang, der Rest für vier Wochen oder länger von Zuhause abwesend (ebd.: 8).

Obwohl die obige Schilderung auf den ersten Blick nicht auf sehr große Engpässe hinzudeuten scheint, gerät die Regelung der Kinderbetreuung während der Abwesenheit der Mutter für manche Familien zur Hürde auf dem Weg zum Kuraufenthalt. Dabei zeigt sich deutlich der unterschiedlich große Problemdruck je nach Art der Kur: Während bei Mutter-Kind-Kuren die Betreuung seltener als Problem wahrgenommen wurde, stellte sie für die Teilnehmerinnen einer Mütterkur nach der Finanzierung die größte Sorge dar (ebd.: 43).

Leider kann aus diesen Erkenntnissen nicht ohne weiteres auf den weiteren Kur-Bereich geschlossen werden. Doch muss vermutet werden, dass der Bedarf ungleich größer ausfällt, sofern die Möglichkeit, gemeinsam mit den Kindern zu genesen, nicht gegeben ist. Bedauerli-

cherweise liegen für andere Formen des Kuraufenthaltes keine entsprechend differenzierten Daten vor, aus denen sich die Partizipation von Müttern ablesen ließe. Ergänzend sei hier angemerkt, dass Schätzungen zufolge der Bedarf an Mütterkuren ein Vielfaches der derzeitigen Maßnahmen ausmacht: Zwischen fünf und zehn Prozent der Mütter hätten vermutlich Anspruch auf eine Kur (Sieverding 1995). Würde man diesem entsprechen (können), so würde sich der Bedarf – auch an Familienpflege – um Faktor Zehn bis Zwanzig erhöhen.

4. Schwangerschaften und Mehrlingsgeburten

Die Geburt eines weiteren Kindes kann – vor allem wenn es sich um Risikoschwangerschaften bzw. -geburten handelt –, eine Notsituation herbeiführen, sofern die Mutter dadurch eine bestimmte Zeit bei den Familienaufgaben ausfällt. In der Bundesrepublik sind rund 40% aller Geburten eines Jahres Erstgeborene, d.h. bei 60% oder rund 460 Tausend Geburten pro Jahr ist ein Geschwister vorhanden, das betreut werden muss. Wie häufig in diesem Kontext tatsächlich Engpässe entstehen, ist schwer abzuschätzen. Doch werden Risikoschwangerschaften und Mehrlingsgeburten auch von den ExpertInnen der ifb-Studie als relevante Bedarfsgruppe angeführt.

Die Daten des statistischen Bundesamtes weisen für 1997 1,1 Millionen Behandlungen von Schwangerschaften, anlässlich der Geburt oder im Wochenbett aus. Rund 530 Tausend „normalen“ Entbindungen stehen 226 Tausend komplizierte Schwangerschaften gegenüber sowie fast 7.000 behandelte Mehrlingsschwangerschaften. Insgesamt waren nach den Daten des Statistischen Bundesamtes 1994 53% aller Schwangerschaften anamnestisch belastet; bei 32% ergab sich auch ein Befund. In Bayern beläuft sich diese Quote auf 28%. Damit verläuft rund jede dritte Schwangerschaft nicht problemfrei – mit steigender Tendenz (Sonderauskunft des Statistischen Bundesamtes). Allerdings ist auch hier nicht bekannt, wie lange die Behandlung dauerte, d.h. welche familiäre Problemsituation dadurch induziert wurde. Im Gegensatz zu unkompliziert verlaufenden Schwangerschaften lässt sich der Bedarf an Unterstützung seitens der Familien auch schwerlich planen. Während für „normale“ Geburten der Zeitraum und der Umfang der Abwesenheit der Mutter relativ absehbar sind, kann in diesen Fällen nicht in der selben Art kalkuliert und Vorsorge getroffen werden, indem beispielsweise sich die Oma bereit hält, der werdende Vater Urlaub nimmt oder ähnliches. Auch aus dieser Perspektive verweisen Risikoschwangerschaften auf einen typischen Bedarf an familienpflegerischen Diensten.

Mehrlingsgeburten dürften einen quantitativ weniger erheblichen Auslöser für Pflegeeinsätze darstellen, auch wenn ihr Anteil in den letzten Jahrzehnten angestiegen ist. Doch kommen in Deutschland immerhin ca. 11.000 Zwillinge und gut 400 Drillinge jährlich zur Welt. Für das Jahr 1997 zählte das Statistische Bundesamt insgesamt 11.879 Mehrlingsgeburten (Sonderauskunft). Wenngleich die Tatsache solchen Kindersegens meist schon während der Schwangerschaft bekannt wird, entsteht vor allem in der ersten Zeit für die jungen Familien eine besondere Belastung, welche wiederum zur psychischen und/oder physischen Überforderung und Beeinträchtigung der Mutter führen kann. Hier wird insbesondere die präventive, entlastende Funktion im Einsatz von Familienpflege gesehen, die vermeiden helfen soll, dass schwerwiegendere Syndrome entstehen (ifb-Studie 1998, Dzemski/Ederhof et al. 1986).

5. Weitere Ursachen familialer Notsituationen

Im folgenden werden verschiedene Faktoren zusammengetragen, die entweder selbst Familienpflege induzieren können oder aber als Belastungsfaktoren die Familien so in ihrer Leistungsfähigkeit fordern, dass präventive Intervention angeraten erscheint, um größere Probleme physischer oder psychischer Natur zu vermeiden.

Einen besonderen Fall unter den Anlässen für familienpflegerische Einsätze stellt der *Tod der Mutter* dar. In der Bundesrepublik starben im Jahre 1996 rund 51 Tausend Mütter ehe sie das 46. Lebensjahr vollendet hatten, darunter 40 Tausend unter 35 Jahren. Das niedrige Alter lässt darauf schließen, dass sie nicht-erwachsene Kinder hinterließen. Vor allem in der ersten Phase nach dem Verlust werden die hinterbliebenen Familien neben der Trauer mit verschiedenen Bewältigungsanforderungen gleichzeitig konfrontiert, da die gesamte Familienorganisation neu gestaltet werden muss. Familienpflege wird auch in diesem Kontext als hilfreiche Entlastung in der Phase der Neuorientierung gesehen. Hier dient sie nicht nur der Überbrückung einer Notsituation, sondern ist zusätzlich mit der Aufgabe konfrontiert, zu einer Neuorganisation des Familienalltags beizutragen. Mit Blick auf ihre Entlastungsaufgabe ist zu bedenken, dass dem Tod oftmals längere Krankheitsphasen vorausgehen, in denen die Familien möglicherweise bereits einen Hilfebedarf haben.

Aber auch der *Tod des Familienvaters* oder des Lebenspartners der Mutter kann als kritisches Ereignis in der Familienbiographie gedeutet werden, das zwar weniger eine konkrete Versorgungslücke im häuslichen Bereich auslöst, aber durch die Belastung der Familienmitglieder, insbesondere der Mutter, indirekt zu einem Unterstützungsbedarf beitragen kann. Für beide Todesfälle haben wir keine Anhaltspunkte darüber, in welchem Ausmaß sie zu Notsituationen führen, die in den Zuständigkeitsbereich der Familienpflege gehören.

Was bereits im Kontext der familialen Belastung durch Risikoschwangerschaften, Mehrlinge oder auch den Tod des Familienvaters angesprochen wurde, gilt für viele andere Lebenssituationen auch: Schwerwiegende akute oder langfristige, dauerhafte Stressoren können die Befindlichkeit der Familienmitglieder – insbesondere der Mutter – so beeinträchtigen, dass diese ihren Aufgaben nicht mehr in ausreichendem Umfang nachkommen kann. Eine vorübergehende Entlastung soll in diesen Fällen vermeiden, dass es zu schlimmeren Einbrüchen, wie z.B. dem „Totalausfall“ durch schwere Erkrankung, oder zu Erziehungsproblemen usw. kommt. Hier wird vor allem damit argumentiert, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen als Folge solcher Krisen auftreten (z.B. Deutscher Caritasverband 1986, Schneider 1981, Helfferich 1996, Müttergenesungswerk 1999). „Diese Belastungen können zu psychischer und körperlicher Erschöpfung, psychosomatischen Erkrankungen oder anderen negativen Folgen für ihre Gesundheit führen“ (Bayerische Staatsregierung 1994). Schließlich lässt sich „zwischen Krankheit und schwierigen Lebenslagen (...) ein wechselseitig verstärkender Effekt finden, der einen biographischen Prozess in Form einer negativen Spirale erzeugt“ (Helfferich 1996: 6). So wird im Bericht der Bayerischen Staatsregierung (1994) zur Familienpolitik in Bayern weiterhin auf die besonders hohe Belastung von Müttern verwiesen, wenn sie z.B. mehrere Kinder haben, neben Haushalt und Kindererziehung die Versorgung eines behinderten oder pflegebedürftigen Angehörigen übernehmen, als Alleinerziehende Berufstätigkeit und Kindererziehung miteinander vereinbaren und Lebenskrisen wie Scheidung,

Krankheit oder Tod des Ehepartners überwinden müssen. Eine vollständige Ausführung aller in Frage kommenden Belastungsmomente ist angesichts der Heterogenität und Subjektivität wie auch Verwobenheit dieser Aspekte nicht möglich. Im folgenden wird daher auf einige – wie wir meinen besonders bedeutsame – eingegangen.

Zunächst soll ein inzwischen selten gewordener Familientyp mit typischen Problemlagen kurz angesprochen werden, die sogenannte *kinderreiche Familie*. Immerhin leben in 12% aller Familienhaushalte mit Minderjährigen drei und mehr Kinder; 1995 sind dies mehr als eine Million Haushalte (errechnet nach Statistisches Bundesamt 1996). Rund jede achte Familie kann somit als „kinderreiche bezeichnet werden“ (Schicha 1995: 65), wobei allerdings die Dynamik im Verlauf der Familienentwicklung zu beachten ist: Kinderreichtum stellt sich erst nach und nach ein. So leben von den Sechs- bis Neunjährigen ein Drittel im Westen bzw. ein Fünftel im Osten in einer „kinderreichen Familie“.

Als deren „zentralen Problembereiche (...) werden die finanzielle Situation und die Wohnverhältnisse angesehen. Weiterhin können das eingeschränkte Zeitbudget, die psychische Belastung (speziell der Mütter)“ als Charakteristika genannt werden (ebd.: 66). Kinderreichtum scheint insbesondere vor dem Hintergrund einer gesellschaftlichen Situation, in der kleine Familien als Standardmodell gelten und Familien per se, aber verstärkt mit zunehmender Familiengröße benachteiligt werden (Kaufmann 1996, Geller 1997), ein Belastungsfaktor zu sein. Die mit jedem Familienmitglied knapper werdenden Ressourcen begrenzen nicht nur die Handlungsspielräume insgesamt, sondern vor allem auch die Entlastungsmöglichkeiten der Mütter bei gleichzeitig steigendem Arbeitsumfang. „Die größte Erklärungskraft für die Überlastung besitzt Kinderreichtum, i.e. drei und mehr Kinder“ (Borchert/Collatz 1992: 196). In diesem Zusammenhang wird auch von negativen Auswirkungen auf die Paarbeziehung berichtet (Geller 1997, Borchert/Collatz 1992: 197), was wiederum auf die Befindlichkeit der Elternteile zurückwirkt. Sorgen und Überforderung sind jedoch bekannt als Keime für Krankheit (z.B. Helfferich 1996). Dementsprechend können große Familien insofern als besonders „gefährdet“ gelten, als die psychische und physische Alltagsbelastung der Mütter hoch ist, was wiederum das Risiko einer längeren Erkrankung erhöht (ifb-Studie 1998, Schicha 1995). So werden auch in der Expertenbefragung kinderreiche Familien als häufige Klientel der Familienpflege aufgeführt (ifb-Studie 1998). Zwar kann die größere Kinderzahl auch dazu führen, dass zumindest ab einem gewissen Alter die Kinder auch entlastend einspringen, zumal zu erwarten ist, dass sie selbständiger sind als ihre Altersgenossen in kleinen Familien. Insgesamt aber dürfte auch dieser Familientyp geringere Chancen haben, eventuelle Notsituationen ohne äußere Unterstützung zu meistern, da der erhöhte Bedarf auch die Helfer leicht überfordert. Möglicherweise wenden sich große Familien eher an professionelle Hilfen oder versuchen wenigstens, die Helfer zu entlohnen. Diese Familien haben demnach oft einen latenten und teils bereits einen akuten Bedarf an professioneller Unterstützung. Wie dieser konkret aussieht und gedeckt wird, ist bislang unerforscht.

Dauerbelastungen kennen aber auch andere Familien: Hier ist zu denken an die *Familien mit behinderten Kindern* sowie an Familien mit anderen pflegebedürftigen oder kranken Mitgliedern. So erwähnen die ExpertInnen der ifb-Studie z.B. Alkoholismus und andere Suchtkrankheiten, psychische Erkrankung der Mutter, die Versorgung behinderter Kinder wie auch die Konflikte im Rahmen von Trennung und Scheidung als Ursachen für ihre Einsätze. Da wir

auch hierzu nicht über konkrete Daten verfügen, kann nur stichpunktartig auf einzelne Aspekte eingegangen werden:

Jährlich werden etwa 40.000 behinderte oder vom Risiko der Behinderung bedrohte Kinder geboren (Deutscher Caritasverband 1986). Die „Behinderung betrifft nicht nur das Schicksal des Kindes“ (Meyer 1996: 201), sondern das der gesamten Familie. Zusätzlich zu erhöhtem Betreuungsbedarf erleben viele Familien eine Stigmatisierung, oder es herrschen Sorgen über den Gesundheitszustand und/oder über die Entwicklung des Kindes vor und trüben das Familienklima (BMG 1996).

Problematische Übergangssituationen können auch im Kontext von *Trennung und Scheidung* und dem daraus resultierenden Erfordernis der Neuorganisation der familialen Beziehungen entstehen (ifb-Projekt). Unter den knapp 150 Tausend Ehescheidungen im alten Bundesgebiet im Jahre 1995 waren 52% (also ca. 82.000) Elternpaare. Für die neuen Bundesländer beliefen sich die Zahlen auf 21 Tausend Scheidungen, die jedoch angesichts eines Familienanteils von 71% beinahe 15 Tausend getrennte Elternpaare betreffen. Das heißt, dass in diesem Jahr rund 97 Tausend Familien den Scheidungsprozess durchlebten. Damit verbunden sein können vielfältige Belastungen, welche von Disharmonie und Streit über Trauer und Enttäuschung reichen, aber auch konkrete Veränderungen beinhalten wie den Berufseinstieg der Mutter, Wohnungs- und Wohnumfeldwechsel, Verschlechterung des Lebensstandards, Veränderungen im sozialen Umfeld etc. Obgleich die Forschungsliteratur zum Themenkreis „Scheidung“ sehr umfangreich ist, wissen wir nicht, wie häufig aus diesem Übergang konkrete Notsituationen resultieren, welche Familienpflege induzieren würden.

Einen potentiell erhöhten Bedarf können wird auch bei *Familien in ökonomisch schwierigen Verhältnissen* vermuten. Armut schränkt die Handlungsspielräume und Entlastungsmöglichkeiten von Familien in verschiedener Hinsicht ein (Bieback/Milz 1995, Helming 1998, Klocke/Hurrelmann 1998) und ist so nicht zuletzt Mitverursacherin für Belastungssyndrome, die wiederum zu Erkrankungen beitragen können (Wirsching/Stierlin 1982).

In verschiedenen Quellen (z.B. Deutscher Caritasverband 1986, Bayerische Staatsregierung 1994, ifb-Studie, Müttergenesungswerk 1999) tritt die *Ein-Elternteil-Familie* als potentiell bedürftige Familienform hervor. Dabei ist nicht nur an Auswirkungen der Dreifachbelastung der Mütter zu denken, sondern auch, dass spezifische Situationen wie z.B. längere Krankheit des Kindes zum Problem geraten können. Aus der Praxis wird von Familienpflege-Einsätzen berichtet, um der Mutter den Studienabschluss oder die Weiterarbeit bei Erkrankung des Kindes zu ermöglichen und somit gravierende Folgen für deren beruflichen Werdegang zu vermeiden (Paritätisches Bildungswerk 1993). Der Einsatz der Familienpflege zur Gewährleistung der beruflichen Tätigkeit ist für diese Familienform sicherlich noch bedeutsamer als für Paarfamilien und wird dementsprechend auch häufiger als Leistungsfall eintreten.

Weitere Aspekte, die in analoger Weise Wirkungen zeitigen können, sollen nur noch stichpunktartig erwähnt werden:

- So bedingt z.B. Arbeitslosigkeit nicht nur ökonomische Restriktionen, sondern auch psychische Belastungen, wie Angst vor Ausgrenzung, Sorgen um die Zukunft – ganz besonders, wenn dadurch eine Familie mitbetroffen ist.

- Rund vier Fünftel der pflegebedürftigen Senioren werden in Familien/von Familienangehörigen betreut (Ministerium für Arbeit NRW 1996), was nicht ohne Rückwirkungen auf die betroffenen PflegerInnen bleibt (Mittenburger/Werner 1992).
- Rund 2% der Gesamtbevölkerung leiden schätzungsweise an psychischen Erkrankungen (Deutscher Caritasverband 1986), rund jeder zehnte Bundesbürger macht mindestens einmal im Leben die Erfahrung einer Depression (BMG: 219). Die Prävalenz von Schizophrenie wird auf 2,5 bis 5,3 Promille geschätzt (ebd.: 214). Diese Krankheiten belasten die Familienangehörigen ebenso wie
- suchtkranke Mitglieder oder
- Gewalt bzw. Gewalterfahrungen in der Familie.

Familienpflegerisches Angebot wäre wohl auch in diesen besonderen und teils mit Stigmatisierungen verbundenen Problemlagen oftmals von Nöten.

Festzuhalten bleibt hier weiterhin, dass sich die einzelnen Aspekte zu Problemkumulationen verschränken können, wodurch sogenannte Multiproblemfamilien entstehen, welche besonders häufig Bedarf an familienpflegerischen Leistungen haben (ifb-Projekt 1998).

Wie gezeigt werden konnte, gibt es vielfältige Anlässe für den Einsatz von Familienpflege, und diese Liste ließe sich weiter ausführen. Da allerdings keine konkreten Einschätzungen der entstehenden Bedarfe ableitbar sind, soll es bei dieser Übersicht belassen werden.

6. Fazit

Der Bedarf an familienpflegerischen Leistungen gründet sich auf sehr heterogene Ursachen, von denen die bedeutsamsten vermutlich die (längere) Erkrankung der Mutter bzw. deren Krankenhausaufenthalt darstellen. Weitere wesentliche Faktoren bilden Risikoschwangerschaften, Zweit- und Drittgeburten und Kuraufenthalte, wobei im Spezialfall der Mutter-Kind-Kuren das Betreuungsproblem zumindest teilweise durch die Einrichtungen aufgefangen wird. Für diese wie auch für die vielfältigen selteneren Einsatzgründe gilt jedoch, dass wir wenig darüber wissen, wie häufig sie eintreten und in welchem Ausmaß daraus Not-situationen entstehen.

Eine Abschätzung des Bedarfes ist bislang nur in sehr eingeschränktem Umfang möglich:

- Krankenhausaufenthalte: Nimmt man an, dass die Größenordnung des GSOEP die Realität einigermaßen widerspiegelt, so befinden sich rund 10% der Mütter mindestens einmal pro Jahr für mehrere Tage in stationärer Behandlung; und zwar 8% nur einmal, 2% zwei oder mehrmals. Die Behandlung dauert ca. zwei bis drei Wochen. Damit ergibt sich – bezogen auf Familien mit Kindern unter 14 Jahren – bundesweit eine Summe von mindestens 960.000 potentiellen Notfällen pro Jahr.
- Kuraufenthalte: Je nach Schätzung wird 5 oder 10% der Mütter ein Bedarf nach entsprechender Erholung attestiert. Geht man davon aus, dass bei drei Vierteln weitere zu betreuende Kinder vorhanden sind, so ergibt sich ein rechnerischer Bedarf bei 300 oder 600 Tausend Familien. Da zur Zeit aber nur ein sehr kleiner Teil (etwa 15%) der bedürftigen Mütter die Maßnahmen zur Müttergenesung nutzen (können), reduziert sich der ak-

tuelle Bedarf. Weiterhin wird hier ein Teil durch Integration der Kinder in die Kurmaßnahmen gedeckt. Die derzeitige Prävalenz von Betreuungsbedarf aufgrund von Kuraufenthalten kann grob auf ca. 20 bis 30 Tausend Fälle jährlich geschätzt werden.

- Schwangerschaft und Geburt: In der Bundesrepublik wurden 1995 rund 460 Tausend Zweit- und Drittkinder geboren; davon in Bayern rund 80.000. Theoretisch könnten all diese Familien einen Betreuungsmangel bei den bereits vorhandenen Kindern aufweisen, wenn die Mutter aufgrund von Beschwerden oder anlässlich der Entbindung „ausfällt“. Im Jahre 1997 wurden weiterhin 226 Tausend komplizierte Schwangerschaften gezählt. Zieht man auch hier 40% Erstgeburten ab, so sind in rund 135 Tausend Familien bereits Kinder vorhanden, die im Falle längerer Beeinträchtigung versorgt werden müssten. In wie vielen Fällen die Mutter tatsächlich längere Zeit ausfällt, ist nicht abschätzbar. Hier ist allerdings zu bedenken, dass diejenigen Fälle, die einen Krankenhausaufenthalt bedingen, in der obigen Berechnung bereits berücksichtigt werden. Daher dürfte kein allzu großer *zusätzlicher* Bedarf aus dieser Quelle resultieren.
- Mehrlingsgeburten: Auf hundert Geburten kamen 1994 ca. 1,7 Mehrlingsgeburten (in Bayern 1,4) (Statistisches Bundesamt, Sonderauskunft). Dies führt zu einem Bedarfspotential von rund 12 Tausend Familien je Jahr (bzw. in Bayern von rund 1.800). (Auch hier sind die stationären Fälle bereits in der Quote der Krankenhausbesuche enthalten.)
- In bezug auf die weiteren möglichen Ursachen von familialen Notsituationen über Größenordnungen nachzudenken, wäre zu spekulativ, da hier noch weniger Anhaltspunkte verfügbar sind als in den genannten Bereichen.

