Demenz und Pflegebedürftigkeit in alten Paarbeziehungen – ein Thema für die Geschlechterforschung

Luitgard Franke

Einführung

Mit allgemein steigender Lebenserwartung wird auch die Zeitspanne größer, die (Ehe-)Paare miteinander verbringen können. Paare stehen heute vor Aufgaben, für die es historisch kaum Vorbilder gibt. Es gilt eine potenziell sehr lange Phase der nachelterlichen und nachberuflichen Gefährtenschaft zu gestalten, dabei u.a. die Aufgaben- und Rollenverteilung den sich mit dem Altern verändernden Umständen anzupassen, die emotionale Verbundenheit und die sexuelle Beziehung zu pflegen oder die Außenkontakte zu kultivieren. Mit dem gemeinsamen Altwerden ist nicht nur die Chance auf gute gemeinsame Jahre gegeben, sondern mit der Hochaltrigkeit sind auch Risiken von Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden (vgl. Mayer/Baltes 1996), deren Bewältigung als spezifische Entwicklungsaufgabe für alte Paarbeziehungen betrachtet werden kann.

In diesem Beitrag möchte ich der Frage nachgehen, in welcher Weise Pflegebedürftigkeit, als Folge einer Demenz, das Geschlechterarrangement in alten heterosexuellen Paarbeziehungen tangiert. Meine These lautet: Einerseits bildet sich in der Art und Weise, wie Paare Pflegebedürftigkeit bewältigen, das vorherrschende Geschlechterarrangement mit seiner persistierenden geschlechterspezifischen und -hierarchischen Arbeitsteilung (vgl. Beck-Gernsheim 1980) und der Hervorbringung bestimmter geschlechterspezifischer Kompetenzprofile und Sozialcharaktere (vgl. Chodorow 1994, Gilligan 1999) ab. Andererseits erschüttert Pflegebedürftigkeit, und hier speziell eine Demenzerkrankung, das bei alten Paaren oft jahrzehntelang austarierte individuelle Geschlechterarrangement.

Mit Befunden aus der Forschungslage zum geschlechterspezifisch unterschiedlichen Zugang in die Pflegerolle, verschiedenartigen Praxen der häuslichen Pflege und auch je anderen Konsequenzen für Männer und Frauen werde ich den ersten Teil meiner These stützen. Den zweiten Teil der These werde ich mit einigen Ergebnissen aus einer eigenen Untersuchung zur psychosozialen Beratung für PartnerInnen Demenzkranker illustrieren.

Geschlechterdifferenzen in der PartnerInnenpflege bei Demenz

Zur Frage der Bedeutung von Geschlechtsrollen im Alter gibt es zwei konträre Positionen. Verschiedene AutorInnen nehmen an, Geschlechtsrollenunterschiede ließen im Alter nach (vgl. Übersicht bei Miller/Kaufman 1996, S. 192). Sie stützen sich auf die Theorie der sozialen Rollen und argumentieren, in der nachelterlichen und nachberuflichen Phase verlören Geschlechtsrollenmerkmale an Bedeutung, da sie in Hinblick auf Aufgaben in Beruf und Reproduktion sozialisiert worden seien. Die VertreterInnen der Geschlechtsrollensozialisation erklären demgegenüber, Sozialisationseffekte mündeten in stabile Persönlichkeitsmerkmale und blieben deshalb unabhängig von der aktuellen Situation und aktuellen sozialen Rollen bestehen (vgl. Miller/Cafasso 1992, S. 499). Unterschiedlich gesehen wird der Mechanismus der Internalisierung, doch besteht Einigkeit darin, dass in der Folge bei Frauen stärkere affiliative und expressive Orientierungen entstehen, bei Männern eine stärkere Betonung von Autonomie, Differenzierung und instrumenteller Orientierung (vgl. Übersicht bei Miller & Cafasso 1992, S. 499). Manche AutorInnen vermuten, Geschlechtsrollenstereotype seien bei den heute pflegenden EhepartnerInnen besonders stark ausgeprägt, da diese Kohorte zwischen 1930 und 1959 erwachsen wurde und deutlicher zu geschlechtsspezifischen Fertigkeiten, psychischen Dispositionen und Arbeitsteilung sozialisiert worden sei als spätere Kohorten (vgl. Miller/Kaufman 1996).