Die obige Darstellung zeigt, dass in der Bundesrepublik mindestens eine Million – und vermutlich weit mehr – Familien jährlich eine Situation durchleben, die grundsätzlich den Bedingungen für die Gewährung von Familienpflege entspricht. Damit sollte verdeutlicht werden, dass es rein theoretisch ein enormes Potential für den Einsatz von Familienpflege gäbe, wobei die hier nicht bezifferbaren Notlagen noch nicht berücksichtigt sind. Vermutlich also stehen jedes Jahr weit mehr Familien vor der Situation, einen Engpass in der Versorgung von Haushalt und Kindern überbrücken zu müssen. Ziel einer Bedarfsermittlung muss daher v.a. sein, diese Größenordnung näher zu bestimmen, um auf breiter Basis Informationen über die konkrete Bedarfslage zu gewinnen. Dabei ist es dringend erforderlich, sowohl die bislang quantitativ als auch die qualitativ – also vom Entstehungsgrund her – nicht berücksichtigten Notlagen einzubeziehen. In einem weiteren Schritt sollten dann eigenständige, von anderen Professionen abgrenzbare Bedarfsspezifika für die Familienpflege ermittelt werden. Erst vor diesem Hintergrund kann über die Bewältigung gesprochen werden.

II. Familieninterne Bewältigungsstrategien familienpflegeinduzierter Notsituationen

Wie aus den obigen Ausführungen deutlich wird, treten Notsituationen, die zur Inanspruchnahme von Familienpflege führen, vor allem dann ein, wenn

- die Betreuungs- und haushaltsführende Person durch (psychische oder physische Erkrankung) „ausfällt“ und/oder selbst der Versorgung und Pflege bedarf (z.B. SGB V § 37),
- diese Person durch Abwesenheit verhindert ist, ihre Aufgaben zu erfüllen (z.B. SGB VI-II, § 20)
- und zugleich keiner der anderen Haushaltsangehörigen/Familienmitglieder die Haushaltsführung und Kinderbetreuung übernehmen kann (vgl. BSHG §70).

Die Bedarfsfälle wurden bereits vorgestellt: Es handelt sich im wesentlichen um Krankheit, Kuraufenthalt, Mutterschaft oder außergewöhnliche Belastungssituationen und – selbst bei nicht schwangerschafts- oder geburtsbedingten Ausfällen – in aller Regel um die Verhinderung der *Mutter*.

Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass diese Situationen in den meisten Fällen ohne professionelle Unterstützung, also in eigener Regie gemeistert werden. Bereits anhand der Daten über die Geburten wird ersichtlich, dass die meisten Situationen, in denen Familienpflege theoretisch einsetzen könnte, ohne deren Hilfe bewältigt werden. Die Schätzung von Kühnert/Frerichs und Rohleder geht davon aus, dass nur 30% des eigentlichen Bedarfes tatsächlich zur Inanspruchnahme der Familienpflege führen (1993: 52). Dies führt zu der Frage, wie und mit welchen Unterstützungen die Familien dies leisten. Dabei ist auch von Interesse, welche Familien sich dabei die Unterstützung nur vergüten lassen und welche auf die professionelle Dienstleistung zurückgreifen. Da nur wenige konkrete Daten zur Beantwortung dieser Fragen vorhanden sind, wird zur Sondierung familialer Bewältigungsstrategien auf verschiedene in Frage kommende Potentiale und Entlastungsmöglichkeiten eingegangen.

Zunächst ist davon auszugehen, dass nicht alle Familien gleich „anfällig“ sind. Daher ist es eingangs erforderlich, sich verschiedene Formen und Modelle familialen Lebens in unserer Gesellschaft etwas genauer anzusehen. Man kann angesichts der gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen davon ausgehen, dass verschiedene Faktoren eine abnehmende Leistungsfähigkeit der Familien selbst indizieren. So hat sich ihr Personalbestand sukzessive reduziert, was auf verminderte interne Ressourcen schließen lässt. Das Fehlen weiterer Personen – außer den Mitgliedern der Kernfamilie – im Haushalt beschränkt das Leistungspotential, und die zunehmende Anzahl von Alleinerziehenden repräsentiert das Anwachsen einer Familienform mit geringen internen Ressourcen. Zudem kommt es auch auf das Alter der Kinder an, wie schnell eine Notsituation entsteht bzw. ob sie zur Inanspruchnahme institutioneller Hilfen führt. Nicht zu vergessen ist ein weiteres Moment der Familienorganisation, das ihre Ressourcen bzw. Bedarfe mitbestimmt: die Betreuung der Kinder, die Erziehungsstile etc. Es ist naheliegend, davon auszugehen, dass die Nutzung externer Kinderbetreuung den Bedarf an anderweitiger Hilfe bereits reduziert. So ist es z.B. einfacher, jemanden zu finden, der ein Kind in den Kindergarten bringt, als jemanden, der ganztägig die Kinderbetreuung über-

nimmt. Die Inanspruchnahme und Verfügbarkeit von Betreuungseinrichtungen bildet daher eine weitere bedeutsame Dimension.

Ein wichtiger Aspekt, der die familiäre Leistungsfähigkeit bestimmt, ist die interne Aufgabenteilung und Organisation von Familien- und Erwerbsarbeit inklusive der Merkmale der Arbeitsverhältnisse und Belastungsfaktoren. Denn es kommt neben der personalen Zusammensetzung auch darauf an, wie und in welchem Maße sich die Eltern die unterschiedlichen Aufgaben teilen (können). Auch die Dominanz des Ernährer-Modells bei Elternpaaren in Westdeutschland – zumindest in der Kleinkindphase – bedingt spezifische Bedarfssituationen: Während eine Erkrankung des Ernährers in aller Regel ohne externe Hilfe aufgefangen werden kann, wird die des Haushaltsführenden – also der Mutter – tendenziell zu einem Problem. Hier geht es zunächst darum, die Bedingungen dafür aufzufinden, wann bzw. welche Familien ohne Hilfe von außen zurechtkommen. Erst in weiteren Abschnitten wird dann danach gefragt, wann andere Lösungen und wann letztlich *keine* andere als der Rückgriff auf die Familienpflege zur Verfügung stehen.

1. Familienformen und Familiendemographie

Familienstruktur und -formen sind zu einem wesentlichen Thema der Sozialforschung geworden, daher verfügen wir über relativ gute Informationen hierzu. Da bei vielen weiteren Punkten nach diesem Kriterium differenziert werden muss, wird die Darstellung der derzeitigen Familienzusammensetzung den Anfang der detaillierten Ausführungen bilden.

Mit Blick auf die Frage nach dem Selbsthilfepotential von Familien ist zunächst ihr Personalbestand von Bedeutung. Theoretisch könnte von folgendem Zusammenhang ausgegangen werden: Je mehr Personen einer Familie angehören und je älter die Kinder sind, um so größer wird auch das interne Potential, Aufgaben quasi umzuverteilen. So heißt es in der ifb-Studie von 1998:

„Eine normale, intakte Familie braucht selten Familienpflege.“

Wie aber sieht diese funktionstüchtige Familie aus – bzw. für unseren Kontext zutreffender formuliert: Wie sehen heutige Familien aus und welche Schlüsse lassen sich daraus auf ihre internen Potentiale ziehen?

Von den Kindern in Deutschland, die nicht älter als 14 Jahre sind, lebten im Jahre 1995 (vgl. Engstler 1997: 29):

- rund 85% bei verheirateten Eltern
- rund 14% mit einem Elternteil (darunter ein kleiner Teil mit einem Lebenspartner im Haushalt).

Der Anteil an vollständigen Familien nimmt mit dem Kindesalter leicht ab, von 86% bei Säuglingen auf 84,5% bei den 10- bis 14jährigen. Die Werte sind für Ost- und Westdeutschland deutlich verschieden. So liegen die Anteile an Ein-Elternteil-Familien im Westen um 11% bei den ganz kleinen und 24% bei den älteren Kindern, im Osten verläuft der Trend sogar umgekehrt von 38% bei Säuglingen sinkend bis zu 20% bei den 10- bis 14jährigen.

Nur sehr wenige Kinder wachsen in Mehrgenerationen-Haushalten auf. Von allen Haushalten gehören lediglich 2% zu diesem Typus. Da in der amtlichen Statistik eine differenzierte Haushaltsstruktur nicht nur für die jüngeren Kinder ausgewiesen wird, zeichnen wir das Bild für alle Familien mit *ledigen* Kindern nach. Dabei wird einmal der Mehrgenerationenhaushalt⁵ eingerechnet, doch aus Validitätsgründen werden zusätzlich die Daten ohne dessen Berücksichtigung vorgestellt.

Tab. 1: Haushalte mit ledigen Kindern in Deutschland

Haushalte mit ledigen Kindern in Deutschland	Ost		West		Gesamt	
	ohne *	mit *	ohne *	mit *	ohne *	mit *
Ehepaare	76%	74%	82%	80%	81%	79%
nichteheliche Lebensgemeinschaften	8%	8%	3%	2%	4%	4%
Alleinerziehende	16%	15%	15%	15%	15%	15%
* Mehrgenerationen-Haushalte	--	2%	--	3%	--	2%
Basis: Haushalte (in Tausend)	2.618	2.678	10.138	10.429	12.755	13.106

Quelle: Engstler 1997: 39; eigene Berechnungen

Bereits aus dieser Übersicht wird deutlich, dass haushaltsinterne Ressourcen in aller Regel nur das Potential der Eltern und Kinder umspannen, weitere Personen sind nur in äußerst seltenen Fällen direkt verfügbar. Bezeichnend ist, dass in beiden Landesteilen der Anteil der Paar-Familien gleich groß ist, und sich die Familien eher nach dem Familienstand unterscheiden.

Geht man davon aus, dass im Haushalt lebende unverheiratete Elternteile oder andere Lebenspartner in gleichem Maße zur Verfügung stehen wie verheiratete, so fehlt in der Bundesrepublik „nur“ rund 15% der Familien die Einsatzkraft des zweiten Elternteils. Allerdings ist fraglich, ob dies tatsächlich in allen Fällen unterstellt werden kann (vgl. Vaskovics/Rost/Rupp 1997; Rupp 1997). Andererseits sind in Nach-Scheidungs-Situationen auch die getrennt lebenden Elternteile zumindest teilweise – vor allem in Notfällen – verfügbar (vgl. Nestman/Niepel 1997). Doch bleibt festzuhalten, dass bei den Alleinerziehenden – abgesehen von den Kindern, wenn diese schon älter sind -, keine haushaltsinternen Ressourcen vorhanden sind im Falle von Krankheit oder anderweitige Verhinderung des alleinerziehenden Elternteils. So schätzen auch die ExpertInnen (ifb-Studie 1998) die Lage der Ein-Elternfamilien teils als so prekär ein, dass jede unvorhergesehene Belastung zum Problem geraten kann. Hinweise auf die besonders hohe Grundlast Alleinerziehender finden sich auch in den Daten des Müttergenesungswerkes, die einen überproportional hohen Anteil von diesen Müttern in Kuren belegen (Müttergenesungswerk 1999: 11). Auch in der sozialpädagogischen Familienhilfe – eine der wenigen vom Statistischen Bundesamt dokumentierten Maßnahmen – stellen Alleinerziehende rund die Hälfte der betreuten Familien (Statistisches Jahrbuch 1998: 468). Zwar sind diese im Kontext der Jugendhilfe betreuten Problemlagen mit denen der Familien-

⁵ Da die Mehrgenerationen-Haushalte nicht näher nach dem Alter der Kinder spezifiziert sind, werden sie insgesamt zu den Haushalten mit ledigen Kindern hinzugenommen. Dadurch ergibt sich möglicherweise eine geringfügige Überschätzung ihres Anteils.

pflege nicht zu vergleichen, doch stärkt auch dieses Ergebnis die Vermutung, dass Ein-Elternteil-Familien „anfälliger“ sind. Inwieweit diese Familien ihre Empfindlichkeit durch äußere Stützen abfedern, wird an anderer Stelle besprochen. So sprechen viele Aspekte und empirische Daten dafür, dass die Ein-Elternteil-Familien früher als Paar-Familien an die Grenzen ihrer Kapazität gelangen. Damit gehörten sie auch eher zur Klientel der Familienpflege.

Für alle Familientypen gilt, dass es vom Alter und der Kinderzahl abhängt, wie problematisch eine Bedarfssituation gerät. Erste Anhaltspunkte liefert dafür die Kinderzahl: Im Großteil der Familien (mit unter 18jährigen) gibt es zwei Kinder, (rund 40%) rund 12% haben sogar mehr als drei Kinder, doch in der Hälfte der Haushalte wächst nur ein Kind auf (Statistisches Bundesamt 1996). Allerdings muss hier bedacht werden, dass alle Erstgeborenen zunächst Einzelkinder sind. Die Kinderzahl hängt stark vom Familientyp ab. So haben verheiratete Eltern deutlich größere Familien, bei Alleinerziehenden dagegen lebt nur in ca. 30% der Haushalte mehr als ein Kind.

Die Familien mit Kindern unter 14 Jahren setzen sich folgendermaßen zusammen: Die Kinder sind zu 18% Kleinkinder (bis drei Jahre), 20% sind im Kindergartenalter, 29% Schulkinder unter 9 Jahre und 34% der Kinder sind zwischen 9 und 14 Jahre alt. Je älter die Kinder bereits sind, um so häufiger haben sie Geschwister. Als Beispiel soll die folgende Verteilung dienen.

Tab. 2: Geschwisterkonstellationen in der Familie

Geschwisterkonstellation Neunjähriger	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
kein Geschwister	17%	27%
ein Geschwister	50%	54%
zwei Geschwister	23%	14%
mehr als zwei Geschwister	10%	5%

Quelle: Engstler 1997: 33

Für geringfügige Hilfen – insbesondere Beschäftigung oder Beaufsichtigung kleinerer Geschwister – ist in vielen Familien zumindest hypothetisch die Möglichkeit gegeben, sofern die Kinder ein bestimmtes Alter erreicht haben. Die Frage ist, wie die Familien dies einschätzen, oder ob sie es als leichter ansehen, wenn nur ein Kind betreut und versorgt werden muss. Bedeutsam erscheint hier auch, dass es wiederum große Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern gibt, da im Osten Einzelkinder wesentlich häufiger sind.

Aus den Experteninterviews geht hervor, dass verschiedene Familienformen besonders „anfällig“ sind: Familien mit behinderten Kindern, mit Mehrlingen, vor allem Drillingen, kinderreiche, arme und Scheidungsfamilien (ifb-Studie 1998). Auf diese Konstellationen wurde aber bereits (unter I.5) eingegangen.

2. Aufgabenteilung der Familien

Ein weiteres maßgebliches Datum bei der Frage des Selbsthilfepotentials ist die Berufstätigkeit der Elternteile: Sie bestimmt nicht nur die Aufgabenteilung bezüglich Arbeit und Haushalt sowie Kinderbetreuung, sondern sie bestimmt auch die Ressourcen mit.

Im Kontext des Bedarfs von Familienpflege wird zunächst die zeitliche Verfügbarkeit der Väter thematisiert. So verweist eine Expertin (ifb-Studie 1998) darauf, dass es an erster Stelle auf die „Arbeitszeiten des Mannes“ ankomme. Eine andere führt aus, dass Familien heutzutage „schlecht selbst kompensieren“ könnten, weil die Anfahrtswege der Väter zu lang seien oder diese nur am Wochenende zu Hause wären (ifb-Studie 1998). Die Mütter und Hausfrauen sind in diesen Fällen gewissermaßen „de-facto-Alleinerziehende“. Es wird deutlich, dass auch eine Paar-Familie, in welcher der berufstätige Partner längere Zeiten abwesend ist oder gar nur am Wochenende am Familienwohnsitz leben kann, schnell an die Grenze ihrer eigenen Leistungsfähigkeit gerät.

Tatsächlich scheinen die Väter relativ wenig freies Zeitpotential zu haben. Dies beginnt damit, dass sie über die Familiengründung hinweg zumeist ohne Reduktion oder Unterbrechung im Erwerbsleben verweilen, ja sogar dazu neigen, ihren Arbeitseinsatz zu intensivieren. 87% der jungen Väter in Westdeutschland bleiben kontinuierlich vollzeit-berufstätig (daneben sind relativ wenige von Arbeitslosigkeit betroffen: 3%). In den ersten Lebensjahren der Kinder wird das Familienleben meist nach dem Ernährermodell organisiert. Die Väter, die den Part des Alleinverdieners übernehmen, versuchen ihrer Rolle mit einem hohen Arbeitsumfang von rund 44 Std. pro Woche gerecht zu werden. Da bleibt wenig Zeit für Familie (vgl. Vaskovics/Schneewind 1996: 108). Rechnet man noch die Fahrtzeiten hinzu, ist der durchschnittliche Vater werktags rund zehn Stunden außer Hauses. Zudem ist durch die Abhängigkeit von seinem Verdienst vermutlich auch die Flexibilität und Souveränität der Männer eher gering, so dass fraglich ist, inwieweit sie es sich leisten können, zugunsten der Familie Beurlaubung oder ähnliches in Anspruch zu nehmen. Es stellt sich daher die Frage, in welchen Familien die Väter überhaupt einspringen können und in welchem Maße ihnen dies möglich ist. Ein Hinweis auf ihren Einsatz findet sich bei der Betreuung während der Mütter-Kuren. Hier übernehmen Väter die Familienarbeit in rund zwei Drittel der Bedarfsfälle allein oder (zum kleineren Teil) in Zusammenarbeit mit anderen (Müttergenesungswerk 1999: 44f).

Die Erwerbstätigkeit der Mütter ist insofern evident, als sie die Grundlast der Familien beeinflusst, da die Frauen auch bei zunehmender Berufstätigkeit nur wenig von den Haushaltsaufgaben entlastet werden (vgl. Schneewind/Vaskovics 1996). Zudem werden in diesem Kontext bestimmte Aufgaben eher nach außen vergeben – typischerweise die Kinderbetreuung.

Tab. 3: Erwerbsbeteiligung der Mütter nach Alter des Kindes

Erwerbsbeteiligung der Mütter (in %)	Alte Bundesländer			Neue Bundesländer		
	Alter des Kindes 0 bis < 3	3 bis < 6	6 bis < 14	0 bis < 3	3 bis < 6	6 bis < 14
nicht erwerbstätig	62	59	48	50	32	23
teilzeit erwerbstätig	16	29	36	12	20	20
vollzeit erwerbstätig	22	12	16	38	48	57

Quelle: Engstler 1997: 33

Nicht nur zwischen den alten und neuen Bundesländern gibt es erhebliche Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung, sondern auch nach der Familienform: So kann vor allem für die alten Bundesländer ein erhöhter Berufseinsatz der alleinerziehenden Mütter konstatiert werden (z.B. Vaskovics/Rost/Rupp 1997). Im Hinblick auf die Familienpflege könnte vermutet werden, dass Familien mit berufstätiger Mutter anders organisiert sind und eher Vorsorge für Notfälle getroffen haben. Doch kommt die Familienpflege auch zum Einsatz, um den Arbeitsplatz der Mutter sicherzustellen, auch wenn sie „nur“ Zweitverdienerin ist (ifb-Studie 1998). Art und Umfang der Berufstätigkeit der Mütter sowie damit verbundene Beurlaubungsmöglichkeiten stellen somit weitere wesentliche Dimensionen des familieninternen Bewältigungspotentials dar. So gerät im Falle vollberufstätiger – insbesondere alleinerziehender – Mütter die Erkrankung eines Kindes unter Umständen zu einem Problem, bei dem sie auf externe Hilfe angewiesen sein können.

3. Materielle Ausstattung

Die finanzielle Lage der meisten Familien wird im Vergleich zu kinderlosen Paaren oft als restriktiv betrachtet. Kinder wirken sich in unserer Gesellschaft nachteilig auf die ökonomische Situation aus (vgl. Kaufmann 1995, Strohmeier 1993). Materielle Lage und Ausstattung der Haushalte können aber maßgebliche Faktoren bei der Frage sein, ob die Familie einen Notfall selbst oder mit Unterstützung auffangen kann, oder sich an professionelle Helfer wenden muss. Zum einen hängt es von der materiellen Leistungsfähigkeit der Familie ab, inwieweit sie es sich leisten kann, selbst Ressourcen einzukaufen, um ihre Aufgaben zu bewältigen. Hier ist zu denken an Betreuungsdienste, die materielle Ausstattung des Haushalts, Haushaltshilfen usw. Des weiteren entscheidet die soziale Lage auch über die sozialräumliche Einbindung der Familien und zwar von der Infrastruktur über die Nachbarschaft bis zur Haushaltsausstattung. Zu bedenken ist hier zum einen, dass eine Art Vorbeugungsaspekt entstehen kann, also bestimmte Familien nicht so schnell „bedürftig“ werden (z.B. Deutscher Caritasverband 1986, Frerichs 1993, Müttergenesungswerk 1999). Andererseits kann auch vermutet werden, dass Familien, die es gewohnt sind, Dienstleistungen „zu kaufen“, auch eher Pflegedienste oder zumindest die finanzielle Entschädigung für Hilfeleistungen in Anspruch nehmen.

Für junge Ehepaare lässt sich feststellen, dass sie zwar durch die Familiengründung starke finanzielle Einbußen erfahren – insbesondere durch den Erziehungsurlaub – und auch relative hohe Verpflichtungen tragen, aber doch meist auf diese Situation eingestellt sind. Fast ein

Drittel der jungen Ehepaare sieht sich durch die Elternschaft erheblich belastet – auch wenn diese Veränderungen großteils antizipiert wurde (Bamberger-Ehepaar-Panel 1994). Beispielsweise werden Investitionen in den Bereich Wohnen eigens mit Blick auf die Elternschaft getätigt, die Haushaltsausstattung wird vorher komplettiert etc. Ganz anders sieht dies beim Übergang zur Ein-Eltern-Familie aus, der im Falle nichtehelicher Elternschaft oft ungeplant vollzogen wird und im Falle von Trennung oder Scheidung mit enormen Umstellungen und dem Aufwand einer doppelten Haushaltsführung einhergeht.

Vor allem bei Familien mit vielen Kindern wird auf mehrfache Deprivation verwiesen: beengte Wohnverhältnisse, knappe Finanzen (Schicha 1995). Unter diesen Umständen ist zu erwarten, dass Ausstattung und Organisation der Haushalte nicht optimiert werden können, ebenso können kaum Dienstleistungen eingekauft werden. So ist vermutlich allein die Grundlast schon höher, und auch im Notfall ist die zu bewältigende Arbeit umfangreicher als bei Kleinfamilien, so dass es wiederum schwieriger sein dürfte, ein Defizit aus eigener Kraft zu decken. Weiterhin ist an das bereits Ausgeführte zu den Folgen materieller Deprivation in Familien zu erinnern (vgl. I.5.).

Nur ein sehr kleiner Teil der Familien scheint daran gewöhnt zu sein, Dienstleistungen einzukaufen, also z.B. eine Haushaltshilfe zu haben etc. (Bamberger-Ehepaar-Panel 1994). Konkrete empirische Daten zu dieser Fragestellung liegen nicht vor, doch aus den Erfahrungsberichten der Familienpflegerinnen geht hervor, dass arme Familien eher der Familienpflege bedürften. Am Ende der Skala scheinen aber auch die höheren Bildungsschichten überproportional diese Dienste nachzufragen (ifb-Studie 1998).

4. Fazit II

Die konkrete Untersuchung familialer Lebensbedingungen und Konstellationen brachte verschiedene Aspekte des Belastungs- und Bewältigungspotentials zu Tage.

Zum einen kann vermutet werden, dass bestimmte Familientypen weniger eigene Ressourcen zur Verfügung haben und daher schneller an die Grenzen der Selbsthilfe gelangen. Hier sind vor allem Alleinerziehende und kinderreiche Familien zu nennen. Allerdings kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass in allen Paar-Familien der Vater in ausreichendem Maße verfügbar wäre. Sehr bedeutsam für die eigenen Ressourcen sind demnach Familiengröße und die verschiedenen Stadien familialer Entwicklung. In der Frühphase mit Kleinkindern

- sind die materiellen Ressourcen eher gering (weitgehender Ausfall des Einkommens der Frau, oft hohe Verpflichtungen für Wohnen);
- ist die Haushaltsausstattung dagegen eher gut (Geräte etc. sind relativ neu), die meisten jungen Elternpaare sind darauf eingerichtet und haben das „Nest vorbereitet“;
- muss die zeitliche Verfügbarkeit der Männer überwiegend als gering eingestuft werden,
- kann von den Kindern kann noch keine Entlastung erwartet werden – im Gegenteil: die Beanspruchung ist groß bis umfassend.

Dies gilt vor allem bei Paar-Familien mit geringer Kinderzahl. Alleinerziehende oder große Familien tragen oft härter an den Lasten der Familiengründung bzw. -erweiterung.

Mit zunehmenden Alter der Kinder

- verbessert sich die ökonomische Situation, aber auch die Ausgaben steigen,
- verringert sich die zeitliche Verfügbarkeit der Mutter meist, sie steht dann unter der Doppelbelastung durch Familie und Beruf;
- ist durch die Väter allerdings kein Ausgleich zu erwarten, ihr berufliches Engagement nimmt kaum ab;
- können die Kinder mehr für sich selbst sorgen, länger ohne Aufsicht bleiben bzw. in Institutionen betreut werden oder auch selbst Aufgaben übernehmen.

In verschiedenen Stadien und Formen familialen Lebens bestehen demnach unterschiedliche Bedarfe und Bewältigungsmöglichkeiten. Den Erfahrungen der Familienpflegerinnen zufolge müssen vor allem Unterschichtsfamilien und Familien mit besonderen Bedürfnissen häufig auf professionelle Hilfe zurückgreifen (ifb-Studie 1998). Daneben fällt an diesen Einschätzungen auf, dass auch Familien aus höheren Bildungsschichten eher auf Familienhilfe rekurrieren. Erwartungsgemäß sind auch kinderreiche Familien überproportional vertreten. Dagegen haben Alleinerziehende trotz der geringen eigenen Ressourcen einen vergleichsweise niedrigen Anteil unter der Klientel der Pflegerinnen.

Den Ausführungen zufolge muss eine Untersuchung der Bewältigungsstrategien auf alle genannten Dimensionen der Familie Bezug nehmen. Sinnvoll wäre es, mittels einer Typologie vorzugehen und die speziellen Verhältnisse und Ressourcen verschiedener Familien herauszuarbeiten.

III. Soziale Netze und externe Ressourcen

Es wurde anhand des oben Ausgeführten bereits deutlich, dass für längere Phasen der Ausfall der Mutter nicht ohne weiteres durch interne Kapazitäten aufgewogen werden kann. So stellt sich die Frage, über welche externen Unterstützungsquellen Familien verfügen. Schließlich muss mit der Erschöpfung der Binnenkapazitäten noch lange nicht das Ende aller Ressourcen erreicht sein. Familien stehen in den meisten Fällen nicht isoliert da, sondern sind eingebunden in soziale Netze: in die Verwandtschaft, in den Freundes- und Bekanntenkreis, in die Nachbarschaft etc. Je nach Integrationsmuster und -grad ist es ihnen möglich, hier Unterstützung zu erhalten, wobei nicht vergessen werden darf, dass ihnen vice versa auch Leistungen abverlangt werden können.

Zum Thema soziale Netze ist zwar ausführlich geforscht worden, allerdings weniger über die hier interessierenden Belange, sondern eher über allgemeine Prozesse – wie Coping-Strategien oder Austauschprozesse. Dieser Bereich wird im weiteren nicht näher berücksichtigt. Von den spezifischeren Forschungsfragen dominiert bislang das Generationenverhältnis die Forschungsliteratur (Bertram 1996, Schütze/Wagner 1995, Lüscher/Schultheiß 1993), worauf im folgenden zumindest partiell eingegangen wird.

Trotz der gesellschaftlichen Veränderungen, die einen starken Wandel der Familienorganisation mit sich gebracht haben, ist Solidarität grundsätzlich unverzichtbar (Gabriel/Herlth/Strohmeier 1997: 24f.) und wird auch gelebt – allerdings unter gewissen Restriktionen (Lüscher 1997), welche unter anderem durch das veränderte Geschlechterverhältnis, erhöhte Mobilität, zunehmende Berufstätigkeit der Frauen usw. bedingt werden. So wird als erste Hilfestellung in Notfällen meist an die Herkunftsfamilien gedacht, daher wird diese im folgenden gesondert von den übrigen Gruppen des sozialen Umfeldes behandelt. Ihr folgt das weitere soziale Umfeld: Nachbarschaftshilfe, Freundschaftsdienste usw. Während das Thema der Solidarleistungen für die ältere Generation recht gut erforscht ist, wissen wir kaum etwas über Unterstützungsleistungen, auf die Familien zurückgreifen, wenn sie sich in den oben genannten Notsituationen befinden. Familienpflege ist jedoch nur teilweise mit der Pflege Älterer vergleichbar: Der Bedarf tritt eher kurzfristig auf, ist dafür aber auch zeitlich begrenzt. Das bedeutet, dass er weniger planbar, dafür aber auch als eine Ausnahmesituation anzusehen ist, in der erhöhte Belastungen eher zumutbar erscheinen als über längere Zeiträume hinweg. Zudem gelten die hohe Mobilität und damit die abnehmende Einbindung in primäre und sekundäre Netze als ein Problem der Moderne, weshalb ihrer Funktionsweise und ihren Bedingungen hier einige Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Weiterhin können Beziehungsgeflechte auch initiiert, gefördert oder bewusst organisiert werden. Daher wird auf Projekte der Vernetzung von Familien zur Förderung der Selbsthilfe kurz eingegangen. Eine weitere nicht zu vernachlässigende Bestimmungsgröße des Selbsthilfepotentials ist die soziale Lage der Familien, denn sie bestimmt unter anderem die Rückgriffsmöglichkeiten auf Dienstleistungen. In diesem Kontext ist auch an die Nutzung institutioneller Kinderbetreuung zu denken, da auch sie Einfluss auf den Grundbedarf nimmt.

Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die erörterten Bedingungen bundesweit gleich sind, ist es erforderlich, einige kurze Anmerkungen über relevante Differenzen zu machen.

1. Herkunftsfamilie bzw. primäres Netz

„Die Oma im Haus ist wie ein Fünfer im Lotto“ (Nestmann/Stiehler 1998: 188)

Die Forschungsliteratur zum Thema Hilfe und Unterstützung im erweiterten familialen Netz ist sich weitestgehend einig darüber, dass dieses noch immer Leistungen im erheblichen Ausmaß übernimmt (Borchers 1997; Schütze 1993), ja in vielerlei Hinsicht der erste Adressat für Hilferufe ist (Vaskovics/Schneewind 1996; Niepel 1997: 220).

Die Erfahrungen im Kontext der Pflege im Alter deuten in dieselbe Richtung: „Das erledigt man in der Familie“ (so auch der Titel von Mittenburger/Werner 1992). Die Akzeptanz öffentlicher Hilfen sei eher gering (ebd.: 5), von den bedürftigen Älteren werden demzufolge 80% ausschließlich von Familienangehörigen und weitere 5% von diesen, aber unterstützt durch professionelle Kräfte, versorgt. Der Anteil an institutioneller Pflege nimmt sich also gering aus. In jedem dritten Fall handelt es sich bei dem Pflegenden um ein Kind des Bedürftigen. Das Beispiel zeigt, dass Verpflichtungen zur gegenseitigen Unterstützung zwischen den Generationen durchaus und in hohem Maße vorhanden sind – sie kann partiell sogar als überzogen betrachtet werden, als die Helfer oft ihre eigenen Ressourcen überstrapazieren, ehe sie sich um Entlastung bemühen bzw. diese zulassen (ebd.: 43). Ursachen für diese Neigung sind zum einen schrumpfende soziale Netze im Alter, des Weiteren die Vorbehalte gegenüber Fremden und Angst vor Kontrollverlusten (ebd.: 46f.). Es lassen sich demnach sowohl ein ausgesprochener Familialismus als auch eine außerordentliche Bereitschaft der Kinder – oder der „mittleren Generation“ – feststellen, für die Eltern einzustehen (vgl. auch Zeman o.J.). Ein weiteres sehr bedeutsames Faktum ist die Tatsache, dass die Pflege noch immer zum allergrößten Teil von Frauen übernommen wird (vgl. z.B. Schütze 1993).

Inwieweit kann man diese Erkenntnisse auf die Bewältigung von Bedarfssituation der Familienpflege übertragen? Sicherlich gilt hier analog zur Pflege älterer Menschen, dass die Herkunftsfamilie der erste Anlaufpunkt für Unterstützungsleistungen ist. Von ihr wird im Alltag wie auch in Notsituationen am ehesten angenommen, dass sie einspringt. Es „wird von Verwandten im Vergleich zu anderen Beziehungsformen (z.B. Nachbarn, Freunden) die größte Unterstützung erwartet“ (Schicha 1995: 216; vgl. auch Lüscher 1993). Die wenigen konkreteren Forschungsergebnisse weisen in dieselbe Richtung: Die Großeltern werden durchgehend als wichtige, wenn nicht die wichtigste Ressource genannt – von den Familien selbst (Bamberger-Ehepaar-Panel 1994; Vaskovics/Rost/Rupp 1997) wie auch von den Experten (ifb-Studie 1998). An die Eltern wird bei Unterstützungsbedarf meist noch vor den Geschwistern oder Freunden gedacht, ganz besonders dann, wenn es um schwierige Lebenssituationen (ebd.) oder materielle Hilfe geht (z.B. Niepel 1997). Entsprechend gehen Schätzungen zum Bedarf an Familienpflege auch davon aus, dass zwei Drittel der Notfälle ohne professionelle Hilfe gemeistert werden (Kühnert/Frerichs/Rohleder 1993: 52). Diesbezügliche Erwartungen richten sich in erster Linie an die Herkunftsfamilie (Nestmann/Stiehler 1998; Borchers 1997), und so gehen die meisten jungen Paare auch davon aus, dass ihnen die Eltern im Not- oder

Krankheitsfälle zur Seite stehen (Bamberger-Ehepaar-Panel 1994). So sehen zwei Drittel aller jungverheirateten Paare in den Eltern diejenigen, an die sie sich am ehesten wenden würden. Auch ältere Daten zeigen, dass sich die Erwartung von Pflegeleistungen – und zwar ohne Differenzen zwischen den verschiedenen Familienformen – nahezu ausschließlich an „informelle Helfer“ richtet⁶ (Diewald 1990: 191). Unter solchen Umständen anfallende Haushaltstätigkeiten wurden (1980) mit internen und informellen externen Kräften zu rund 90% bewältigt; der Anteil von Familien, die auf formale Instanzen zurückgreifen, erreicht maximal 10%.⁷ (Diewald 1990: 191). Inwieweit dies unter heutigen gesellschaftlichen Bedingungen noch zutrifft, kann allenfalls vermutet werden. Schließlich hängt die Unterstützung durch den Familienverband von vielen Faktoren ab, wie z.B. der Arbeitsbelastung, der räumlichen Distanz usw. der Großelterngeneration.

Von Geschwistern wird zwar auch Unterstützung erhofft, wenn es darauf ankommt, aber ganz ähnlich wie für Freunde gilt, dass es sich hierbei eher um Ausnahmesituationen handeln sollte. Den eigenen Eltern dagegen mutet man offenbar zu, dass sie viel eher und genereller zur Entlastung bereit sind – nur 2% würden sich nie an die Eltern wenden (Bamberger-Ehepaar-Panel 1994). Tatkräftige Unterstützung im Alltag erhalten 12% in großem und weitere 38% in kleinerem Umfang. Damit ist die Hälfte der jungen Familien permanent im verwandtschaftlichen sozialen Netz integriert. Dies alles lässt vermuten, dass der Verpflichtungscharakter der Generationenbeziehung zweiseitig ist. Auch anderen Untersuchungen zufolge erhält ca. ein Drittel der mittleren Generation Hilfen von der älteren: Vor allem Kinderbetreuung und Haushaltshilfen werden genannt (vgl. Borchers 1997).

Hinweise finden sich auch in den Ergebnissen des Müttergenesungswerkes: So wird der Betreuungsbedarf während des Kuraufenthaltes der Mutter zwar meist intern gedeckt, d.h. die Väter übernehmen diese Aufgaben, doch sind Verwandte durchaus von Bedeutung. Sie helfen in 29% der betreffenden Familien aus (Müttergenesungswerk 1999: 45). Leider ist hier die Verwandtschaft nicht näher spezifiziert.

Die wohl am besten auf die Bedarfssituation der Familienpflege bezogenen Informationen stammen aus der Untersuchung junger Familien: Aus der Perspektive lässt sich sagen, dass bei 94% Unterstützung im Falle von Krankheit oder ähnlichem (Bamberger-Ehepaar-Panel 1994) aus dem sozialen Netz erwartet wird und man sich zuerst an Eltern (87%) wendet. Das heißt, rund 82% der jungen Familien gehen davon aus, dass ihnen die Großelterngeneration in solchen Fällen hilft.

Daneben stehen für die (alltägliche) Kinderbetreuung rund sechs von zehn jungen Familien externe Betreuungspersonen zur Verfügung – wobei es sich wiederum in erster Linie um die Großeltern (80 bis 90%) handelt. Bei rund jeder zweiten Familie sind also die Großeltern da, wenn Beaufsichtigung der Kinder benötigt wird.

Auch Alleinerziehende rekurren im Falle „alltäglicher Anforderungssituationen“ wie auch bei Bedarf an finanzieller Unterstützung zunächst auf die Herkunftsfamilien (Vgl. z.B. Nestmann/Stiehler 1998: 91; Vaskovics/Rost/Rupp: 1997). Wesentlich ist bei diesen Familien,

⁶ Datenbasis: Allbus 1986

⁷ Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1980. Leider wurde diese Frage in der Folgerhebung nicht wieder gestellt.

dass sich mit zunehmendem Abstand zur Trennung der jungen Eltern das „Potential“ dadurch reduziert, dass die Kontakte zur Herkunftsfamilie des getrenntlebenden Elternteils abnehmen, bei nichtehelichen Kindern auch die zum Vater des Kindes (Nestmann/Stiehler 1998: 82; Vaskovics/Rost/Rupp 1997: 100f.; 133ff.). Die Ergebnisse zu Alleinerziehenden stellen gelegentlich eher das sekundäre Netz in den Vordergrund (z.B. Nestmann/Stiehler 1998), während andere Untersuchungen zu dem Schluss kommen, dass auch für diese die Herkunftsfamilie die erste und bedeutsamste Anlaufstelle ist und oft in hohem Maße Unterstützung übernimmt (z.B. Vaskovics/Rost/Rupp 1997: 100). Wesentlich ist in diesem Kontext, dass die Motivation zur familialen Hilfe als Verpflichtung geschildert wird (Braun/Articus, 1983: 32). Ein moralischer Imperativ zwingt quasi zur Unterstützung, allerdings ist dieser beschränkt auf einen kleinen Personenkreis: Eltern, Kinder, Ehegatten.

Dennoch nimmt es nicht wunder, dass trotz aller positiven Berichte sich Alleinerziehende stark belastet oder sogar überfordert fühlen (z.B. Vaskovics/Rost/Rupp 1997: 159). Aus dem Ausgeführten kann geschlossen werden, dass dieser Familientyp nicht nur ein erhöhtes Risiko trägt, der Hilfe zu bedürfen, sondern auch nur begrenzte Ressourcen mobilisieren kann, wodurch die Wahrscheinlichkeit, dass auf professionelle Hilfe zurückgegriffen wird, steigt. Man könnte des weiteren vermuten, dass auch der umfassendere Bedarf die Inanspruchnahme der Familienhilfe beschleunigt.

Trotz hoher Verpflichtungsgrade und Hilfebereitschaft hängt die faktische Unterstützung von verschiedenen Dimensionen ab: Das Unterstützungspotential der sozialen Netze ist durch vielfältige Faktoren bestimmt, wie die räumliche Distanz zur Herkunftsfamilie, die Berufstätigkeit und die Gesundheit der Großelterngeneration (insbesondere der Großmütter), die Beziehungen zwischen den Generationen sowie das Vorhandensein anderweitiger Verpflichtungen der Großeltern, z.B. durch Pflege der eigenen Eltern.

Was die Distanz zwischen jungen Familien und ihren Herkunftsfamilien anbetrifft, so hat sich diese mit Sicherheit in den letzten Jahrzehnten eher erhöht, durch externe Ausbildung, Berufsmobilität etc. Dennoch wohnen heute 67% der jungen Familien maximal eine halbe Stunde entfernt von den Großeltern; und so hat auch gut die Hälfte mehr als einmal pro Woche Besuchskontakte. Aber immerhin ein Drittel trennt eine größere Distanz (Bamberger-Ehepaar-Panel 1994). Von den etwas älteren Familien – mit Kindern zwischen 10 und 14 Jahren – leben 28% im selben Haus oder in der Nachbarschaft der Herkunftsfamilien. Weitere 52% brauchen nicht länger als eine halbe Stunde Weg für einen Besuch. Dabei gibt es starke Unterschiede nach Region, Bildungsschicht und Einkommen. Diese lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Je südlicher der Wohnort und je mehr Kinder in der Familie leben, je geringer Einkommen und Bildung, um so geringer die Distanz zu den Großeltern (Engstler 1997: 23). Insofern hätten auch die „bedürftigeren“ Familien – also die großen und ökonomisch weniger gut ausgestatteten - zumindest einen Ausgleich, während vor allem Familien der oberen Einkommens- und Bildungsschichten zu 32 bis 40% nur eingeschränkt auf Hilfen von den Herkunftsfamilien bauen können. Da insgesamt 80% der jungen Familien das Verhältnis zwischen den Generationen als gut einschätzen (Vaskovics/Schneewind 1992: 234f.), muss die räumliche Distanz im Notfall nicht unbedingt ein Hindernis darstellen. So wird auch von den Expertinnen berichtet, dass nach Erwägungen zum Einsatz einer Familienpflegerin sich die betroffenen Familien doch noch entschlossen hätten, die Oma kommen zu lassen (ifb-

Studie 1998). Auch hier bleibt offen, wie ein Notfall konkret gehandhabt wird, ob diese Familien eher auf professionelle Hilfe zurückgreifen, oder ob der höhere Grundbedarf anderer Familienformen die Relation in bezug auf die Inanspruchnahme von Familienpflege ausgleicht.

Weniger günstig stellt sich dagegen die Beschäftigungssituation der Großelterngeneration dar: Geht man davon aus, dass die Großelterngeneration heute zwischen Mitte Vierzig und Mitte Sechzig ist, so dürfte ein relativ großer – und in Zukunft noch steigender – Anteil der Großmütter berufstätig sein. Von den entsprechenden Frauen-Jahrgängen arbeiten insgesamt zwischen 40 und 60% (vgl. Engstler 1997: 107). Allerdings scheint sich die Erwerbstätigkeit nach Familienkarriere zu unterscheiden, denn nach den Ergebnissen des Bamberger-Ehepaar-Panels ist nur rund ein Drittel der „Omas“ berufstätig und auch nur knapp die Hälfte der „Opas“. Vor allem die Frauen und die Älteren verfügen also durchaus über frei einteilbares Zeithpotential, um Hilfeleistungen – auch in größerem Umfang – zu gewähren. Da zudem viele Frauen keiner Vollzeit-Beschäftigung nachgehen, kann hier ein gewisses Potential erschlossen werden. Dies setzt allerdings voraus, dass nicht andere Familienmitglieder der Hilfe oder Pflege bedürfen oder anderweitige Verpflichtungen bestehen.

Recht positiv fallen Überlegungen zu den physischen und psychischen Ressourcen der Großeltern aus. Mit steigender Lebenserwartung und Gesundheit kann davon ausgegangen werden, dass der größte Teil nicht aus gesundheitlichen Gründen „ausfällt“. Insgesamt wird zwar rund jeder sechste Großelternhaushalt bereits von den Kindern gepflegt, und noch häufiger werden weitere Hilfen für die eigenen Eltern übernommen (vgl. Borchers 1997), doch scheinen davon nicht so sehr junge Familien betroffen.

Von den jungen Familien des Bamberger Ehepaar-Panels gaben nur 8% regelmäßig Unterstützungsleistungen für die Elterngeneration an, davon gut die Hälfte in Form alltäglicher Hilfen (1994). Damit einhergehend ist auch daran zu denken, dass eine sehr rüstige Großelterngeneration auch mobil ist und eventuelle Distanzen eher überbrücken kann. Auf der anderen Seite ist aber auch in Erwägung zu ziehen, dass die Lebensgestaltung evtl. weniger familienzentriert erfolgt, und eigene Vorhaben, Verpflichtungen und Interessen die Verfügbarkeit begrenzen.

Für die Zukunft ist allerdings damit zu rechnen, dass Belastungen durch die Pflege der eigenen Eltern mit zunehmender Hochaltrigkeit immer stärker auf die Großelterngeneration zukommen (vgl. Miltenburger/Werner 1992; Nägele/Tews 1993; Mertins 1997) und so ihre Verfügbarkeit gegebenenfalls eingeschränkt wird.

Insgesamt gesehen stellt die Herkunftsfamilie eine sehr bedeutsame Quelle zur Bewältigung von Notsituationen dar. Dies gilt aber in unterschiedlichem Maße für verschiedene Familien(-typen). Fraglich bleibt, welche Familien diesen Rückhalt nicht oder nur eingeschränkt haben und wie diese solche Engpässe bewältigen. Wollen sie nicht auf institutionelle Unterstützung zurückgreifen, dann sind sie auf das erweiterte soziale Netz angewiesen.