Forschung über Geschlechterdifferenzen in der häuslichen Pflege bezieht sich auf die sozial-kulturelle Kategorie Geschlecht (gender), nicht auf die biologische (sex). Das Interesse in diesem Forschungsgebiet geht im Wesentlichen in drei Richtungen: (a) Wie geraten Frauen und Männer in die Pflegerolle hinein? (b) Unterscheiden sie sich in der Art und Weise, wie sie die Rolle ausfüllen, und gibt es Differenzen in den Bewältigungsstrategien? (c) Resultieren für Frauen und Männer jeweils andere Konsequenzen aus der Pflege, vor allem unterscheiden sich ihre Belastungen nach Art und Ausmaß?

Generell sind Befunde zu Geschlechterunterschieden in der häuslichen Pflege mit einer gewissen Vorsicht zu bewerten. Immer wieder wird angemerkt, solche Geschlechterunterschiede könnten auf das Konto methodischer Aspekte der Studiendesigns gehen, beispielsweise das Übergewicht von Frauen in fast allen Samples oder die größere Neigung von Frauen, emotionale Probleme wahrzunehmen und zu thematisieren (vgl. Übersicht bei Franke 2005). Auch wird die gender-basierte Literatur kritisiert, sie befördere eine simplizistische Dichotomie zwischen Männern und Frauen (vgl. Übersicht bei Ray 2000, S. 154) und letztlich die Reifikation der Unterschiede (vgl. Walker 1992, 45; zit. nach Ray 2000, S. 154).

Zugänge in die Pflegerolle

In der familialen Pflege, die von erwachsenen Kindern für ihre pflegebedürftigen Eltern geleistet wird, ist die ungleiche Verteilung der Geschlechter evident[1]. Hier gibt es eine breite Forschungstätigkeit und Diskussion über die unterschiedlichen gesellschaftlichen Erwartungen und Entscheidungsdilemmata, mit denen die beiden Geschlechter konfrontiert sind. Eine vergleichbare Debatte findet sich in der Literatur über pflegende Ehegatten nicht. Bei EhepartnerInnen wird generell von einer großen Selbstverständlichkeit ausgegangen, die Pflege zu übernehmen (vgl. z.B. Übersicht bei Hooker et al. 1992, S. 372). Und tatsächlich ist das Geschlechterverhältnis auch deutlich ausgeglichener als bei Pflegenden aus der Kindergeneration[2].

Gelegentlich gibt es Hinweise, dass auf Ehefrauen ein höherer Erwartungsdruck lastet (vgl. z.B. Faust-Jacoby/Kling 1991), und dass Ehemänner eher Chancen haben, eine schwierige häusliche Betreuung aufzukündigen, ohne Sanktionen fürchten zu müssen. So wurde für Frauen, die von ihren Ehemännern gepflegt wurden, ein höheres Risiko der Heimunterbringung festgestellt als im umgekehrten Fall (vgl. Montgomery/Koslowski 1994). Es gibt auch Hinweise auf unterschiedliche Motive für die Pflege des Partners bzw. der Partnerin. In einer qualitativen Studie beschrieben die untersuchten Ehemänner ihre Beweggründe eher mit Begriffen der Liebe, die Frauen eher mit Begriffen der Pflicht (vgl. Ungerson 1987). Beim Vergleich zwischen Ehefrauen, Ehemännern und Töchtern von Demenzkranken bewerteten die Ehemänner die frühere und die aktuelle Beziehung zum Erkrankten am positivsten (vgl. Beeson et al. 2000). Wenn es also eine Tendenz gibt, dass Ehemänner nur dann pflegen, sofern die Beziehung durch Liebe geprägt ist, während Ehefrauen sich unabhängig von der Qualität der Beziehung zur Pflege verpflichtet fühlen, dann hat man es mit ganz unterschiedlichen Ausgangspunkten für eine häusliche Pflege zu tun.