2. Das weitere (oder sekundäre) soziale Netz

Neben dem sehr bedeutsamen „ersten Netz“ soll hier an weitere soziale Verbindungen gedacht werden, von denen Hilfe erwartet werden könnte: Hier werden neben Nachbarn, Freun-

den, Bekannten sowie entfernteren Verwandten auch die Geschwister behandelt, auch wenn sie oft zum primären Netz gezählt werden. Hilfen, die in diesem Kreis gewährt werden, gehen weit weniger auf eine selbstverständliche Verbindung zurück, sondern der Helfer übernimmt sie viel eher aus „sozialer Verantwortung“ und geht damit ein viel stärkeres Maß an „Selbstverpflichtung ein“ (Braun/Articus 1998: 34), das heißt er kann auch in höherem Maße als ein Mitglied der primären Netze selbst bestimmen, wie die Beziehungen gestaltet werden. Die Konsequenz daraus mag sein, dass eine zeitlich sehr anspruchsvolle Hilfe ebenso aus dem Rahmen fiele, wie eine physisch oder psychisch sehr anstrengende (z.B. Pflege). Denn hier konzentrieren sich die Austauschprozesse auf reziproke und daher „geringfügige oder kurzfristige Hilfeleistungen“ (BMfJJG 1988: 71).

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass aus diesem Personenkreis vor allem die Freunde eine herausragende Rolle einnehmen. Dass Nachbarschaft und ähnlich auch die weitere Verwandtschaft in der Moderne an Bedeutung eingebüßt hat, wird dagegen als gegeben hingenommen (z.B. Beck-Gernsheim 1994, Grond 1997), teils wird allerdings eine sinkende „Fähigkeit und Bereitschaft (...), soziale Hilfeleistungen zu übernehmen“ auch den Freunden attestiert (Schiha 1995: 217).

Hier ist anzumerken, dass die Definition von *Bekannt* recht unterschiedlich gehandhabt wird. Werden sie teils zu den Freunden – quasi als weniger innige Beziehungen – gefasst (z.B. Vaskovics/Schneewind 1992), werden sie andererseits deutlich davon abgegrenzt als „außerhalb“ bleibend (z.B. Grond 1997: 70). Diesem Sonderstatus gemäß wird von ihnen auch keine dauerhafte Hilfe erwartet, sondern allenfalls in Notfällen, zudem sind sie wichtige Informationsquellen.

Empirischen Untersuchungen des „social support“ zufolge rangieren die Freunde in aller Regel auf der nächsten Position nach den Eltern. Je nach räumlicher Verfügbarkeit teilen sie sich den zweiten Platz mit Geschwistern. Von Freunden wird demnach Unterstützung erwartet – und zwar nicht nur in Ausnahmefällen, wie es für Nachbarn oder Kollegen gilt. Doch werden die Grenzen der Zumutbarkeit wesentlich enger gezogen als bei der Herkunftsfamilie.

Auch beim sekundären sozialen Netz stellt die Mobilität einen sehr bedeutsamen Aspekt dar. So ist zu erwarten, dass sich nach einem Umzug erst im Laufe der Zeit ein zuverlässiges, funktionierendes Nachbarschafts- und Freundesnetz vor Ort etabliert.

Relativ breites Interesse fanden soziale Netze von Alleinerziehenden. Allerdings erwiesen sich die – oft auf qualitativen Studien basierenden – Ergebnisse nicht als deckungsgleich. Wird einerseits von einer außerordentlichen Bedeutung der Freundesbeziehungen besprochen (z.B. Niepel 1994: 214), so wird andernorts – ganz ähnlich wie bei anderen Familienformen auch – die Nachrangigkeit hinter der Herkunftsfamilie konstatiert. Dabei scheinen für unterschiedliche Bereiche verschiedene Bezugsgruppen zu bestehen; so sind die Eltern in erster Linie zuständig, wenn es um materielle Hilfen geht (ebd.). Insgesamt spricht viel dafür, dass sich

- auch bei Alleinerziehenden in Abhängigkeit von Verfügbarkeit usw. die Mitglieder der Herkunftsfamilie als erste Hilfequelle angesehen werden, aber

- aufgrund höherer Bedürftigkeit das soziale Netz besser und teils auch strategischer gepflegt wird und somit bedeutsamer ist als bei Zwei-Elternfamilien.

Doch auch wenn Alleinerziehende ihr Netzwerk aktiv(er) gestalten und relativ zufrieden sind, so nutzen sie es doch sparsam, und einige haben nicht genügend Netzwerkhilfe zur Verfügung (Nestmann/Stiehler:1998: 83ff.). Auch hier zeichnet sich das erhöhte Risiko dieser Gruppe wieder ab.

Junge Elternpaare verfügen der eigenen Einschätzung zufolge über ausreichende Sozialkontakte (BMfJG 1988: 71), selbst wenn das soziale Netz meist mit dem Übergang zur Elternschaft umgebaut wird. Es konzentriert sich mehr auf die engere Familie (Vaskovics/Rupp/Hofmann 1997: 133ff.), Freundesbeziehung halten vor allem dann, wenn diese ähnliche Entwicklungsverläufe durchleben, also auch Familien gründen. Das soziale Netz junger Familien umspannt dennoch zu 90% mehr als 5 Personen, die sich in der Regel aus Freunden und Bekannten, ergänzt um Verwandte rekrutieren.

Diese Beziehungen werden als durchaus leistungsbereit eingeschätzt:

- Für die Kinderbetreuung stehen rund einem Fünftel junger Familien Freunde oder Bekannte zur Verfügung, etwas seltener können sie diese Hilfe von Verwandten erwarten, bei den Nachbarn erhofft sich noch rund jedes zehnte Elternpaar Unterstützung.
- Im Falle von Krankheit oder ähnlichen Notfällen glauben 58% auf Freunde und 42% auf Geschwister zurückgreifen zu können. (vgl. Bamberger-Ehepaar-Panel 1994)

Zwar besitzen wir keine Informationen darüber, ob diese Notfallhilfe auch schon einmal in Anspruch genommen wurde. Dennoch ist nicht zu vermuten, dass es sich um eine völlige Überschätzung der Bereitschaft des sozialen Netzes handelt. Allerdings ist hier auch daran zu denken, dass verschiedene Familien weniger stark eingebunden sind. So sieht sich ein Teil der Alleinerziehenden nicht im Stande, einen ausreichenden Bekanntenkreis zu pflegen, weil sie zu wenig Zeit und sonstige Ressourcen einbringen können. Auch haben Familien in Problemsituationen eher die Tendenz sich abzugrenzen (z.B. bei Arbeitslosigkeit, finanziellen Problemen, Beziehungsschwierigkeiten).

In Ergänzung zur Herkunftsfamilie bestehen also durchaus relevante Außenbeziehungen, von denen auch – wenngleich i.d.R. in geringem Maße als von der Herkunftsfamilie – Unterstützung erwartet wird. Teils gehört ein gewisser Austausch zu den alltäglichen Gepflogenheiten, so dass vermutet werden kann, dass er sich leicht bis zu einer gewissen Belastung steigern lässt. Ob allerdings bei Freunden und Bekannten ähnlich wie für die Herkunftsfamilie vorstellbar ist, dass über längere Zeit der „Ausfall“ der Mutter kompensiert, oder sogar die Pflege übernommen werden kann, scheint sehr fraglich. Unsere Informationen – auch zu der sozialen Integration verschiedener Familienformen – sind allerdings zu dürftig, um eine Einschätzung des tatsächlichen Potentials zu erlauben. Die Gestaltung und Nutzung der sozialen Netze im Hinblick darauf, wer in welchem Umfang einzuspringen bereit bzw. fähig ist, bleibt damit eine bedeutsame Forschungsfrage.

3. Halbinstitutionelle Möglichkeiten der Hilfe

Es gibt verschiedene Projekte und Formen der Vernetzung von Familien – über die genannten primären und sekundären Netze hinaus. Sie setzen an sozial-räumlichen Aspekten an – typischerweise an der Nachbarschaft – und versuchen, die Beziehungen, den Austausch, die gegenseitige Unterstützung zu stärken. Oder sie setzen an konkreten Problemlagen an – wie z.B. der Nach-Scheidungs-Situation – und versuchen hier, Gemeinschaften zu schaffen, die ihre Probleme gemeinsam lösen, in denen sich die Betroffenen gegenseitig helfen. Daneben existieren Wohnprojekte (z.B. Alleinerziehender und Witwen oder junger Familien) mit dem Ziel, Kontakte und Austausch zu fördern, Entlastung durch Gegenseitigkeit und Miteinander zu gewähren. Die Ergebnisse bzw. Erfahrungen sind überwiegend positiv, sie reichen von der Stärkung eigener Ressourcen und Kompetenzen über die Erfahrung von Zuwendung bis zum Austausch konkreter Hilfen. (Vgl. zum Thema z.B. Diskurs 1998; DJI 1998, Hebenstreit-Müller/Pettinger 1991)

All diese Vorhaben zielen nicht auf das gleiche konkrete Ergebnis hin, wollen nicht dieselben Notlagen mindern und sind auch sehr unterschiedlich organisiert. Doch ist ihnen eins gemeinsam: Sie wollen Familien einbinden in größere Zusammenhänge und sie damit zu mehr Selbsthilfe auf gegenseitiger Basis ermutigen und in Stand setzen. Derartige soziale Verbindungen können daher auch für Familienhilfe von großer Bedeutung sein. Sie wirken einesteils präventiv, indem schon im Vorfeld die Kräfte der Familien geschont und gestärkt werden, und sie können in gewissem Maße auch Notfallhilfe bereitstellen. Allerdings wissen wir nicht, wie viele und welche Familien überhaupt in derartigen Netzen engagiert sind, und in welchem Umfang diese wiederum die familienpflegeinduzierten Notlagen auffangen könnten. Wir wissen weiterhin nicht, welche Familien überhaupt bereit wären, diese Art von Unterstützung zu pflegen, zu gewähren und zu akzeptieren. Daher sollten auch Überlegung zu diesem Thema in den Fragenkatalog mit aufgenommen werden.

4. Kinderbetreuung – Bedarf und Nutzung öffentlicher Einrichtungen

Das durchschnittliche westdeutsche junge Ehepaar mit Kind nutzt in aller Regel während der ersten Lebensjahre des Nachwuchses keine Betreuungsinstitutionen, sondern den Erziehungsurlaub. Vaskovics/Schneewind (1996: 127) zufolge steigt der Anteil an externer Kinderbetreuung erst im dritten Lebensjahr des Kindes sprunghaft an, vorher spielen Krippen und ähnliches kaum eine Rolle. Wenn auf anderweitige Betreuung zurückgegriffen wird, dann allenfalls auf eine Tagesmutter oder selbst initiierte Hilfen. Ab drei Jahren werden 14% der Kinder anderweitig und 41% im Kindergarten untergebracht, ab vier wird dieser zur dominanten Betreuungsinstitution, die 92% der Vierjährigen und 97% der Fünfjährigen aufsuchen, allerdings die meisten nur halbtags (ebd. 128f.). Die „Delegation“ der Betreuung hängt von der Berufstätigkeit der Mütter ab. Allerdings ist dabei vorwegzuschicken, dass Mütter von Kleinkindern nur zu 6% ganztags und zu 24% teilzeit arbeiten (ebd. 130). Allerdings wird die Berufstätigkeit nur teils durch externe Hilfen kompensiert, denn nur 40% der betreffenden Frauen geben ein Kleinkind weg, die Mehrheit löst das Betreuungsproblem also „familienintern“ – ein weiterer Hinweis darauf, dass Großeltern und Verwandte hier intervenieren und somit als Ressource auch für Notfälle zu Verfügung stehen.

Die Nutzung von institutioneller Kinderbetreuung unterscheidet sich deutlich zwischen alten und neuen Bundesländern und im Hinblick auf die Lebensform. Dies wird durch folgende Tabelle verdeutlicht.

Tab. 4: Anteil institutioneller Kinderbetreuung

Institutionelle * Betreuung nach Alter der Kinder	alte Bundesländer		neue Bundesländer	
	Ehepaare	alleinerziehende Mütter	Ehepaare	alleinerziehende Mütter
Bis 3 Jahre	3,5%	6,4%	42%	36%
3 bis 4 Jahre	45%	52%	82%	82%
6 Jahre	94%	93%	95%	94%
Schüler 5 bis 6 Jahre	38%	47%	38%	31%
Schüler 7 Jahre	5,6%	7,9%	17%	24%

Quelle: Engstler 1997: 112 * = Kinderkrippen, -gärten, -tagesstätten und -horte

Die Übersicht zeigt deutlich, dass vor allem im Westen Einrichtungen erst später genutzt werden, aber ab dem fünften Lebensjahr nahezu alle Kinder (auch) außer Hauses betreut werden. Dass neben dem Kindergarten nur wenige Möglichkeiten der Betreuung verbleiben, zeigt das deutliche Absinken der Quote nach dem sechsten Geburtstag. Bemerkenswert ist, dass bei Alleinerziehenden die Anteile nicht deutlich erhöht sind – im Osten sogar eher niedriger liegen als bei Ehepaaren. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass hier andere Betreuungsarten, wie Tagesmütter oder private Versorgung, wegen ihres flexibleren Charakters und der Möglichkeit, das Kind ganztags betreuen zu lassen, bevorzugt werden.

Die Einschätzung der Betreuungseinrichtungen fällt nicht positiv aus: Die Plätze seien nicht ausreichend (1994), vor allem Krippenplätze gebe es kaum. Weiter klagen junge Eltern oft (zu einem Drittel) über hohe Kosten und zu große Gruppen (Bamberger-Ehepaar-Panel 1994). Die Preise der institutionellen Betreuung pro Monat und Kind belaufen sich bei rund drei Viertel auf weniger als 150 DM (im Jahre 1994). Das ist allerdings in der Regel der Beitrag für einen Halbtags-Platz im Kindergarten.

5. Regionale Unterschiede

Bereits bei der räumlichen Distanz zwischen Großeltern und Enkelkindern wurde deutlich, dass die Verfügbarkeit von Unterstützung durchaus auch sozialräumliche Charakteristika trägt. So leben in Süddeutschland die Familien näher beieinander als im Norden. In diesem Zusammenhang ist auch an das Vorhandensein von Verkehrsmitteln und -verbindungen zu denken, da es Besuche fördern oder behindern kann.

Aus verschiedenen Quellen (z.B. Borchers 1997) kann geschlossen werden, dass soziale Netze in der Stadt weniger dicht und ausgeprägt sind als auf dem Lande, wo auch Kontakthäufigkeit und -intensität größer sind. Man kann daraus auch ableiten: Je enger die Kontakte sind, um so schneller und früher werden gelegentliche, eher spontane Hilfen angeboten. Weiter ist zu bedenken, dass Unterstützung auch dadurch, dass sie nicht eingefordert werden muss, einen anderen Charakter erfährt.

Regionale Unterschiede finden sich weiterhin in der Verfügbarkeit von Betreuungseinrichtungen: Diesbezüglich sind ländliche Gebiete und insgesamt der Westen der Bundesrepublik tendenziell schlechter versorgt (Bauerreiss/Bayer/Bien 1997: 90). Ganz besonders deutlich ist die Differenz bei den Krippenplätzen: Stehen für 1000 Kinder im Osten immerhin 413 zur Verfügung, so liegt die Quote im Westen bei 22 (ebd.).

Weiterhin ist zu bedenken, dass die Entwicklung der familialen Lebensformen in den alten und neuen Bundesländern stark differiert. So ist angesichts erhöhter Scheidungen wie auch nichtehelicher Geburten in den neuen Ländern der Anteil Alleinerziehender höher, weiterhin sind die Familien kleiner als im Westen (ebd.: 19; 22). Für die Alleinerziehenden ist zudem auf ein Nord-Süd-Gefälle hinzuweisen (ebd.: 23).

Im Hinblick auf die Barriere gegenüber professioneller Hilfe ist zu erwarten, dass Scham und Versagensgefühle auf dem Land größer sind. Die größere Transparenz (Nachbarschaft etc.) und vermutlich auch andere Werthaltungen werden dort eher von der Inanspruchnahme professioneller Hilfen abhalten. In traditionelleren Gebieten wird vermutlich eher erwartet, dass die Familie sich selbst hilft. So werden entsprechende regionale Unterschiede in der geäußerten und realisierten Nachfrage erwartet (Kühnert/Frerichs/Rohleder 1993).

In diesem Kontext ist zu bedenken, dass in unterschiedlichen Sozialräumen die Kenntnis, die Bewertung und die Erfahrungen mit Familienpflege differieren können. Ob also Familien Informationen über die Möglichkeiten haben, ob sie – ohne sich eine Blöße zugeben – darauf zugreifen können, ob sie positive Einstellungen zu professioneller Hilfe haben oder eher abgeneigt sind, hängt sicherlich von sozialen Milieus wie auch regionalen (z.B. Stadt-Land-)Spezifika ab.

6. Fazit III

Die meisten Familien verfügen vermutlich über ein relativ großes Repertoire an externen Ressourcen, das hilft, auch Notlagen zu meistern. Allerdings wissen wir zu wenig darüber, welche Familien hier unzureichend versorgt sind, und von welchen Faktoren das Funktionieren der sozialen Netze letztlich abhängt. Auch bleibt zu klären, ob und in welchem Maße Mobilität oder spezifische Problemlagen (z.B. finanzielle Probleme, Trennung etc.) diese Netze beeinträchtigen. In diesem Kontext ist zudem nach der Versorgung und Nutzung institutioneller Betreuungsmöglichkeiten zu fragen. Nur bei Zusammenführung der diversen oben genannten Aspekte kann ein Bild davon entstehen, mit welchen Ressourcen Familien Bedarfssituationen letztlich bewältigen bzw. welchen Stellenwert bestimmte Hilfequellen einnehmen.

IV. Information und Verhalten des Gesundheitswesens

Familienpflege wird dann erforderlich, wenn die oben angeführten Hilfsmöglichkeiten nicht ausreichen, den Bedarf an Versorgung und Betreuung zu decken. Damit stellt sich die Frage, ob die betroffenen Familien wissen, dass sie Hilfe erhalten können und wie sie daran gelangen. Im Falle von Krankheit oder Problemschwangerschaften der Mutter sind die behandelnden Ärzte oder das Personal im Krankenhaus denkbare Ansatzpunkte für Information und Unterstützung. Ob und wie sie die Notsituation einschätzen, und welche Lösungen sie anbieten, kann die entscheidende Weichenstellung für den Einsatz von Familienpflege bedeuten. Ganz maßgeblich hängt dieser dann an der Verschreibungspraxis der Ärzte. Die nächste Hürde, die bei der Durchsetzung des nun angemeldeten Bedarfes genommen werden muss, ist die Bewilligung der Krankenkassen. Hier können gleichfalls interne Filter wirken und Unterschiede zwischen Kassen bestehen. Auch ließe sich im Falle der Familienpflege allein schon über die Bearbeitungszeit ein Teil des Bedarfes aussteuern. Um zu einer realistischen Einschätzung der Familienpflege zu gelangen, müssen demnach auch die Filtermechanismen im Prozess der Anmeldung und Durchsetzung des Bedarfes in Betracht gezogen werden.

1. Informationsstand und Nutzung der Familienpflege

Wie in vielen anderen Bereichen wissen wir praktisch nichts über den Kenntnisstand bzw. die Akzeptanz der Familienpflege. Auch diesbezüglich kann nur anhand von Erfahrungen aus anderen Bereichen geschlossen werden. Generell lässt sich feststellen, dass mit dem Grad der Betroffenheit der Informationsstand steigt. Eine konkrete Informationssuche wird also in aller Regel erst bei Wahrnehmung eines (künftigen) Bedarfs gestartet. Ganz wesentlich sind aber, wie bereits oben angedeutet, hier die Erfahrungen und Informationen aus zweiter Hand: Haben Freunde, Bekannte usw. Erfahrungen gemacht, so verbreiten sich diese. Allerdings – so kann zumindest als Eindruck wiedergegeben werden – nicht immer als korrekte, präzise Information, sondern als vages Halbwissen über „irgendwelche Leistungen“. So erklärt sich, dass viele Personen über ihre Situation (z.B. als nichteheliche Lebensgemeinschaft) oder ihre Ansprüche (z.B. im Rahmen des Erziehungsurlaubes) nur mäßig informiert sind (vgl. Vaskovics/Rupp 1995: 48f.; Schneewind/Vaskovics 1992: 305f.). Sie haben auch – solange kein Problembewusstsein entsteht – keine exakte Information gesucht, sondern ihr Wissen quasi en passant erworben (vgl. ebd.).

In bezug auf die Pflege älterer Menschen weisen Miltenburger/Werner auf ähnliche Lücken hin (1992: 538). Warum sollten hinsichtlich der Möglichkeiten der Familienpflege hier andere Tendenzen vorherrschen? Eher könnte vermutet werden, dass die innere Distanz noch größer ist, dass dieser Fall als noch unwahrscheinlicher angesehen und verdrängt wird – auch weil man/frau sich hier selbst in der Rolle des Betroffenen und Hilfebedürftigen sehen müsste.

Das Problem mangelnder Information über die Familienpflege sieht auch eine Expertin (ifb-Studie 1998):

„Bedarfsfeststellungsprobleme gibt es wegen ungenügender Berücksichtigung von Familienpflege im Gesetz; (so wird sie) z.B. als ‚Haushaltshilfe‘ ausgewiesen. Und: Familienpflege ist als Profession zu wenig bekannt, dadurch ist die Dienstleistung auch zu wenig bekannt.“

Als „Perpetuum Mobile“ kann sich somit die Situation erweisen, dass der eher schmale Personalbestand im Bereich Familienpflege dazu führt, dass seitens der Träger und der Einsatzleitungen wenig Werbung für die Familienpflege gemacht wird, damit keine Nachfragen entstehen:

„Dabei verzichten Familienpflegedienste – so die Ergebnisse unserer Anfang der neunziger Jahre durchgeführten Befragung – bislang aufgrund ihrer dünnen Personaldecke vielfach darauf, ihre Unterstützungsangebote weiter bekannt zu machen.“ (Kühnert 1996).

So verwundert es nicht, dass diejenigen, die schließlich Familienpflege in Anspruch nehmen, ihre Informationen oftmals von den Kindergärten erhalten oder aber von Mitarbeitern der Krankenhäuser vermittelt werden. Die Information erreicht sie offenbar erst, wenn eine Notlage bereits eingetreten ist (ifb-Studie 1998). Aber – und das wird auch in den Experten-Interviews deutlich – wenn im sozialen Umfeld bereits Fälle eingetreten sind, in denen Hilfen in Anspruch genommen wurden, so sind zumindest die Grundzüge der Leistungen und Zugangswege bekannt und eröffnen die Möglichkeit, diese Alternativen in den eigenen Handlungsplan mit einzubeziehen. Wie vielen und welchen Familien diese Möglichkeit gegeben ist, ist eine weitere Frage, deren Klärung noch offen steht. Zudem sollte geklärt werden, welche Informationswege überhaupt in Frage kommen und welche Erfahrungen bereits gemacht wurden, z.B. bei Behörden. Denn aufgrund der geschilderten Problematik lässt sich aus den bisherigen Nachfragen der tatsächliche Bedarf kaum abschätzen.

„Das derzeitige Nachfrageverhalten kann aufgrund von Informationsdefiziten bei den Betroffenen deshalb nicht als Indikator für einen vorhandenen Bedarf gesehen werden.“ (Kühnert 1996)

Auch TWER (1996) konstatiert, dass Bedarfszahlen, welche sich beispielsweise allein aus der Hochrechnung telefonischer Anfragen rekrutieren, für eine Bedarfsabschätzung nicht ausreichend sind:

„Eine qualifizierte Erhebung über den tatsächlichen Bedarf gäbe allen Beteiligten klare Daten für die Arbeit und Argumentation.“

2. Aspekte des Bewilligungsverfahrens

Wird in einer familialen Notlagensituation der Bedarf an Familienpflege angemeldet, dann mündet dies in ein Entscheidungs- und Definitionsverfahren: Es entscheiden Ärzte und Vertreter der Leistungsträger über die faktische Zubilligung von Hilfen und deren Umfang. Da die familienpflegerischen Dienste – wie das gesamte soziale Sicherungssystem – seit längerem vor der schwierigen Situation einer von Sparmaßnahmen durchsetzten Finanzierung stehen, ist zu bedenken, dass diese Restriktionen das Leistungsspektrum in erheblichem Umfang mitbestimmen.

Als erste Hilfe oder Hürde stellt sich somit oft die Einschätzung des behandelnden Arztes heraus:

„Wichtiger Punkt ist das ärztliche Attest, d.h., die vom Arzt formulierten Bedarfe“ (ifb-Studie 1998).

Dabei wird die Verordnungspraxis der ÄrztInnen eher als sich bedarfsrestriktiv auswirkende Tatsache eingeschätzt. Sie werden aufgrund verstärkter Nachfragen seitens der Kostenträger als zunehmend zögerlich in der Verordnung von ‚Hilfen im Haushalt‘ wahrgenommen (Ökumenischer Arbeitskreis Familienpflege 1998).

Da die Definition des Bedarfes nicht eindeutig durch die gesetzlichen Vorgaben fixiert ist, bleibt einiges an Interpretationsspielraum – auch bei den Leistungsträgern: „Am einfachsten, weil am klarsten, ist die Bedarfsfeststellung, wenn die Mutter im Krankenhaus ist, da zahlt die Krankenkasse“ (ifb-Studie 1998). Herausgearbeitet werden hierbei zwei interessante Aspekte der Nachfrageausrichtung. Entscheidend sind wohl

- der Informations- und Bildungsgrad der Patienten und ihr Sozialprestige und
- das Anspruchsniveau in der Arzt-Patient-Interaktion. Infolgedessen wächst mit abnehmendem Sozialstatus der Mütter und mit dem Schwierigkeitsgrad ihrer sozialen Lage die Wahrscheinlichkeit der Unterversorgung.

Damit wird mit der Bewilligungspraxis der Bedarf definiert und das Ausgabevolumen gesteuert. In diesem Kontext gibt es Erfahrungen, dass sehr rigide verfahren wird: „Es gibt Grenzsituationen. Bedarf ist, wenn die Mutter klinikreif ist. Überlastung genügt nicht“ (ifb-Studie 1998). Die Rolle des begutachtenden Medizinischen Dienstes der Krankenkassen wurde in den Experteninterviews häufig als besonders einschränkend geschildert, sie ist aber bislang noch nicht empirisch analysiert worden.

Die Leistungsträger entscheiden jedoch nicht nur über die grundsätzliche Bewilligung von Hilfen, sondern sie bestimmen auch deren Art bzw. Qualität: „Die Krankenkasse entscheidet darüber, ob eine Hilfskraft oder jemand mit Fachausbildung in Frage kommt“ (ifb-Studie 1998). Hier stellt sich also die Frage, inwieweit bei der Zuteilung von Hilfe über den Aspekt der „Professionalität“ gespart wird, oder die Familienpflege zum Einsatz kommt.

Aus Ergebnissen der Studie des Gerontologischen Instituts Dortmund (Frerichs 1993: 20) geht hervor, dass in Nordrhein-Westfalen auf Seiten der Kostenträger nur eine geringe Anerkennung des Bedarfs an familienpflegerischen Leistungen vorhanden ist. Der Hintergrund dafür sei u. a., dass der Einsatz von Fachkräften bisher nicht kostendeckend über Leistungsentgelte finanziert werden könne. Dies bedeutet, dass FamilienpflegerInnen durch Hilfskräfte ersetzt oder in Arbeitsbereichen eingesetzt werden, die eine bessere Kostendeckung gewährleisten, z. B. in der Altenhilfe. Die Ergebnisse aus Nordrhein-Westfalen lassen sich sicher nicht direkt auf bayerische Verhältnisse übertragen, sollten aber in eine Bedarfsermittlung im Sinne der Erfassung von Einschätzungen betroffener Familienmitglieder – bezogen auf eine begründete Abwägung zwischen Fachkraft und Hilfskraft – einfließen. Aus Schilderungen wirtschaftlicher Rahmenbedingungen bayerischer Familienpflege sind klare Hinweise auf ähnliche Schwierigkeiten gegeben:

„Ebenfalls ist ein deutlicher Trend der Kostenträger zu einer einschränkenden Bewilligung hinsichtlich der Qualifizierung der genehmigten Mitarbeiter erkennbar. So wird immer öfters der Einsatz von Hilfspersonal zum jeweils günstigeren Stundensatz gefordert. Dies geschieht häufig, ohne dass die Rahmenbedingungen des jeweiligen Einsatzes auch nur annähernd situationsbezogen gewichtet werden“ (Oekumenischer Arbeitskreis Familienpflege 1998).

Die Finanzierungsstrukturen fokussierend weist Zang (1995) auf die Auswirkungen des inzwischen eingeführten Pflegeversicherungsgesetzes hin, dessen Schwerpunkt auf dem Bereich ‚Pflege‘ und nicht auf dem Bereich der ‚Hauswirtschaftlichen Versorgung‘ liegt. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Berufskräfte nicht einseitig auf die häusliche Versorgung alter Menschen umfunktioniert werden und sich damit von ihrem eigentlichen Berufsbild entfernen. Die Bedarfsnotwendigkeit und die besondere Qualität der Profession „Familienpflege“ müsse dementsprechend verstärkt deutlich gemacht werden.

Da, wie erwähnt, in diesem ganzen Kontext Kostenaspekte eine bedeutsame Rolle spielen, stellt sich die Frage, inwieweit tatsächlich bedarfsadäquat verordnet und bewilligt oder eher nach ökonomischen Kriterien ausgefiltert wird. Der derzeitige „anerkannte Bedarf“ sagt daher nur wenig über die tatsächlichen Bedürfnisse von Familien in Notlagen aus.

Eine Erfassung von individuellen Bedarfslagen und die Analyse der Bedürfnisstrukturen von Regionen ist daher nötig und wird auch aus Professionssicht als eine wichtige Aufgabe gesehen (Häusliche Pflege 12/96). Hervorgehoben wird unter dem Aspekt der „Finanzierbarkeit“ auch hier besonders der Kooperationsaspekt zwischen den ambulanten Versorgungssystemen. Infrastruktur- und bedürfnisspezifisch könnte so eine effizientere Nutzung der gegebenen personellen, räumlichen und technischen Ressourcen gewährleistet werden. Im Zuge der Neuordnung sozialer Dienste, der Privatisierung ambulanter Dienste, der Diskussion um die Forcierung von Nachbarschaftshilfen bzw. anderen selbstgeschaffenen Hilfen und der Umstrukturierungen nach Einführung der Pflegeversicherung wird auch der Vermittlung der Träger eine besondere Relevanz zukommen.

V. Ressourcen der Familienpflege

Die Anzahl der Träger von pflegerischen Diensten, die sich allerdings nicht nur der Familienpflege widmen, ist in Deutschland langsam aber deutlich gestiegen. Dabei zeichnet sich auch eine interne Umstrukturierung ab: Während Sozialstationen und mobile Dienste deutlich Zuwächse verzeichnen, nehmen Haus-, Familienpflege- und Gemeindecrankensstationen ab, die Dorfhelferinnenstationen bleiben in etwa gleich (Statistisches Bundesamt 1998: 316).

Trotz der allgemeinen Zunahmen deuten alle verfügbaren Informationen darauf hin, dass auch nach der beschriebenen Filterung des Bedarfes die verfügbaren Kapazitäten nicht ausreichen, die Nachfrage an Familienpflege zu decken. Die Konsequenz ist, dass selbst Familien in Not-situationen, die über eine Bescheinigung ihrer Bedürftigkeit verfügen und somit Anspruch auf Hilfe haben, diese ganz oder teilweise versagt bleibt.

Den Hintergrund für diese Betrachtungen bilden zunehmende Anfragen nach familienpflegerischen Leistungen. Dies wird zum einen auf Veränderungen in den familialen Strukturen, der zunehmenden Mobilität, kurz: dem gesellschaftlichen Wandel und seinen Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben, zurückgeführt (z.B. Deutscher Caritasverband 1986, Frerichs 1993: 5ff., ifb-Studie). Zudem bedingten Veränderungen der Anspruchsgrundlage im SGB V (§ 38) einen Anstieg der Nachfrage auf dieser Basis um rund 20% (Kühnert/Frerichs/Rohleder 1993: 9). Weiterhin wird in vielen Berichten ein Personalmangel konstatiert (Kühnert/Frerichs/Rohleder 1993; Paritätisches Bildungswerk 1993; Ministerium für Arbeit NRW 1996).

Zwei Beispiele mögen zur Veranschaulichung der Situation dienen:

In Berlin wurden von Januar bis April 1992 269 Einsätze gezählt. Diesen standen jedoch 88 Fälle gegenüber, in denen die Pflege nicht übernommen werden konnte – und dies zumeist wegen Personalmangels bzw. des Ausfalls von Pflegekräften (Paritätisches Bildungswerk 1993: 11). Analoges wird vom Institut für Gerontologie für Nordrhein-Westfalen berichtet: Von 468 Ablehnungen erfolgten 346 (das sind 76%) aus Kapazitätsgründen (Kühnert/Frerichs/Rohleder 1993: 52).

Diese Diskrepanzen veranlassen zur Annahme, dass auf drei vollzogene Einsätze eine nicht erfüllbare Anfrage kommt, und somit die Kapazität um rund 30% gesteigert werden müsste (Kühnert/ Frerichs/ Rohleder 1993: 52). Eine generelle Bedarfsabschätzung, welche nicht von den Ablehnungen ausgeht, schätzt das Defizit sogar noch größer ein und errechnet, dass der Personalbestand in Nordrhein-Westfalen um 60% erhöht werden müsste, wollte man einen Versorgungsgrad von 1,6 FamilienpflegerInnen pro 10.000 Einwohner sicherstellen (ebd., vgl. auch I.).

Die Einschätzungen der befragten Expertinnen der ifb-Studie tendieren in ähnliche Richtungen: Die Ressourcen reichten oft nicht hin, die Nachfrage zu befriedigen bzw. ihr umfassend gerecht zu werden. Eine Befragte schätzt, dass sie, wenn es nach dem von den Familien geäußerten Bedarf ginge, doppelt so viele Einsätze durchführen könnten.⁸

8 Da diese Aussage sehr allgemein gefasst ist, sollte hier auch die restriktive Verschreibungspraxis und mangelnde Information als Begrenzung der Nachfrage bedacht werden.

In diesen Äußerungen wird deutlich, wie wenig der Bestand an Familienpflegestationen und an ausgebildeten Familienpflegerinnen sich zur Zeit an Bedarfsindikatoren orientiert, da sonst eine gegenläufige Entwicklung zu erwarten wäre. Die zu beobachtenden Schließungen von Stationen und der Wechsel von Familienpflegerressourcen im Bereich der Altenhilfe- oder Krankenpflege orientiert sich vorrangig an der Finanzierungssituation der Leistungen. Die gegenwärtigen Schwierigkeiten in der kostendeckenden Finanzierung zwingt nach den Ergebnissen des ifb-Projektes manche Träger zur Rücknahme des bisherigen Leistungsangebotes, obwohl die Nachfrage steigt.

Wie gehen die Träger nun mit dem geschilderten Ressourcen-Problem um? Die Expertinnen (ifb-Studie) berichten von verschiedenen Strategien: Bei akuten Notlagen wird soweit möglich umgeschichtet, also bei anderen Familien „gespart“, manche Träger können „stille Reserven“ aktivieren, doch schließlich bleibt einigen nur noch, die Familien abzuweisen, d.h. in der Regel zu versuchen, sie an andere Einrichtungen weiter zu reichen. Ein unerwünschter Nebeneffekt ist dabei, dass sich der räumliche Einzugsbereich der Familienpflegestationen vergrößert. Nur jede neunte Station in Bayern nimmt Aufträge bis zu einer maximalen Entfernung von unter 30 km an, fast jede zweite bearbeitet auch Aufträge zwischen 30 und 50 km (ifb-Studie 1998). Dabei hat die Größe der Institutionen selbstredend nicht unerheblichen Einfluss auf die Copingfähigkeit, da kleinere Träger wesentlich schneller an Kapazitäts- und damit auch an Leistungsgrenzen stoßen, zumal sie weniger Flexibilität aufweisen.

Das Problem wird sich langfristig ohne eine Erhöhung des Pflegepersonals nicht entschärfen, denn nahezu alle Autoren und Informanten gehen davon aus, dass die gesellschaftliche Entwicklung, insbesondere im Familiensektor, zunehmende Problematik und damit steigenden Bedarf an familienpflegerischer Unterstützung mit sich bringt. Aber auch der fortschreitende Bekanntheitsgrad wird die Nachfrage in Zukunft noch erhöhen.

Damit wird möglicherweise auch eine neue Personalpolitik der Träger notwendig. Für viele Familienpflegerinnen ist die Vereinbarkeit von Anforderungen und Arbeitsbedingungen in den Einsätzen schwer vereinbar mit einer eigenen Familiengründung. Deshalb scheiden häufig jüngere Familienpflegerinnen aus, wenn sie selbst heiraten und Kinder bekommen. Um diese Ressource von ausgebildeten Fachfrauen nicht zu verlieren, wird in Zukunft mehr darüber nachgedacht werden müssen, über welche Beschäftigungsbedingungen auch verheiratete Familienpflegerinnen in der Berufstätigkeit gehalten werden können. Gewarnt wird in diesem Kontext auch, zu sehr auf unprofessionelle Hilfen auszuweichen, da Qualitätsmängel die Folge seien (z.B. Kühnert/Frerichs/Rohleder 1993; Paritätisches Bildungswerk 1996).

Der Umfang der familienpflegerischen Leistungen hängt einestils von der Entscheidung der Bewilligung ab, doch ist er stets rückgekoppelt an die Existenz anderer Hilfen, wie private Unterstützungen einerseits und andere weitere professionelle Leistungen andererseits.

Zur Erschließung dieses Kontextes ist es hilfreich, sich das Aufgabenspektrum der professionellen Familienpflege vor Augen zu führen. Es umfasst die Bereiche:

- Haushaltsführung und Ernährung;
- sozialpflegerische Betreuung;
- psychosoziale Unterstützung und pflegerische Versorgung;

- Soziale, rechtliche und andere Beratung sowie
- je nach Vorbildung: Mitarbeiterführung, Führungs- und Koordinationsaufgaben in der Einrichtung, Fortbildungen.

Im Kontext der Einsätze in der Familie eröffnet Familienpflege „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Häusliche Pflege 12/96). Letztlich ist es Aufgabe der Familienpflege, die Familien in Stand zu setzen, sich aus eigenen Kräften zu versorgen. Die Einbindung der Familienmitglieder, aber auch der sozialen Netze zur (Neu-)Organisation des Familienalltags wäre somit ein wichtiger Aspekt der Leistung.

Doch ist es augenscheinlich nicht immer einfach oder erwünscht, dass möglichst viele Ressourcen einbezogen werden: Die Angaben der in der Pilotstudie befragten Familienpflegerinnen bezüglich ihrer Meinung zum Einsatz von Honorarkräften werden angesichts dieser Vorgehensweisen, welche als rigide Eingriffe in die Daseinsberechtigung ihres Berufsbildes empfunden werden, unter professions- und qualitätssichernden Aspekten verständlich. Nur ca. 20% der befragten Familienpflegerinnen stimmten eindeutig zu, wenn es um die Mitwirkung oder Anleitung von Großeltern, Nachbarn, Ehrenamtlichen, Laienhelfern oder von qualifizierten Honorarkräften ging. Unter dem Gesichtspunkt der Neustrukturierung sozialer Dienste und der Diskussion um weitere Niedrigschwelligkeit werden sich jedoch die Familienpflege-Dienste der Vernetzungskomponente nicht entziehen können und sollten sich – unter Berücksichtigung einer eigenen Bedarfsdefinition für Familien in Notsituationen – verstärkt einklinken.

Bezogen auf diese Tätigkeitsfelder sind allerdings auch andere Organisationen und Dienstleister im Einsatz. Die Gewichtung der einzelnen Tätigkeiten orientiert sich jeweils an den konkreten Bedarfssituationen und an der Abgrenzung zu anderen in Frage kommenden Instanzen. „Daneben werden bei den Einsätzen oftmals Probleme offenbar, die weitergehende Hilfe durch Erziehungsberatung, Suchtberatung, sozialpädagogische Familienhilfe u. ä. erfordern. Diese Hilfsangebote müssen von der Fachkraft vermittelt und in Verzahnung mit ihren Leistungen erbracht werden“ (Bayerische Staatsregierung 1994).

Einen erfolgreichen Versuch, flexible Angebote an ambulanten, pädagogischen und hauswirtschaftlichen Hilfen für Familien aufzubauen, beschreibt Pauly (1999). So könne am besten das Bedarfsprofil einer Familie getroffen werden, wenn eine Verzahnung von Familienpflege und Sozialpädagogischer Familienhilfe vorgenommen wird. Dies geschieht auf der Basis der bekannten und im Rahmen der vorliegenden Expertise bereits skizzierten gesetzlichen Grundlagen wie auch des § 31 KJHG, welcher ausdrücklich für die Sozialpädagogische Familienhilfe formuliert ist. Er beinhaltet in erster Linie eine Unterstützung bei Erziehungsaufgaben, der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie beim Kontakt mit Ämtern und Institutionen. Gefragt ist bei diesem Modell die Mitarbeit der Familie und die Hilfe zur Selbsthilfe. Grenzen für die FamilienpflegerInnen im Kontrast zur Sozialpädagogischen Familienhilfe tauchen dort auf, wo als Priorität die Arbeit an der Beziehung der Eltern steht, wenn diese beispielsweise einen einheitlichen Erziehungsstil einüben sollen. Auch die Aufarbeitung persönlicher Sozialisationsdefizite einzelner Familienmitglieder ist nicht die Aufgabe von FamilienpflegerInnen, sondern vielmehr Zuständigkeitsbereich der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Diese Beispiele zeigen die Relevanz der Abgrenzbarkeit der

Einsatzfelder sozialpflegerischer und beratender Fachkräfte – auch im Hinblick auf andere Berufe, welche für die Kombi-Teams in Frage kommen.

Weitere Beispiele aus dem Bereich ambulanter, mobiler Hilfs- und Pflegedienste (Häusliche Pflege 12/96) belegen die Einbettung der staatlich anerkannten FamilienpflegerInnen im mittleren Funktionsbereich. Eine Konkretisierung ihres beruflichen Tätigkeitsfeldes wird im Hinblick auf die Erschließung neuer Leistungspakete folgendermaßen skizziert: Hauswirtschaftliche Versorgung, Ernährungsberatung für ‚Essen auf Rädern‘, Begleitung der Öffentlichkeitsarbeit, Analyse der sozialen Bedürfnisstrukturen der betreffenden Regionen und Anregung der Schaffung neuer Dienstleistungsangebote wie Seniorencafés, Arbeitskreise ‚Aktive Nachbarschaft‘, Näh- und Bügelstuben, Gesprächskreise, Krabbelstuben etc.

Familienpflege ist vorübergehende Hilfe, die Einsätze dauern im Vergleich zu anderen Einsätzen, z. B. der häuslichen Krankenpflege, eher lange. Bei Bedarf an vorwiegend medizinischer Behandlungspflege ist die Kooperation mit Kranken- oder Altenpflegerinnen notwendig. Die Möglichkeit der Einrichtung einer kommunalen oder regionalen Hilfezentrale, um die Koordination der verschiedenen sozial-ambulant Dienste zu gewährleisten, ist am Modell Wetzlar (Ostermann 1994) gut dargestellt. Beispielhaft wird an zwei Beobachtungsjahren die Fallentwicklung, die Anfragenbearbeitung, die Funktion als Erstanlauf- und Clearingstelle etc. beschrieben. Weitere Aufgaben sind: Ermittlung von Hilfedefiziten und des Hilfebedarfs, Verbesserung des Informations-, Beratungs- und Aktivierungsangebots für die hilfesuchenden Menschen und ihre Familien.

Auch in ersten Ergebnissen der ExpertInnenbefragungen aus dem ifb-eigenen Projekt (1998) gibt es einzelne Hinweise auf die Sinnhaftigkeit multiprofessioneller Teams, damit eine variable, dispositionale Handhabung, z. B. des Einsatzes von HauswirtschafterInnen oder FamilienpflegerInnen, vorgenommen werden könnte. Als Problem wird jedoch genannt, dass man bei der Familienpflege – im Gegensatz zur Alten- oder Krankenpflege – nicht nach einzelnen Handlungen abrechnen kann, sondern nach groben Zeiteinheiten. Die Bedeutung dieses Hinweises auf die Akzeptanz und Definierbarkeit familienpflegerischer Leistungen im Bedarfsfälle müsste geprüft werden.

Die Plausibilität der Netzwerkförderung in der sozialen Arbeit ist aus der Sicht der Professionen prinzipiell schon lange ein richtiges Thema. Die Problematik liegt in den Koordinations-, Steuerungs-, Produktions- und Absprachezuständigkeiten (Gräbe 1991). Wenn sich Familienpflege neu verorten will, muss sie sich diesen Aushandlungsprozessen stellen, d. h. sich einlinken in Diskussionen um Koordination von Case-Management, Teamarbeit, Arbeitsgemeinschaften, Round Tables etc. Letzten Endes geht es um die Kooperation von Professionellen und Laien in Verbundsystemen und die Herausfilterung des spezifischen Elements familienpflegerischer Dienstleistungen und Engagementmöglichkeiten und -notwendigkeiten. Nebenamtliche, private, freundschaftliche und verwandtschaftliche Netzwerkbeziehungen und Ressourcen von Familien nehmen angesichts von Finanzierungs- und Verstaatlichungsdebatten wieder zu und damit auch Fragen nach der Professionalisierungsbedürftigkeit bestimmter Tätigkeiten im Sozialwesen (Dewe/Wohnfahrt 1991). Auf die Bedeutung und Möglichkeiten von Familienselbsthilfe und Ehren-/Nebenamtlichkeit im Sinne von Nachbarschafts-, Freundschafts- und Verwandtschaftsbeziehungen und -leistungen wird ausführlich in Kapitel III Bezug genommen.