Pflegepraxis von Frauen

Empirische Arbeiten zu Geschlechterdifferenzen in der Pflegepraxis haben einen engen Bezug zu Positionen der Geschlechtsrollensozialisation. Ich

1 Bei Pflegebedürftigen im Alter von 65-79 Jahren 30% Töchter und Schwiegertöchter und nur 2% Söhne. Bei den älteren Pflegebedürftigen (80 aufwärts) sogar 61% (Schwieger-) Töchter im Verhältnis zu 5% Söhnen (vgl. Schneekloth et al. 1996)

2 In der Altersgruppe 65-79 Jahre wurden 39% der Pflegebedürftigen von Ehefrauen und 22% von Ehemännern zu Hause gepflegt, bei den Älteren (80 aufwärts) waren es 12% bzw. 5% (vgl. Schneekloth et al. 1996)

möchte hier drei Spezifika der Pflegepraxis von Ehefrauen herausstellen (vgl. Miller 1987). Ein erstes ist die starke Fokussierung auf Beziehungsaspekte in der Art und Weise, wie Ehefrauen die Pflegesituation und die demenzbedingten Veränderungen ihrer Männer wahrnehmen und bewerten. Empirische Studien, die derartiges feststellen, schließen an Nancy Chodorows Vorstellungen über die weibliche Sozialisation hin zu einer Bindungsorientierung an. Keine der Frauen in einer Studie von Baila Miller beispielsweise erklärte dysfunktionales Verhalten ihrer dementen Männer als Folge der Krankheit, sondern stets im Kontext der Veränderungen ihrer Ehebeziehung, und dies, obwohl sie gut informiert waren über die Symptomatik der Demenz (vgl. Miller 1987). In anderen Studien litten die Ehefrauen der Dementen unter der Deprivation der Beziehung, d.h. dem Verlust des Partners als Gefährten, Vertrauten oder unterstützende Person, signifikant mehr als die Ehemänner (vgl. Beeson et al. 2000, Bookwala/ Schulz 2000). Karen Hooker et al. sehen hier einen Bezug zu Forschungsergebnissen über lang andauernde Ehen, in denen die seelische wie körperliche Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen im Allgemeinen stärker mit der Ehezufriedenheit korrelieren als bei Männern (vgl. Übersicht bei Hooker et al. 2000, 569). Deborah O'Connor berichtet aus einem Demenz-Ehegattensample, dass vor allem die Ehefrauen ihre eigene Pflegekompetenz daran maßen, inwieweit es ihnen gelang, die Beziehung zu ihrem erkrankten Mann aufrechtzuerhalten. Die Frauen beurteilten dies u.a. an der Fähigkeit des kranken Mannes, sie noch zu erkennen, wodurch das Gefühl des Selbst bei den gesunden Ehefrauen validiert oder gestört werden konnte. Die Frauen unternahmen vielfältige Versuche, um die Identität des Mannes zu erhalten und zu schützen. Die Autorin interpretiert diese Ergebnisse im Zusammenhang der weiblichen Sozialisation, die bei Frauen eine Auffassung fördere, das Selbst existiere primär in Relation zu anderen. Wenn das „Ich" durch die Existenz eines „Du" definiert sei, dann sei es existenziell wichtig, die Präsenz des „Du" sicherzustellen (vgl. O'Connor 1999).

Ein zweites Spezifikum sind Probleme pflegender Ehefrauen beim Thema Autorität. Verschiedene Autorinnen berichten über die Schwierigkeiten von Frauen, Entscheidungen für den dementen Ehemann bei ihm durchzusetzen, aber auch über die Sensibilität, mit der Ehefrauen versuchen, den Stolz und die Würde des Mannes nicht zu verletzen und ihm trotz seiner Defizite das Gefühl zu lassen, Entscheidungen zu treffen und weiterhin Autorität in der Familie zu besitzen (vgl. Übersicht bei Franke 2005). JoAnn Perry bezeichnet das Vorgehen der Frauen als „interpretatives Pflegen", bei dem sie mittels kognitiver Anstrengungen versuchen, aus ihren Alltagsbeobachtungen und ihrer Lebenserfahrung auf die Bedürfnisse ihrer dementen Männer zu schließen (vgl. Perry 2002). Almut Zintl-Wiegand berichtet, wie Ehefrauen, die zuvor in einer patriarchalischen Beziehung gelebt hatten, zunächst ungläubig den Zuwachs an Macht und Entscheidungsfreiheit erlebten, als der Mann dement wurde. Sie beschreibt, wie die Frauen in kleinen Schritten ver-

suchten, sich „verstohlen“ durchzusetzen, z.B. indem sie sich bei Tisch zuerst zu trinken nahmen oder entschieden, welches Essen gekocht werden sollte (vgl. Zintl-Wiegand 1995).