Die Kombination von familienpflegerischen Diensten und anderen sozial-ambulanten Diensten wird in der Realität bereits praktiziert. Die häufigste Reaktion, wenn bei zu hoher Nachfrage der Personalbestand nicht ausreicht, ist die Nennung von anderen Diensten bzw. deren Telefonnummern (ifb-Studie 1998). Auch eine Weitervermittlung an andere Dienste wird vorgenommen, indem Kapazitäten anderer sozial-ambulanter Dienste erfragt werden und die Familie dann darüber informiert wird. Beinahe jede zweite Station kürzt in dieser Situation aber auch die Einsatzstunden bei anderen Familien, um in besonders kritischen Fällen auf die Nachfrage reagieren zu können.

Der Dienstleistungsmarkt der Pflege- und Versorgungseinrichtungen expandiert. Es können sich dort nur diejenigen Anbieter behaupten, die sowohl kostengünstig als auch qualitätsbewusst innerhalb einer optimalen Kosten-Nutzen-Relation arbeiten. Die Öffnung des Marktes für private Anbieter bringt die Profession der Familienpflege in eine neue, schwierige, aber auch herausfordernde Position: Sie muss sich in Konkurrenz, aber auch Kooperation mit den anderen Anbietern bewegen. Dieser Bewegungsdruck bietet einen Spielraum, welcher im Sinne von Kooperation, Vernetzung und eigener, neuer, moderner Dienstleistungsdefinition genutzt werden kann. Im Rahmen der vorliegenden Expertise können einige Ansätze zusammengetragen werden, welche richtungsweisende Anstöße im positiven Sinne kombinatorischer Abdeckung situationsgerechter Bedarfslagen in Familien geben.

Für die Kombination mit anderen sozialen Diensten wird es daher im Hinblick auf die Bedarfslage in den Familien immer notwendiger, eine möglichst trennscharfe Inhaltsbeschreibung für alle in Betracht kommenden Hilfen zu finden. Für die Profession der FamilienpflegerInnen kann in diesem Zusammenhang die angestrebte situations- und bedarfsorientierte Ermittlung in bayerischen Familien definitorische Hilfestellung leisten, indem sie spezifisch familienpflegerische Dienstleistungen evaluiert.

VI. Wirkungen familienpflegerischer Leistungen

1. Evaluationsstudien in der Familienpflege

Wirkungsuntersuchungen sind für die Familienpflege nicht vorhanden. Da gleichzeitig die Notwendigkeit von Familienpflege unbestritten ist, mag dieses Fehlen verwundern.

Es erklärt sich durch die Merkmale der Familienpflege als einem spezifischen Angebot, das sie mit vielen sozialen Dienstleistungen teilt.

1.1 Wirkungsuntersuchungen im Bereich der sozialen Dienstleistungen

Im Unterschied zu den über den freien Markt bezogenen alltäglichen Dienstleistungen zählt Familienpflege zu den meritorischen Dienstleistungen, für die nichtschlüssige Tauschbeziehungen zwischen Produzenten, Konsumenten und Finanzierer der Leistungen charakteristisch sind. Sie wird ja nicht von den Familien direkt an einem Dienstleistungsmarkt gegen Entgelt „gekauft“, sondern wird kollektiv finanziert, durch Sozialversicherungsbeiträge und Steuern. Und sie wird immer noch in weit überwiegendem Maß von Non-profit-Organisationen, nämlich Wohlfahrtsverbänden oder kirchlichen Trägern angeboten. Damit sind eine Reihe von Besonderheiten verbunden, die die Stellung des Leistungsempfängers, also der Familie, welche Leistungen der Familienpflege in Anspruch nimmt, erheblich schwächt: Es besteht zwar ein Rechtsanspruch z.B. der krankenversicherten Bürger auf die Leistungen der Familienpflege, aber diese sind durch die gesetzliche Definition (und damit durch staatliche Steuerung) in ihren Inhalten, im Umfang und in der Qualifikation der „ProduzentInnen“ bereits festgelegt und können nur begrenzt auf die speziellen Bedürfnisse der Familien abgestimmt werden. Und wenn der unmittelbare Konsument einer Dienstleistung nicht mit der Position des „Käufers“ identisch ist, verwundert es nicht, wenn die Leistungsanbieter, also die Sozial- oder Familienpflegestationen, ihr Angebot zwangsläufig in hohem Maß an den Erwartungen der Finanziers ausrichten müssen (vgl. Finis Siegler 1997). Familienpflege zählt also eher zu den Angebots- als zu den Nachfragemärkten; dies belegt auch das in mehreren Gemeinden und Landkreisen bestehende Missverhältnis zwischen der Nachfrage und den Personalressourcen der Stationen.

Eine regelmäßige oder gar kontinuierliche Beobachtung der Bedarfsentwicklung und der Passung zwischen individuellen Bedürfnissen und der Wirkung der Leistungen zur Steuerung des Angebots konnte deshalb (noch) entbehrlich erscheinen. Allein schon durch die gesetzliche Formulierung des Anspruchs auf Familienpflege und die gesetzlich bzw. vertraglich fixierte Leistungsfinanzierung durch öffentliche Gelder, die an bestimmte Bedingungen geknüpft werden kann, wird die Adäquatheit der Leistung als gegeben unterstellt.

Mit der vergleichsweise schwachen Stellung der Familien als Konsumenten dieser sozialen Dienstleistung geht auch die Informationsasymmetrie zwischen Konsument und Produzent bzw. Finanzier einher. Die Familien müssen (z.B. gegenüber der Krankenkasse oder dem Jugendamt) genau nachweisen, inwieweit bei ihnen wirklich eine Bedürftigkeit und Mangelsituation vorliegt, die nach einer Berechtigungsprüfung auch in einen familienpflegerrelevanten Bedarf, also in einen „Leistungsfall“, transformiert werden kann (vgl. Gross 1983), auf der

anderen Seite haben die meisten Familien nur wenig Informationen über die Reichweite, die Bedingungen und die Qualität der angebotenen Familienpflegeleistungen. Sie sind auf ihr Vertrauen, ihren Glauben an die Leistungsbereitschaft und -kompetenz der Träger und der Familienpflegerinnen angewiesen. In kaum einer Gemeinde besteht für Familien die Möglichkeit der Auswahl zwischen mehreren Anbietern, und transparente Qualitätskriterien für die Beurteilung der Hilfeleistung sind zumindest für die Familien kaum ersichtlich. Dass Wirkungsuntersuchungen der Familienpflege in Zusammenhang mit systematischen Bedarfsanalysen zunehmend wichtig erscheinen, hängt weniger als in anderen Arbeitsfeldern sozialer Dienstleistungen mit einem wachsenden Konkurrenzdruck zwischen den Anbietern zusammen. Vielmehr lassen die abnehmenden finanziellen Spielräume der Leistungsträger, der Krankenversicherungen, des Staates und der Kommunen, Qualitätsgesichtspunkte gegenüber Kostenaspekten in sozialpolitisch bedenklichem Maße in den Hintergrund treten. Eine Untersuchung der Wirkungen der familienpflegerischen Leistungen könnte dagegen der Bedürfnisadäquanz wieder als wichtigem Maßstab zur Geltung verhelfen.

1.2 Die Schwierigkeit, die „Wirkungen“ der Familienpflege sichtbar zu machen

Die Familienpflege teilt mit allen ambulanten Diensten die Schwierigkeit, ihre jeweiligen Wirkungen sichtbar zu machen, sie vom Einfluss anderer Faktoren in der Lebenswelt der Familie analytisch zu isolieren. Wenn ein Familiensystem den mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt der Mutter „unbeschadet“ überstanden hat, ist schwierig zu klären, was der Einsatz der Familienpflegerinnen dazu beigetragen hat bzw. welche Bedeutung dabei im Vergleich das Verhalten des Vaters, die Einstellung der Kinder zur Krankheit der Mutter, bisherige eingespielte Regeln und Organisationsmuster in der Familie oder die verständnisvolle Reaktion der sozialen Umwelt hatte.

Die Wirkungen der Familienpflege zu messen, wird durch die Alltagsbezogenheit der Hilfe erschwert. Unterstützung beim Alltagsmanagement – als zusammenfassender Begriff für die Vielfalt von Haushaltstätigkeiten, unterschiedlichsten Betreuungsleistungen für die Kinder, häuslicher Pflegehilfe usw. – umreißt nur ungenau eine Vielzahl einzelner Aufgaben und Tätigkeiten, die sich einer standardisierten Erfassung, z.B. für eine qualitätssichernde Regelung, zu verschließen scheinen (Garms-Homolova 1993). Zudem sind nicht einmal diese einzelnen Aufgaben in ihren Anforderungen das Kernstück der Familienpflege, sondern ihre Verbindung zu einer stimmigen Alltagsorganisation, ihre zeitlich-räumliche, sachliche und organisatorisch-arbeitsteilige Abstimmung und gegenseitige Bezogenheit. Genau diese integrative Arbeit der Alltagsorganisation, die in den meisten Familien weiterhin die Frauen übernehmen (Jurczyk/Rerrich 1993), sind einerseits besonders anstrengend, gleichzeitig aber auch vergleichsweise unsichtbar.

Und Alltagsmanagement erfährt bis heute eine Unterbewertung. So gelten entsprechende Hilfen etwa in der Krankenversicherung nicht als Basisdienst mit zentraler Bedeutung, sondern als Anhängsel der häuslichen Hilfen (vgl. Bäcker 1995). Alltagsarbeit als konstitutiv ganzheitlich, integrierende und nicht spezialisierte Aufgabe wurde auch im Bereich der Familienforschung erst vor wenigen Jahren „entdeckt“ und als neues Forschungsthema ernst genommen (Cyprian 1995; Wilk 1996). Dieses Merkmal der Alltagsintegration teilt die Familienpflege mit einer verwandten sozialen Dienstleistung, der sozialpädagogischen Familienhilfe.

Für diese jedoch liegen bereits mehrere Wirkungsuntersuchungen vor, z.B. eine bayerische Bestandsaufnahme (Blüml 1994). Auch in der sozialpädagogischen Familienhilfe wird der Bezugsrahmen durch die Familie, ihre Themen, den praktischen Kooperationsprozess und die Dynamik der Familien vorgegeben. Hier entfallen die zum Beispiel in der Beratung üblichen räumlich und zeitlich geschützten Gesprächsräume, die eine Fokussierung und Konzentration ermöglichen (Nicolay 1998). Dennoch nutzen immer mehr Träger und Fachkräfte die Möglichkeit, Wirkungsuntersuchungen über diese spezifische professionelle Dienstleistung durchzuführen. Und nach ersten Erhebungen wird der Wirkungsgrad der sozialpädagogischen Familienhilfe auch übereinstimmend als relativ hoch eingeschätzt (Helming 1997).

Was unterscheidet die Familienpflege im Hinblick auf Wirkungsuntersuchungen von der sozialpädagogischen Familienhilfe? Die Familienpflegerinnen haben keinen Veränderungsauftrag. Sie werden in die Familien gerufen, um in einer zeitlich befristeten Notlage die Familienorganisation aufrechtzuerhalten. Dies soll durch ein möglichst nahes Arbeiten, z.B. in der Haushaltsführung und in der Kinderbetreuung, an den bisherigen Regeln und Routinen der Familie passieren. In der sozialpädagogischen Familienhilfe sollen dagegen die Ressourcen der Familie besser genutzt und erweitert, die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander und die soziale Integration in die Lebenswelt verbessert werden. Für die Familienpflegerin, die „normale“ familiale Aufgaben übernimmt, gilt dagegen die Devise, die „Hausfrau und Mutter zu vertreten“, aber „nicht besser zu sein als die Mutter“, die Familienroutinen fortzusetzen und die Kinder nicht an sich als neue Bezugsperson zu binden. Ohne einen Veränderungsauftrag, mit einer zeitlich begrenzten „Überbrückungsfunktion“ sind die Ziele und damit ein Zielerreichungsgrad der Familienpflege nur schwer zu bestimmen, das Familienleben soll „einfach weiterlaufen“, die Familienpflegerin sich unauffällig und zurückhaltend in die von der Familie definierte Lücke einpassen: „In der Regel gehen also die Aufgaben, die üblicherweise die Mutter zu erfüllen hat, während der Einsatzzeit auf die Familienpflegerin über: alle organisatorischen, hauswirtschaftlichen, praktischen und auch die Familie in ihrem Beziehungsgefüge zusammenhaltenden Notwendigkeiten“ (Familienpflege 1986: 26). Man kann vermuten, dass die Unsichtbarkeit und fehlende gesellschaftliche Anerkennung der typisch weiblichen Tätigkeiten in der Familie, die sog. Familienarbeit, sich auch auf die Bewertung der Familienpflege niederschlägt, ihre Professionalisierung erschwert. Wirkungsuntersuchungen erscheinen in diesen geringer bewerteten, unspezifischeren Tätigkeitsbereichen weniger interessant.

Auch die Aufmerksamkeit und das Interesse der Familien sind vor allem auf die Bewältigung der Krankheitssituation der Mutter gerichtet. Mit der Rückkehr bzw. Gesundung der Mutter erscheint die normale Familiensituation wiedergewonnen, die schwierige, belastende Zeit der Krankheit soll möglichst schnell vergessen werden. Deshalb verwundert nicht, dass in den Experteninterviews der ifb-Untersuchung zwar von der spontanen Dankbarkeit vieler Familien berichtet wird, „dass alles so gut geklappt hat“, aber dass nach der Beendigung der Hilfe kaum mehr Rückmeldungen aus den Familien kommen. Und die Familienpflegerinnen haben in der Befragung mehrheitlich dem Item zugestimmt, dass es belastend sei, zu wissen, dass nach Beendigung des Einsatzes alles wieder wie früher laufe, und das eigene Arbeiten ohne längerfristige Wirkung bleibe. Für eine Intervention, die bewusst zeitlich befristet ist und als

Ziel direkte Folgenlosigkeit, „Unauffälligkeit“ und „Unsichtbarkeit“ des Arbeitshandelns hat, sind Evaluationsstudien methodisch schwierig und weniger augenfällig.

2. Indirekte Wirkungen der Familienpflege: die Bedeutung präventiver Funktionen

Eine erste verbindliche Definition der Familienpflege beschreibt das Tätigkeitsfeld – noch unter dem alten Begriff „Hauspflege“ – folgendermaßen: „Hauspflege ist die vorübergehende Betreuung von Familien oder Einzelpersonen in ihrer Häuslichkeit in pflegerischer, hauswirtschaftlicher und erzieherischer Hinsicht durch eine Pflegeperson, die einem die Hauspflege ausübenden freien oder öffentlichen Träger angehört. Voraussetzung ihrer Tätigkeit ist ein durch Krankheit oder andere soziale Gründe verursachter Notstand, der weder durch eine Krankenschwester noch durch eine Hausgehilfin zu beheben ist“ (Deutscher Verein 1961: 7). Einige für unsere Fragestellung interessante Strukturmerkmale von Familienpflege deuten sich in dieser alten Begriffsdefinition schon an: das Verständnis von Betreuung als einer Einheit aus den drei Aufgabenschwerpunkten Pflegen, Erziehen und Wirtschaften und die eher defensive Abgrenzung des Handlungsspektrums der Familienpflegerin zu benachbarten Qualifikationen, wenn diese weder als billige Krankenpflege noch als überqualifizierte Haushaltshilfe einzusetzen ist (Becker 1994). Auch in den folgenden Positionsbestimmungen, in der die Familienpflege ausdrücklich als moderne soziale Arbeit bezeichnet wird, fällt es offensichtlich schwer, ihre Eigenständigkeit und Unabhängigkeit positiv zu fassen. Dies wird in der folgenden Textpassage besonders deutlich:

„Die Familienpflege hat sich immer mehr zu einem eigenständigen Zweig moderner sozialer Arbeit entwickelt. Sie ist als ein komplementäres Element hineingeflochten in viele Bereiche sozialer Hilfe, z.B. Behindertenhilfe, Hilfe für chronisch körperlich Kranke (z.B. Multiple-Sklerose-Kranke, Krebskranke), Hilfe für psychisch Kranke, Suchtkrankenhilfe, Jugend- und Familienhilfe, Erziehungsberatung. Mit den Trägern der Beratungsstellen für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen, der Altenhilfe, der Integrationshilfen für sozial schwache Familien, der Obdachlosen- und Ausländerhilfe u.a. stehen die Träger der Familienpflege in fachlicher Zusammenarbeit. Sie sollten im Interesse ihrer Klienten diese wechselseitige Zusammenarbeit weiter ausbauen; denn als „soziale Arbeit vor Ort“ und in ihrer Vielgestaltigkeit als eine Hilfe, bei der Pflegen, Erziehen und Wirtschaften gleichzeitig angeboten werden können, ergänzt die Familienpflege die Hilfsmöglichkeiten der genannten sozialen Einrichtungen oder sie ermöglicht ihnen die Durchführung vorbeugender bzw. stabilisierender Maßnahmen.“ (Familienpflege 1986: 19)

Die Familienpflege kann also als eine Art Frühwarnsystem für Belastungen und Störungen in der Familie, die weit über diejenigen hinausgehen, um derentwillen sie eingesetzt wurde, fungieren. Da die Familienpflegerin oft über Wochen hinweg den Alltag mit den Familien teilt, lernt sie manche Probleme kennen, wie beispielsweise eine Überschuldung des Familienhaushalts oder die Suchterkrankung eines Familienmitglieds, die zu diesem Zeitpunkt den Fachdiensten möglicherweise noch verborgen ist. Die über eine verlässliche Versorgung und gemeinsame Kooperation aufgebaute Vertrauensbeziehung kann es ihr erlauben, mit den Betroffenen gemeinsam nach Auswegen zu suchen, auf Beratungsstellen und die Hilfen anderer In-

stitutionen aufmerksam zu machen, die Zugangsschwellen zu überwinden und rechtzeitig unterstützende Angebote in Anspruch zu nehmen. Die Arbeit in der Lebenswelt der Familie, die enge Einbindung in alle Bereiche des Familienlebens gewährt der Familienpflege einen exklusiven Zugang zu Informationen über Belastungen, aber auch über Ressourcen der Familie, so dass zu einem relativ frühen Zeitpunkt in der Problementwicklung ein Hilfeplan entwickelt und ein Netz von externen Ressourcen aufgebaut werden können. Diese Präventionswirkung der Familienpflege müsste auch empirisch nachweisbar sein: einmal bei der Analyse der Kooperationsbeziehungen der Familienpflegestationen, wenn die fallbezogene Zusammenarbeit mit sozialen Diensten zum Thema wird, und zum zweiten bei der Untersuchung der Verhaltensweisen der Familie auch nach Beendigung des Familienpflegeeinsatzes, wenn nämlich Familien professionelle Hilfsangebote stärker als vorher in Anspruch nehmen, also Informationen über und Zugangswege zu sozialen Diensten sich verbessert haben. Für den zweiten Untersuchungsweg ist man auf eine vergleichende Befragung von Familien angewiesen, die noch aussteht; über praktizierte Kooperationsbeziehungen der bayerischen Familienpflege geben die Daten der ifb-Untersuchung Auskunft. Fachliche Absprachen werden danach hauptsächlich mit anderen sozialen Stationen (z.B. der Sozialstation) getroffen, vor allem wenn sie dem selben Träger angehören. Kooperationen mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst, mit dem Jugendamt und Ärzten scheinen nach den Angaben der Einsatzleiterinnen zwar relativ selten zu sein – zum Beispiel arbeitet ein Drittel aller Stationen gerade einmal pro Jahr mit dem Jugendamt zusammen –, aber immer noch am häufigsten im Vergleich zu Beratungsstellen, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder usw.

Präventive Wirkungen werden der Familienpflege aber auch wesentlich unmittelbarer zugeschrieben, nämlich überall dort, wo durch ihren Einsatz Krankheitsverläufe durch angemessene medizinische Hilfen abgekürzt oder günstig beeinflusst werden können, oder wo effektivere und effizientere Unterbringungen des erkrankten Familienmitglieds möglich werden. So kann die Familienpflege einer psychisch kranken Mutter im Frühstadium evtl. eine medikamentöse Behandlung zu Hause erlauben und damit einen kostspieligeren stationären Aufenthalt vermeiden helfen. In einem anderen Fall kann die Familienpflege gerade durch eine stationäre Behandlung der Erkrankten im Frühstadium eine weitere Verschlechterung der Krankheit auffangen helfen. Ähnliche präventive Effekte sind in all jenen Fällen zu erwarten, wo die erkrankte oder sonst überlastete Mutter bei der Pflege und Versorgung von Langzeitkranken (behinderten oder alten Menschen, Krebskranken usw.) entlastet oder vertreten wird. Diese Präventionswirkungen müssten sich in ihren Kosteneinsparungen relativ genau beziffern lassen. So belegen z.B. die Forschungsergebnisse von Collatz u.a. (1998), dass die Mütterkuren bei kranken und mit vielen Problemen belasteten Frauen einschneidende Verbesserung ihrer Beschwerden und des Gesamtgesundheitszustandes bewirken: Wiesen beispielsweise vor der Kur 62% der Mütter sehr stark ausgeprägte krankhafte Beschwerdemuster auf, waren dies nach der Kur nur noch 19%. Auch mindestens ein halbes Jahr nach der Kur hielten diese Effekte an, sie verstärkten sich tendenziell sogar noch. Letztendlich scheinen diese sehr effektiven gesundheitsfördernden Anstöße der Mütterkuren auch für die Kassen wichtig zu sein, weil langfristig weniger Kosten durch sich manifestierende Erkrankungen entstehen (vgl. Müttergenesungswerk 1999).

Ähnliche vorbeugende Wirkungen sind im Bereich der Jugendhilfe zu erwarten, wenn z.B. eine junge, in Hauswirtschaft oder Erziehung unsichere oder unerfahrene Mutter durch Familienpflege unterstützt und angeleitet wird, um schwereren Familienkrisen vorzubeugen und die Herausnahme der Kinder in Heimerziehung zu vermeiden. Oder wenn bei einer Familie mit mehreren Kindern die Familienpflegerin die Mutter eines geistig behinderten Kindes berät und entlastet. Sie kann es der erschöpften und überforderten Mutter ermöglichen, sich eine Zeitlang ganz auf ihre Aufgaben mit dem behinderten Kind einzustellen und sie zur Annahme der neuen Lebenssituation ermutigen (Familienpflege 1986: 20). So kann verhindert werden, dass sich die Situation in einer Familie dramatisch zuspitzt, und kostspieligere Maßnahmen notwendig werden. Auch diese indirekten Effekte, die bisher nur immer argumentativ und nicht empirisch belegt werden können, sind in einer retrospektiven Vergleichsuntersuchung zwischen Familien in vergleichbaren Notlagen, aber unterschiedlichen Bewältigungsstrategien (z.B. interne vs. externe Ressourcen, Laienhilfe vs. Familienpflege) zu erfassen. Wesentlich schwieriger nachweisbar dürften Präventionswirkungen der Familienpflege im Hinblick auf die Kinder in den Familien generell sein. Aus entwicklungspsychologischen Untersuchungen sind negative Folgen einer längeren Abwesenheit der Mutter, z.B. durch Krankenhaus- oder andere stationären Aufenthalte, für die Kinder bekannt. Familienpflege dürfte hier einen stabilisierenden Effekt haben, weil die Haushalts- und Familienroutinen aufrechterhalten werden können, die Familienpflegerin als kontinuierliche Bezugsperson zur Verfügung steht, und damit die Bedrohung der kindlichen Sicherheit durch die Abwesenheit der Mutter einen Teil ihres Schreckens verliert. Und darüber hinaus kann der Klinikaufenthalt der kranken Mutter durch die Pflegemöglichkeiten daheim verkürzt werden, so dass die Familienbeziehungen für die Kinder länger erhalten bleiben.

Alle diese vermuteten präventiven Funktionen der Familienpflege könnten im Rahmen einer Bedarfs- und Evaluationsuntersuchung empirisch überprüft werden, bisher fehlen dafür auch bundesweit die entsprechenden Daten.

3. Qualität und Qualitätssicherung in der Familienpflege

Warum ist Qualität ein Thema, wenn es um Wirkungen von und Bedarf an Familienpflege geht? Wenn Qualität wie üblich definiert wird als „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“ (DIN 1994), erschließt sich der Zusammenhang sofort: Über die Qualitätsdiskussion muss man sich den Erwartungen der verschiedenen Kunden an die Familienpflege stellen, muss diese erheben, sich mit unterschiedlichen Kundensituationen und -bedürfnissen auseinandersetzen und die Passung zwischen dem eigenen Leistungsangebot und der Nachfrage analysieren. Deshalb ist die Untersuchung der Qualitätsregelungen in der Familienpflege zur Zeit vielleicht der meistversprechende Weg, mehr über den Diskussions- und Forschungsstand zum Thema „Wirkungen und Bedürfnisadäquanz der Familienpflege“ zu erfahren. In allen sozialen Diensten wird seit einigen Jahren über Qualitätssicherung und über -nachweise nachgedacht und diskutiert, spezifische einrichtungs- oder auch arbeitsfeldspezifische Qualitätssicherungssysteme und -methoden werden erprobt. Dabei liefern weniger die Zweifel an der eigenen Fachlichkeit, sondern eher die veränderten Finanzierungsbedingungen den entscheidenden Anstoß. Durch

ihr Gemeinnützigkeitsprofil war es den freien Träger bisher möglich, weniger Kosten in Qualitätskontrollen zu investieren als dies in einem rein gewinnorientierten Markt möglich ist. Der Kostendruck, den die Finanziere sozialer Dienstleistungen an die Träger weitergeben, und eine neue Konkurrenzsituation, in der sich auch die Familienpflege sieht, obwohl Stationen geschlossen werden, haben die Bemühungen um Qualitätssicherung beschleunigt. Eine neue Konkurrenzsituation entsteht in der Familienpflege derzeit nicht „klassisch“ über das Hinzutreten neuer Anbieter oder über eine Pluralisierung der Trägerstrukturen, sondern durch die Angst, dass einzelne Anbieter sich Wettbewerbsvorteile durch Dienstleistungen geringerer Qualität verschaffen. Viele Träger argumentieren, dass die Festlegung von Qualitätsstandards, deren Einhaltung nur über entsprechend ausgebildete Fachkräfte zu garantieren ist, ein Weg sein könnte, dem Primat der Kostenüberlegungen entgegenzuwirken (Häusliche Pflege 1996). Allerdings muss sich die Familienpflege dabei einigen spezifischen Schwierigkeiten stellen.

3.1 Die Dominanz von Qualitätsüberlegungen in der stationären Alten-, Kranken- und Behindertenpflege

Im Bereich der sozialen Dienstleistungen sind in den Arbeitsfeldern der Pflege die Qualitätsdiskussion und die Erfahrungen mit Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung am weitesten fortgeschritten. Über die Vorschriften der Pflegeversicherung mussten Pflegestandards entwickelt und Nachweise über die Kontrolle ihrer Einhaltung organisiert werden. Die vergleichsweise dynamische Entwicklung ist also ein Zugeständnis an die vom Finanzierungssystem auferlegten Bedingungen, aber auch eine Reaktion auf die vom Kunden verlangte Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen. Im Wettbewerb um Belegungsziffern schafft der Nachweis von Qualitätssicherung in der Einrichtung Vorteile gegenüber dem Kostenträger, dem zu Pflegenden und seinen Angehörigen und gegenüber der einweisenden bzw. vermittelnden Institution. „Genauso (wie im Krankenhauswesen, d.V.) wird auch in der Altenhilfe die Existenz von Häusern und Diensten zukünftig dann gefährdet sein, wenn deren Betreiber es bei der Erledigung des Selbstverständlichen und Notwendigen belassen, ohne zusätzliche qualitätsbezogene Anstrengungen zu unternehmen. Letztere eröffnen überhaupt erst die Chance zu individueller Gestaltung und Profilierung, zur Schaffung einer Corporate Identity und Sicherung von Marktvorteilen.“ (Blonski 1998)

Die Familienpflege kam schon durch ihre organisatorische Nähe zu Sozialstationen – in Bayern sind nahezu 40 Prozent der Familienpflegedienste unter dem Dach von Sozialstationen organisiert – mit den Pflegeplanungs- und Dokumentationssystemen in Kontakt, die für die ambulante Kranken- und Altenpflege entwickelt wurden (Gennes 1993). Deshalb wurde diskutiert, ob es für die Familienpflege vergleichbare Systeme geben sollte. Die Unterschiedlichkeit der Familienpflege zu den klassischen Pflēgetätigkeiten wurde dabei immer wieder herausgestellt: Da Familienpflege (fast) immer noch heißt, in Familien mit Kindern zu arbeiten, steht das Bemühen um das Wohl des Kindes im Mittelpunkt der Tätigkeiten. Und nach der Einschätzung der ExpertInnen hat der Anteil der pädagogischen Verantwortung in den Einsatzfeldern der Familienpflege in den letzten Jahren eher noch einmal zugenommen, und wird die Bedeutung von Beziehungsarbeit innerhalb der Familie als steigende Anforderung wahrgenommen. Die Gestaltung dieser Aufgaben lebt von der Spontaneität, Flexibilität und Reaktion der Fachkraft auf die situations- und personspezifischen Bedürfnisse und Anforder-

rungen und scheint sich deshalb einer Standardisierung weitgehend zu entziehen. Auch die Alltagsverwobenheit und die Notwendigkeit, sich auf die jeweilige Familienkultur mit ihren eigenen Werten und Regeln einzulassen, lässt an der Eignung von Standards, Arbeitshilfen und objektiven Kriterien für die Effektivität des Einsatzes und für die Beurteilung der erbrachten Leistungen zweifeln. Auf der anderen Seite spricht die Struktur der Arbeitssituation, die bei einem längeren Einsatz den emotionalen Bezug zu den Familienmitgliedern, z.B. den Kindern oder der zu pflegenden Person, verdichten lässt, für den Einsatz z.B. von Checklisten und Evaluationsbögen, um die professionell notwendige Distanz zur eigenen Arbeit zu halten. In allen pflegerischen Arbeitsfeldern fällt auf, dass die Qualitätsentwicklung sich vorrangig auf die stationären Hilfen bezog, und die Überlegungen zu Qualitätskriterien für die ambulante Versorgung zeitlich hinterherhinken, in manchen Einrichtungen gerade erst anfangen. Da bei den ambulanten Pflegediensten der Arbeitsort der (Familien-) Haushalt ist, die Zusammenarbeit mit Haushalts- oder Familienmitgliedern ein wichtiger Bestandteil des eigenen Tätigkeitsspektrums und werden Regeln und Standards hier offensichtlich als weniger wichtig oder schwieriger zu erstellen betrachtet. Bei der Familienpflege kommt dazu, dass die nachfragende Familie sich in einer akuten, zeitlich drängenden Notsituation befindet. Das Bild eines sich gründlich über Hilfsangebote informierenden, vergleichenden und bewusst auswählenden Bürgers erweist sich dann schnell als Fiktion, da in der Realität die Familie unter Zeitdruck steht und schnell von der Fülle der zu erbringenden Nachweise und anstehenden Entscheidungen überfordert wird. Trotz aller erwähnten Einschränkungen wurde in verschiedensten Kooperationszusammenhängen (z.B. in Zusammenarbeit mit Ausbildungseinrichtungen) damit begonnen, für die Familienpflege eigene Qualitätsstandards – und als erster Schritt vor allem spezielle Dokumentationsbögen – zu erarbeiten. Diese sind zur Zeit sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich des Reifegrades noch trägerspezifisch, und damit uneinheitlich, auch innerhalb eines einzelnen Bundeslands wie Bayern. In der ifb-Studie hat bereits jede zweite Familienpflegerin in Bayern die Pflege- und Einsatz-Dokumentation als selbstverständlichen Bestandteil ihrer fachlichen Arbeit akzeptiert, jede vierte hält sie sogar für sehr wichtig.

3.2 Qualitätskriterien in der Familienpflege

Eine der entscheidenden Fragen des Qualitätsmanagements ist, wo Qualitätskriterien ansetzen sollen. Bei sozialpolitisch geregelten Maßnahmen wie der Familienpflege ist erst einmal nach *externen* Kriterien zu fragen, die über Gesetze und Verordnungen Anforderungen formulieren. Anders als in der ambulanten (Alten- und Kranken-) Pflege sind für die Familienpflege in den bundesweiten Gesetzen nur Anspruchsgrundlagen und keine expliziten Qualitätskriterien definiert. Der Gesetzgeber hat weder Standards selbst beschrieben und verbindlich gemacht, noch verweist er in den rechtlichen Bestimmungen der Familienpflege – wie im Bereich der Pflege – auf den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse in Wissenschaft und Praxis. Er hat auch nicht explizit den Trägern der Familienpflegestationen die Verantwortung übertragen, Standards festzulegen (vgl. Herweck 1994). Man kann vielmehr davon ausgehen, dass die inhaltliche Qualität der Familienpflege als immanenter Bestandteil der allgemein geforderten Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gesehen wird und darüber hinaus keine weitere gesetzliche Bestimmung erfährt. Der Gesetzgeber hat nur formuliert, unter welchen Bedingungen Familienpflege überhaupt notwendig werden kann, den Definitionsspielraum hat er

den Kostenträgern wie den Krankenkassen und medizinischen Berufsgruppen übertragen, die die Notwendigkeit der Familienpflege als geeignete Maßnahme attestieren bzw. prüfen. Dabei nimmt der Gesetzgeber in Kauf, dass die Möglichkeiten einer externen Qualitätssicherung der „Laienhilfe“ völlig aufgegeben werden, wenn die hilfsbedürftige Familie Geldleistungen und keine professionelle Familienpflege erhält. Auf Landesebene versuchen manche staatliche Regierungen über Anreize Qualität indirekt zu steuern: Über Personalzuschüsse an die Familienpflegestationen, die an bestimmte Bedingungen gebunden werden. So formuliert beispielsweise der bayerische Staat im „Netzwerk Pflege“ externe Qualitätskriterien, wenn er eine bestimmte Anzahl von ausgebildeten Familienpflegerinnen pro Station, Fortbildungsanstrengungen der Träger und Kooperationen der Familienpflege mit anderen sozialen Diensten fordert.

Um die Qualität der Familienpflege zu sichern, wird also meist an die Stationen selbst verwiesen, und damit werden erst einmal *interne Qualitätskriterien* relevant. Als Bewertungsdimensionen können entsprechend der Unterscheidung des Sozialwissenschaftlers Donabedian Merkmale für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt werden. Unter Strukturqualität sind die Rahmenbedingungen der Pflegeleistung zu verstehen, wie die Infrastruktur und Ausstattung des ambulanten Dienstes, die Ausbildung des Personals und die Personalauswahl und Personalentwicklung (wie z.B. angemessene Fortbildungsmöglichkeiten). Die Prozessqualität bezieht sich auf die fachgerechte und kundenorientierte Durchführung der angebotenen Leistungen, wie die Information, Verlässlichkeit und den individuellen Stil der Dienstleistung an der Familie. Die Ergebnisqualität erfasst, inwiefern die kundenorientierten Leistungsziele erfüllt sind, und die hilfsbedürftige Familie zufrieden mit den Maßnahmen der Familienpflege ist. Auf diesen drei Dimensionen sind für den Bereich der ambulanten Dienste insgesamt bereits vielfach Qualitätsanforderungen formuliert worden (z.B. Blonski 1998, S.173ff.), ihre Übertragung auf den spezifischen Bereich der Familienpflege durch Träger oder Berufsverbände steht an.

Für die Familienpflege stellt sich bei der Ableitung von Qualitätskriterien ein besonderes Problem: Die Reichweite der Aufgaben, die der Familienpflege zugeordnet werden, unterscheiden sich nach den jeweiligen Bezugspartnern. Die Ärzte beispielsweise, die über die Zuweisung dieser Leistung entscheiden, sehen die Familienarbeit meistens weniger breit, sondern interpretieren die Tätigkeit eher als reine Aushilfstätigkeit im Haushalt oder auch als Aufsichts- bzw. Überwachungsarbeit gegenüber dem in der Familie verweilenden Patienten. Die Kostenträger oder die Sozialverwaltung sehen in der Familienpflege eher einen komplementären Dienst, der es der Familie ermöglichen soll, den Haushalt weiterzuführen und zu erhalten, wobei die Selbsthilferessourcen der Familien und die Leistungspotentiale informeller Helfer oft eher überschätzt werden (vgl. Garms-Homolova 1991). Für die Helferinnen selbst stehen oft soziale Tätigkeiten, wie kommunikative Aufgaben innerhalb der Familie oder Vermittlungsleistungen im sozialen Netz, im Mittelpunkt. In der ifb-Studie wollten nahezu alle befragten Familienpflegerinnen mehr Zeit für pädagogische Aufgaben in der Familie haben. Als Gütekriterien werden dann unter professionsspezifischen Aspekten bestimmte Einstellungen der Familienpflegerinnen formuliert: eigene und fremde Regeln kennen, sie mit dem Auftrag konfrontieren und daraus relevantes Handeln ableiten.

„Was ist, wenn beispielsweise eine fernseh- und medienabstinente Familienpflegerin in eine Familie kommt, deren Kinder sich vorzugsweise bis ausschließlich Zuhause vor dem TV aufhalten? Wird die Pflegekraft „pädagogisch“ intervenieren, verbal überzeugen, durch Alternativangebote „blenden“, die Eltern auf ihre Erziehung ansprechen? Wird sie das Verhalten der Kinder hinnehmen, ignorieren, oder versuchen ihnen die Fernsehsituation so angenehm wie möglich zu machen?“ (Bosch 1991: 59).

Da die Aufgaben der Familienpflege ein weites Spektrum umfassen und klare Aufgabenstellungen, Zielsetzungen und Profile des Familienpflegeauftrags häufig fehlen bzw. nicht ausreichend transparent sind, sind die Auffassungen und Definitionen der beteiligten Personen und Institutionen absolut nicht deckungsgleich. Sie unterscheiden sich zum Teil wesentlich in Reichweite und Anspruch und machen es schwer, übereinstimmende, akzeptierte Qualitätskriterien zu entwickeln.

3.3 Kundenorientierte Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsverfahren

Während der Prozess der professionell motivierten Entwicklung von Qualitätsstandards für die Familienpflege in Deutschland angelaufen ist, und verschiedene Verfahren zur Ableitung der Qualitätsforderungen und zur -sicherung erprobt werden (wie Qualitätszirkel oder Fremdevaluation durch Experten), sind keine systematisch erhobenen Daten zur Qualitätsbeurteilung durch die Kunden selbst, die hilfebedürftigen Familien, bekannt. Die weitere Auswertung der ifb-Studie zur Situation der Familienpflege in Bayern wird zwar erste Informationen zur Verfügung stellen, inwieweit im Einzelfall beispielsweise ein Auswertungsgespräch mit der Familie am Ende des Einsatzes durchgeführt wird, das eine strukturierte Rückmeldung, die auch dokumentiert werden kann, erlaubt. Aber eine Befragung von Kunden der Familienpflege über ihre Zufriedenheit mit der Leistung, die Rückschlüsse über implizite oder explizite Qualitätskriterien der Familien selbst ermöglicht, liegen derzeit nicht vor. Für soziale Dienstleistungen wird immer wieder eine verstärkte kundenorientierte Prozess- und Ergebnisevaluation angemahnt, die folgerichtig den gegenwärtigen Wandel der Kundenorientierung begleitet (vgl. Bobzien 1996). Doch der vermutete Aufwand und die methodische Schwierigkeiten dieser Erhebungen lassen diese Forderung oft unbeantwortet.

Am einfachsten lassen sich noch Aspekte der Servicequalität erfassen, wenn Kunden/Klienten nach ihrem Urteil hinsichtlich der ansprechenden Optik, Zuverlässigkeit, Kompetenz, Zuvorkommenheit, Vertrauenswürdigkeit, Sicherheit, Erreichbarkeit, Kommunikation und Kundenverständnis der sozialen Einrichtung bzw. der Professionellen gefragt werden. Hier haben sich relativ standardisierte Kriterien und Erhebungsmethoden eingespielt, und Erhebungen dazu könnten den Stationen bereits wichtige Hinweise auf Verbesserungspotentiale geben. Da aber die Bedürfnislage in den einzelnen Familien äußerst individuell ist, und die Ziele zwischen der Familie und der Familienpflegerin jeweils erst ausgehandelt werden müssen, lässt sich der Zielerreichungsgrad nicht nach festgelegten Standards bestimmen. In einem ersten Schritt wären deshalb systematische Erhebungen in Familien zu den Fragen sinnvoll, wie sie Prozess und Ergebnis des familienpflegerischen Handelns subjektiv beurteilen, und an welchen Kriterien sie ihre Wertung festmachen. Für diese Evaluationsuntersuchung bei den Familien bieten sich die verschiedensten Methoden an, wie sie in den Studien zur Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit sozialer Dienstleistungen in Beratungs- und Betreuungssituationen erprobt

wurden. Daraus könnten dann die Familienpflegestationen im Sinne lernender Organisationen ihre eigenen kundenorientierten Kriterien und Evaluationsmethoden ableiten (vgl. Heiner 1998), aber auch die Profession kann daran ihre fachlichen Konzepte überprüfen.

VII. Resümee der offenen Fragen

Die vorliegende Expertise macht deutlich, wie wenige Informationen zum Thema „Familienpflege“ verfügbar sind. In vielen Bereichen konnten die Situation und ihre Problematik nur über Analogieschlüsse skizziert werden. Somit bleiben sehr viele Fragen offen:

Bezüglich des Bedarfs ist festzustellen, dass wir nicht über ausreichend detaillierte Daten – z.B. aus dem Gesundheitswesen – verfügen, um diesen auch nur grob abschätzen zu können. Wie oft Familien in eine Notsituation geraten (können), ist daher nicht zu beziffern. Gar keine Erkenntnisse bestehen zu Dauer und Umfang eventueller Hilfebedarfe. Hier ist also zu klären:

- Wie häufig die bisherigen gesetzlich bestimmten Fälle eintreten, d.h.
 - wie oft insbesondere Mütter (von Kindern bis zu 12 Jahren) erkranken und wie häufig dabei ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wird;
 - wie häufig andere Ursachen wie Schwangerschaft mit Komplikationen, Mehrlingsgeburten und ähnliche Fälle auftreten;
 - in welchem Umfang Mütterkuren besucht werden; und
- welche weiteren Situationen Familienpflegebedarf induzieren, die bis dato in Statistiken nicht berücksichtigt werden. Schließlich liefert die Expertenbefragung zumindest Anhaltspunkte dafür, dass weitere Problemsituationen existieren, wie die Überforderung junger Mütter, in denen sie Hilfe analog der Familienpflege gebraucht hätten. So stellt sich die Frage, welche nicht gesundheitlichen Belastungssituationen die Familien erleben.
- Im weiteren ist der Umfang des Bedarfes von Interesse, d.h. die Dauer von Erkrankungen einerseits und der tägliche Betreuungsbedarf andererseits.
- Da diese nicht zuletzt von der Familienstruktur beeinflusst werden, wird es erforderlich sein, diese Aspekte auf verschiedene Familienkonstellationen beziehen zu können, um mehr über die spezifischen Bedarfe der unterschiedlichen Familienformen zu erfahren. Daher ist auch nach der Binnenstruktur der betreffenden Familien zu fragen:
 - Sind beide Elternteile vorhanden oder handelt es sich um eine Ein-Eltern-Familie?
 - Wie alt sind die Kinder?
 - Wie sind die Aufgaben – insbesondere Haushalt und Berufstätigkeit – verteilt, in welchem Umfang sind die Eltern erwerbstätig, gibt es sonstige Einschränkungen in deren Verfügbarkeit (wie z.B. Pendeln, längere Abwesenheit)?

Da von der sozio-ökonomischen Lage Auswirkungen auf das Selbsthilfepotential erwartet werden, bleiben auch hier einige Aspekte zu klären: Wie sind Einkommens- und Wohnsituation, die Haushaltsausstattung etc. der Familien, und lassen sich diesbezügliche Unterschiede bei den Bedarfen und der Wahrnehmung von Familienpflege erkennen? Institutionelle Kinderbetreuung begrenzt den Bedarf – zumindest im Umfang. Da zwar fast alle Kinder einen Kindergarten besuchen, aber oft erst ab dem vierten Lebensjahr, bleibt die Frage nach der Betreuung der Kleineren.

Die wenigen verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass in Notfällen die Herkunftsfamilie die erste und bedeutsamste Hilfequelle ist. Allerdings lebt ein Teil der jungen Familien relativ weit von den Großeltern entfernt. Fraglich bleibt, ob auch große Distanzen im Notfall überbrückt werden bzw. ab welcher Dringlichkeit dies geschieht. Zudem ist zu wenig darüber bekannt, wie es mit der Verfügbarkeit der Großelterngeneration in anderen Dimensionen bestellt ist: Wie sieht das Verhältnis zu ihnen aus? Wie ist ihr Gesundheitszustand? Sind sie berufstätig? Haben sie weitere Verpflichtungen? Insgesamt ist demnach offen, unter welchen Umständen auf die Herkunftsfamilien rekuriert werden kann, und wann diese als Hilfestellung ausfallen.

Wenn auch dieses Potential ausfällt, stellt sich die Frage, ob und in welchem Umfang andere Personen intervenieren: Inwieweit gibt es Geschwister, Freunde, Bekannte oder Nachbarn, von denen Unterstützung erwartet werden kann, und in welchem Maße ist das soziale Netz belastbar. Das heißt: Wie weit trägt und wo liegen die Grenzen dieser Unterstützung, wann muss zusätzliche (professionelle) Hilfe hinzutreten?

Weiterhin fehlen Erkenntnisse darüber, in welchem Maße sich die Familien selbst Dienste einkaufen, die sich im Notfall als wesentliche Entlastungen herausstellen und/oder sogar noch ausgedehnt werden können (wie z.B. Haushaltshilfen, Tagesmutter).

In diesem Kontext taucht nicht nur die Frage nach dem generellen Bedarf an externer Intervention auf, sondern auch, inwieweit die Unterstützungen aus dem sozialen Netz mit darüber entscheiden, in welcher Form (als monetäre oder als Dienstleistung) Familienpflege in Anspruch genommen wird.

Es gibt verschiedene Projekte mit der Zielsetzung, die gegenseitige Unterstützung von Familien zu fördern – z.B. über Nachbarschaftsnetze, Wohnmodelle u.v.m. Obgleich nicht zu erwarten ist, dass sich ein größerer Teil der Familien in solchen Projekten engagiert, wäre doch von Interesse,

- welche Erfahrungen bestehen,
- ob diese eine Alternative zur Familienpflege darstellen, und
- wie alle Familien diesen gegenüberstehen, d.h. ob sie sich vorstellen können, selbst zu partizipieren.

Außer einigen Hinweisen aus der Pilotstudie ist kaum bekannt, wie die Betroffenen Informationen über Familienpflege erlangen, ob sie von Ärzten oder anderem Fachpersonal auf ihre Möglichkeiten hingewiesen werden, oder welche anderen Strategien der Hilfesuche sie zur Familienpflege leiten. Welchen Bekanntheitsgrad diese Einrichtung hat, ist bislang unerforscht, auch diesbezüglich existieren lediglich Vermutungen der Profession. (Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die Frage nach dem Informationsstand einen Informationsbedarf induzieren wird.)

Die weichenstellenden Aspekte der ärztlichen Verschreibungspraxis sowie der Bewilligung durch die Krankenkassen markieren ebenfalls leere Forschungsfelder. Vor allem da Nachfrage und Angebot hier in einem speziellen Verhältnis stehen, sind diese Aspekte von größter Bedeutung. Schließlich wird angesichts sehr geringer Inanspruchnahme der Dienste kein Ausbau der Familienpflege erfolgen, was wiederum auf die Nachfrage zurückwirkt. Diesbe-

züglich sind zwar Informationen von Seiten der Anbieter, nicht aber von betroffenen Familien vorhanden. Wir wissen nicht, wie viele aus Kapazitätsgründen sehr spät oder in zu geringem Umfang oder gar nicht betreut werden konnten.

Das gleiche gilt für die Beurteilung der geleisteten Hilfen: Bisläng existiert keine Evaluationsforschung. Über die Zufriedenheit, Bedarfsadäquanz und die Wirkungen der Familienpflege kann allenfalls nur spekuliert werden. Diesbezügliche Informationen könnten aber nicht nur zur Verbesserung der Leistungen selbst herangezogen werden, sie könnten auch im Sinne einer Optimierung von Interventionen dienen. Hier ist an bedarfsvermindernde Effekte von frühzeitiger Entlastung, also an präventive Aspekte ebenso zu denken wie an die Organisation und Kooperation verschiedener Hilfen und Helfer.

Literatur

- Altgeld, Thomas/ Walter, Udo: Don't hesitate – innovate. Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität. In: Altgeld, T./ Laser, I./ Walter, U. (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim, München 1997
- Bamberger-Ehepaar-Panel: Forschungsmaterial der Sozialwissenschaftlichen Forschungsstelle der Universität Bamberg (Datensätze und Linearverteilungen; Datenbasis zu Beginn ca. 1.500 junge Ehepaare) Erhebungszeitraum 1988 bis 1994; eigene Analysen
- Bamberger-NEL-Panel: Forschungsmaterial der Sozialwissenschaftlichen Forschungsstelle der Universität Bamberg (Datensätze und Linearverteilungen; Datenbasis zu Beginn ca. 900 nichteheliche Lebensgemeinschaften) Erhebungszeitraum 1988 bis 1994; eigene Analysen
- Bauerreiss, Renate/ Bayer, Hiltrud/ Bien, Walter: Familienatlas II. Lebenslagen und Regionen in Deutschland. Karten und Zahlen, Opladen 1997
- Bayerisches Staatsministerium für Sozialordnung Frauen Familien und Gesundheit: Familienpolitik in Bayern. Bericht der Bayerischen Staatsregierung. Kap. Familie und Gesundheit, München 1994, S. 100–121
- Bayerisches Staatsministerium für Sozialordnung Frauen Familien und Gesundheit: Grundsätze für die Förderung im „Bayerischen Netzwerk Pflege“. Bekanntmachung vom 27.10.97 Nr. VI 6/7630/1/97. In: AIIMBI Nr. 23/1997
- Becker, Wolfgang/ Meifort, Barbara: Pflegen als Beruf: ein Berufsfeld in der Entwicklung; Berufe in der Gesundheits- und Sozialpflege: Ausbildung, Qualifikationen, berufliche Anforderungen: eine Praxisanalyse, Bielefeld 1994.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth: Auf dem Weg in die postmoderne Familie – Von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandtschaft. In: Beck, Ulrich/ Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Individualisierung moderner Gesellschaften, Frankfurt/M. 1994, S. 115-138
- Bergmann Karl E./Bergmann, Renate: Modellvorhaben zur Krankheitsprävention durch Gesundheitsförderung in der Familie im Robert-Koch-Institut, 1994
- Bertram, Hans: Familienwandel und Generationenbeziehungen. In: Buba, Hans Peter, Schneider, Norbert, F. (Hrsg.): Familie. Zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design, Opladen 1996, S. 61-80
- Blonski, Harald (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Altenpflege. Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen, Hagen 1998.
- Blosser-Reisen, Lore: Die ambulante hauswirtschaftliche Versorgung durch die Nachbarschaftshilfe – Anforderungen an HelferInnen, Möglichkeiten und Grenzen ihres Einsatzes. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/1991, S. 178–192
- Blüml, Herbert/ Heiming, Elisabeth/ Schattner, Heinz: Sozialpädagogische Familienhilfe in Bayern. Abschlussbericht, München 1994.
- Bobzien, Monika, Stark, Wolfgang, Straus, Florian: Qualitätsmanagement, Alling 1996.
- Borchers, Andreas: Die Sandwich-Generation. Ihre zeitlichen und finanziellen Leistungen und Belastungen, Frankfurt/M. 1997
- Borchers, Andreas/ Miera, Stephanie: Zwischen Enkelbetreuung und Altenpflege. Die mittlere Generation, Frankfurt/M. 1993
- Borchert, Henning/ Collatz, Jürgen: Empirische Analysen zu weiblichen Lebenssituationen und Gesundheit. In: Brüderl, Leokardia/ Paetzold, Bettina (Hrsg.): Frauenleben zwischen Beruf und Familie. Psychosoziale Konsequenzen für Persönlichkeit und Gesundheit, München 1992, S. 189-209

- Bosch, Eva-Maria (Hrsg.): Die Qualitätsfrage in der ambulanten Versorgung, Berlin 1991
- Bosch, Eva-Maria/ Hoerschelmann von, Monika: Die Qualitätsfrage in der ambulanten Versorgung am Beispiel Familienpflege. In: dies. (Hrsg.), a.a.O.
- Brau, Hans/ Articus, Stephan: Hilfeleistungen in Familie und Nachbarschaft, Melle 1983
- Bundesminister für Gesundheit (BMG): Forschung und Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten, Baden-Baden 1996
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG): Forschung und Modellvorhaben des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1983/1985, Bonn 1988
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit: Bestandsaufnahme der sozialpflegerischen Dienste im Bundesgebiet, Stuttgart 1987
- Collatz, Jürgen/ Fischer, Gisela C./ Thiees-Zajonc, Sophia: Mütterspezifische Belastungen: Gesundheitsstörungen, Krankheit. Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren, Berlin 1998
- Cyprian, Gudrun, Laux, Lothar: Gestaltungsaufgaben der Familie. In: Vaskovics, Laszlo A. (Hrsg.), Familie, Soziologie familialer Lebenswelten, Soziologische Revue, Sonderheft 3, 1994
- Deutscher Bundestag: Drucksache 13/ 6893 vom 4.2.1997: Frauenspezifische Gesundheitsversorgung
- Deutscher Caritasverband: Zum Selbstverständnis der Familienpflege. Unser Standpunkt Nr. 22, Freiburg 1987
- Deutscher Verein für öffentlich und private Fürsorge: Hauspflege. Ein Grundriss, Frankfurt am Main 1961
- Dewe, Bernd/ Wohlfahrt, Norbert: Verbundsystem und Netzwerkförderung – ein neues Aufgabenfeld für die Entwicklung der Sozialarbeit? In: Dewe Bernd/ Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Netzwerkförderung und soziale Arbeit, Bielefeld 1991, S. 7 – 30
- Diewald, Martin: Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken, Berlin 1990
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V.(Hrsg.): DIN-Taschenbuch 226: Qualitätsmanagement und Statistik Verfahren 3: Qualitätsmanagementsysteme DIN ISO 9004 Teil 2, Berlin, Wien, Zürich, 2. Auflage 1994.
- DJI (Hrsg): Familienselbsthilfe und ihr Beitrag zur kommunalen Wertschöpfung. Innovative Konzepte einer kommunalen Sozial- und Familienpolitik. Dokumentation, München 1998
- Dzemeski, Brigitte/ Ederhof, Dieter et al.: Familienpflege im städtischen und ländlichen Bereich, Frankfurt am Main 1986
- Familienhilfe. Was sind Multiproblemfamilien? In: Sozialmagazin 24. Jg. (1999), Heft 2, S. 16-22 (keine Verfasserangaben vorhanden)
- Familienpflege im städtischen und ländlichen Bereich. Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentlich und private Fürsorge. Heft 1, Frankfurt am Main 1986
- Finis Siegler, Beate: Ökonomik sozialer Arbeit, Freiburg im Breisgau 1997
- Frerichs, Frerich: Die Zukunft der Familienpflege. Schriftenreihe des Diözesan-Caritasverbandes Köln 1993, Heft 9
- Gabriel, Karl/ Herlth, Alois/ Strohmeier, Klaus Peter: Solidarität unter den Bedingungen entfalteter Modernität. In: Gabriel, Karl/ Herlth, Alois/ Strohmeier, Klaus Peter (Hrsg.): Modernität und Solidarität. Konsequenzen gesellschaftlicher Modernisierung, Freiburg, Basel, Wien 1997, S. 13-28

- Garms-Homolova, Vjenka: Entwicklung von Qualitätskriterien für die Arbeit ambulanter Dienste am Beispiel der Hauspflege und der ambulanten Versorgung. In: Bosch, Eva-Maria (Hrsg.): Die Qualitätsfrage in der ambulanten Versorgung, Berlin 1991
- Garms-Homolova, Vjenka: Qualität ambulanter Pflegedienste. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, S.180-182
- Geller, Helmut: Kinderreiche Mütter. Lebensentwürfe, Probleme und Perspektiven, Opladen 1997
- Gennes, Johanna: Zielorientiertes Handeln in der Familienpflege. In: Deutscher Caritasverband (Hrsg.): Caritas Jahrbuch 1993, Freiburg, S.119-123
- Gräbe, Sylvia: Reziprozität und Stress in ‚Support‘-Netzwerken. Neue Perspektiven in der familiensoziologischen Netzwerkforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 43. Jg. (1991), Heft 2, S. 344 – 356
- Gross, Peter: Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft?, Opladen 1983
- Hagemann-White, Cornelia: Wie (un-)gesund ist Weiblichkeit? Zeitschrift für Frauenforschung 12 (4), 1994: 20 – 27
- Häusliche Pflege: Vom Abwasch bis zur Marktanalyse. Familienpflege-Perspektiven eines neuen Berufsbildes für die häusliche Pflege und das Alltagsmanagement. In: Häusliche Pflege 12/1996, S. 909 - 913 (keine Verfasserangaben vorhanden)
- Hebenstreit-Müller, Sabine/ Pettinger, Rudolf (Hrsg.): Miteinander lernen, leben, engagieren – Neue soziale Netze für Familien, Bielefeld 1991
- Hebenstreit-Müller, Sabine/ Pettinger, Rudolf (Hrsg.): Organisation, Förderung und Vernetzung von Familienselbsthilfe. Erfahrungen aus einem Modellversuch mit Familien- und Nachbarschaftszentren, Bielefeld 1991
- Heiner, Maja (Hrsg.): Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen, Weinheim und München 1998
- Helfferrich, Cornelia: Müttergenesung – Frauengesundheit. Zahlen und Fakten zur gesundheitlichen Situation von Frauen (Vortrag). Müttergenesungswerk Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Grebin 1996
- Hellming, Elisabeth: Sozialpädagogische Familienhilfe – Hilfe zur Selbsthilfe für arme Familien. In: Klocke, Andreas/ Hurrelmann, Klaus: Kinder und Jugendliche in Armut, Opladen 1998, S. 288-308
- Helmin, Elisabeth/ Schattner, Heinz/ Blüml, Herbert: Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Stuttgart, Berlin, Köln 1997
- Herweck, Rudolf: Probleme der externen Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Versorgung. In: Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe. Dokumentation einer KDA-Fachtagung, Köln 1994
- ifb-Studie: Die Situation der Familienpflege in Bayern, 1998 (internes, bislang unveröffentlichtes Forschungsmaterial)
- Jurczyk, Karin/ Rerrich Maria S. (Hrsg.): Die Arbeit des Alltags. Beiträge zu einer Soziologie der alltäglichen Lebensführung, Freiburg im Breisgau 1993
- Kaufmann, Franz-Xaver: Zukunft der Familie im vereinten Deutschland. Gesellschaftliche und politische Bedingungen, München 1995
- Klocke, Andreas/Hurrelmann, Klaus: Einleitung – Kinder und Jugendliche in Armut. In: Klocke, Andreas/Hurrelmann, Klaus: Kinder und Jugendliche in Armut, Opladen 1998, S. 7-24
- Korebrits, Claudia: Zwillinge, Drillinge, Mehrlinge, In:
<http://www.ukr.de/rv/gebhilfe/zwil01.html>

- Kühnert, Sabine/ Frerichs, Frerich/ Rohleder, Christian (Forschungsgesellschaft für Gerontologie, e.V. Institut für Gerontologie): Bestandsaufnahme zur Situation der Familienpflege in Nordrhein-Westfalen und den daraus resultierenden Anforderungen an die Ausbildungsgestaltung zur staatlich anerkannten Familienpflegerin, (Endbericht), Dortmund 1993
- Kühnert, Sabine: Bestandsaufnahme der Situation der Familienpflege in Nordrhein-Westfalen und den daraus resultierenden Anforderungen an die Ausbildungsgestaltung zur staatlich anerkannten Familienpflegerin. In: Familienpflege in Nordrhein-Westfalen. Dokumentation eines Werkstattgesprächs. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Köln 1996
- Kühnert, Sabine: Qualifizierung in der Familienpflege. In: Dokumentation der Fachtagung „Qualifizierung in der Familienpflege“. Meinwerk-Institut, Paderborn 1996 (Vortrag)
- Latka-Jöhring, Sigrid: Viele sind chronisch krank. In: Informationen für die Frau. 1997
- Lüschen, Günther. Familial-verwandtschaftliche Netzwerke. In: Nave-Herz, Rosemarie (Hrsg.): Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1988, S. 145-172
- Lüscher, Kurt, Schultheiß, Friedrich (Hg.): Generationenbeziehungen in postmodernen Gesellschaften, Konstanz 1993
- Lüscher, Kurt: Solidarische Beziehungen: das „neue Problem der Generationen“. In: Gabriel, Karl/ Herlth, Alois/ Strohmeier, Klaus Peter (Hg.): Modernität und Solidarität. Konsequenzen gesellschaftlicher Modernisierung, Freiburg, Basel, Wien 1997, S. 59-77
- Maaßen, Heinz-Günter: Ausführungen zur Arbeitstagung Familienpflege. In: Dokumentation zur Arbeitstagung Familienpflege. Paritätisches Bildungswerk Berlin in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Jugend und Familie, 1993 (Vortrag)
- Marbach, Jan: Nichteheliche Kinder im Verwandtschaftsnetz. In: Bien, Walter/ Schneider, Norbert, F. (Hrsg.): Kind ja, Ehe nein?, Opladen 1989, S. 175-206
- Maschewsky-Schneider, U.: Frauen sind anders krank. Weinheim, München 1997
- Mertins, Günter: Demographischer Wandel in der Europäischen Union und Perspektiven. In: Eckart, Karl, Grundmann, Siegfried (Hrsg.): Demographischer Wandel in der Europäischen Dimension und Perspektive, Berlin 1997, S. 9-31
- Meyer, Margarete: Familien mit behindertem Kind – kompetent oder bevormundet? In: Koolmann, Günther/ Schusser Gerhard (Hrsg.): Familie in besonderen Lebenssituationen – gestern und heute, Hamburg 1996, S. 201-210
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (= Ministerium für Arbeit NRW): Strukturreform der Pflegeausbildungen. Gutachten über Handlungsbedarf zur Neustrukturierung von Berufsbildern der gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe und bildungspolitische Schlussfolgerungen der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (Dortmund), Ahaus 1996
- Mittenburger, Carolin/ Werner, Gisela: Das erledigt man in der Familie – zur Bedeutung sozialer Pflege bei der Entscheidung zwischen Hauspflege und Altenheim, Berlin 1992
- Müttergenesungswerk: Müttergenesungskuren 1998. Die gesundheitliche und soziale Lage der Kurteilnehmerinnen, Stein 1999
- Nägele, Gerhard/ Tews, Hans Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters: Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik, Opladen 1993 (insbesondere S. 15-42, 273-285, 314-326)
- Nestmann, Frank/ Niepel, Gabriele: Alleinerziehende im Urteil professioneller HelferInnen. In: Neue Praxis, Heft 4, 1992, S. 323-345
- Nestmann, Frank/ Stiehler, Sabine: Wie allein sind Alleinerziehende? Soziale Beziehungen alleinerziehender Frauen und Männer in Ost und West, Opladen 1998

- Nestmann, Frank: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: Dewe, Bernd/ Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): *Netzwerkförderung und soziale Arbeit. Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern*, Bielefeld 1991, S. 31-61
- Nicolay, Joachim: Integratives Handeln in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In: *Neue Praxis*, 3/1998
- Niepel, Gabriele: *Soziale Netze und soziale Unterstützung alleinerziehender Frauen*, Opladen 1994
- Ökumenischer Arbeitskreis Familienpflege: *Gedanken zur Situation der Familienpflege in Bayern*. Hrsg.: Lütke, Hendrik. Würzburg 1998
- Paritätisches Bildungswerk – Arbeitstagung Familienpflege: „*Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen*“, Broschüre, Berlin 1993
- Pauly, Franz Peter: Zwischen sozialpädagogischer Familienhilfe und Familienpflege. In: *Caritas Jahrbuch*, 1999, S. 114–120
- Rosenkranz, Doris: Folgen des familialen Wandels für die Pflege älterer Menschen. Familiendemographische Überlegungen. In: Buba, Hans Peter, Schneider Norbert, F. (Hrsg.): *Familie – zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design*, Opladen 1996, S. 209-217
- Rupp, Marina/ Rost, Harald: Lebensverläufe dauerhaft nichtehelicher Kinder. In: Bien, Walter/ Schneider, Norbert, F. (Hrsg.): *Kind ja, Ehe nein?*, Opladen 1989, S. 71-108
- Rupp, Marina: Lebensverhältnisse nichtverheirateter Frauen beim Übergang zur Elternschaft. In: Bien, Walter/Schneider, Norbert, F. (Hrsg.): *Kind ja, Ehe nein?*, Opladen 1989, S. 41-70
- Schicha, Christian: *Lebenszusammenhänge kinderreicher Mütter*, Frankfurt am Main 1995
- Schneider, Ulrike (Hrsg.): *Was macht Frauen krank?* Frankfurt am Main 1981
- Schulz, Hans-Joachim/ Künzler, Jan: Familie und Modernisierung: kein Widerspruch. In: Gabriel, Karl/ Herlth, Alois/ Strohmeier, Klaus Peter (Hrsg.): *Modernität und Solidarität. Konsequenzen gesellschaftlicher Modernisierung*, Freiburg, Basel, Wien 1997, S. 91-134
- Schulz, Karl-Heinz/ Schulz, Holger/ Schulz, Ottmar/ von Kerekjarto, Margit: Familienstruktur und psychosozialer Stress in Familien von Krebspatienten. In: *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Hrsg.: Koch, Uwe / Weis, Joachim, Stuttgart 1998, S. 141–182
- Schütze, Yvonne: Generationenbeziehungen im Lebenslauf – eine Sache der Frauen? In: Lüscher, Kurt, Schultheiß, Friedrich (Hrsg.): *Generationenbeziehungen in postmodernen Gesellschaften*, Konstanz 1993, S. 287–298
- Seehausen, Harald: *Familie, Arbeit, Kinderbetreuung. Berufstätige Eltern und ihre Kinder im Konflikt dreieck*, Opladen 1995
- Sieverding, Monika: Die Gesundheit von Müttern – Ein Forschungsüberblick. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* Heft 4/1995, S. 6-6
- Sieverding, Monika: Sind Frauen weniger gesund als Männer ? In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50. Jg. (1998), Heft 3, S. 471-489
- Sozioökonomische Panel für Deutschland (GSOEP): *Datensatz 14. Welle* 1997
- Statistisches Bundesamt: *Gesundheitsbericht für Deutschland*, Wiesbaden 1996
- Statistisches Bundesamt: *Statistisches Jahrbuch 1996*, Wiesbaden 1996
- Tress, Wolfgang/ Manz, Ralf/ Sollors-Mossler, Beate: *Epidemiologie in der psychosomatischen Medizin*. In: Adler, R. u. a. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore 1990, S. 63–74
- Twer, Karl-Joachim: *Einschätzung der Familienpflege aus der Sicht eines Spitzenverbandes unter Berücksichtigung der Finanzierungsprobleme im Arbeitsfeld und im Ausbildungsbe-*

- reich. In: Dokumentation der Fachtagung „Qualifizierung in der Familienpflege“. Meinwerk-Institut Paderborn 1996 (Vortrag)
- Wilk, Liselotte: Koordination von Zeit. Organisation von Alltag und Verknüpfung individueller Biographien als familiale Gestaltungsaufgaben. In: Vaskovics, Laszlo A. (Hrsg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten, Opladen 1997
- Wirsching, Michael/ Stierlin, Helm: Krankheit und Familie. Konzepte – Forschungsergebnisse - Therapie, Stuttgart 1982
- Zang, Waltraud: Die Umsetzung der Pflegeversicherung in den Sozialstationen und ihre Berührungspunkte zur Familienpflege. In: Tagungsdokumentation des 9. Verbandstages des katholischen Berufsverbandes der Familienpflegerinnen und Dorfhelferinnen in Odenthal-Altenberg 1995
- Zeman, Peter: Häusliche Pflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen, Kassel (DZA) o.J.