Eine veränderte Wahrnehmung des Zuhauses, v.a. Beschränkungen in der Kontrolle über Raum und Zeit, ist ein drittes Spezifikum der Situation pflegender Ehefrauen. Alle von Miller befragten pflegenden Ehefrauen beklagten den Verlust der Kontrolle über ihr Zuhause, indem sie darüber berichteten, wie der demente Mann ihre täglichen Arbeitsabläufe störe oder Unordnung schaffe. Miller führt aus, das Zuhause habe unterschiedliche Bedeutungen für Frauen und Männer. Für Frauen sei es traditionell der Ort der Arbeit, die Arena der Verantwortlichkeit und auch der Selbstdarstellung. Es könne daher nicht verwundern, dass sie die chaotisierenden Aktivitäten ihrer dementen Männer sehr belasteten (vgl. Miller 1987).

Pflegepraxis von Männern

In den letzten Jahren sind zunehmend Arbeiten publiziert worden, welche speziell die Situation informell pflegender Männer fokussieren (vgl. Übersicht bei Franke 2005). Die Männer-Pflegeliteratur setzt sich an zwei Konfliktlinien mit der allgemeinen Pflegeliteratur auseinander. Einerseits wirft man der bisherigen „gender-basierten“ Literatur vor, mit Vergleichsuntersuchungen sei außerhalb der typischen „gender approaches“ nichts Neues gefunden worden, da Männer dabei nicht als Individuen, sondern als Mitglieder einer homogenen Gruppe untersucht würden. Letztlich perpetuiere dies auf sehr subtile Weise sogar die alten Vorurteile, wonach häusliche Pflege Frauensache sei (vgl. Thompson 2002). Andererseits setzt man sich dagegen zur Wehr, männliche Pflege am weiblichen Ellenmaß zu messen, mit den Folgen, dass Männer entweder als deviante Pflegende betrachtet werden, wenn sie nach Art und Umfang andere Pflege leisten als Frauen, oder aber als deviante Männer, wenn sie genauso pflegen wie Frauen (vgl. Thompson 1997). Richard Russel beobachtet zwei gegenläufige Trends in der Wahrnehmung pflegender Männer in der Forschung: Einerseits würden Männer im oben beschriebenen Stil als inkompetente Pflegende betrachtet oder aber als fähigere Pflegende, die im Vergleich zu Frauen effizienter pflegten und weniger belastet seien. In beiden Fällen handelt es sich um Stereotypisierungen (vgl. Russel 2001). Zu kämpfen hat die Forschung über pflegende Männer auch damit, dass alte Männer weitgehend unsichtbare Männer sind. Über sie gebe es – so Edward Thompson – abgesehen von biomedizinischen Fragen des Mannes im Alter wenig Forschung, mit der Folge, dass sie als rollenlose, geschlechtslose, homogene Gruppe wahrgenommen würden. Wenn überhaupt außerhalb der Medizin Themen aufgegriffen würden, dann seien das sogenannte „self-orientated issues“, wie etwa die Wirkungen der Be-

rentung oder der Verwitwung, kaum jedoch würden bei alten Männern sogenannte „other-related issues", wie zum Beispiel die häusliche Pflege, erforscht (vgl. Thompson 1997).

Die Praxis männlicher Pflege wird im Kontext der Vorstellungen über Männlichkeit in unserer Kultur betrachtet. Der Standard der hegemonialen Männlichkeit (vgl. Connell 1995) – führt Thompson aus – bringe bei der häuslichen Pflege Regeln zum Umgang mit Gefühlen hervor, die den Mann emotionalen Abstand halten ließen und ihn eher zu den instrumentellen Aspekten der Pflege hin orientierten und weniger zu den affektiven. Dieser Standard nähre auch die problem-fokussierten Coping-Stile von Männern, ihre Aufmerksamkeit gegenüber den eigenen Erholungsbedürfnissen und gegenüber eventueller emotionaler Überlastung sowie ihren Wunsch, die eigenen Erfahrungen der Pflege zu kontrollieren (vgl. Thompson 2002).

Zwei typische Pflegestile von Männern können vor diesem Hintergrund unterschieden werden. Erstens das professionelle Modell: Viele Männer fassen die häusliche Pflege nach dem Modell der Berufstätigkeit auf und organisieren sie entsprechend aufgaben- und managementorientiert. Es geht darum, die Aufgaben in möglichst effizienter Weise zu erledigen, bei möglichst geringem „role engulfment". Die Ritualisierung der Pflege bringt ein Gefühl von Kontrolle, die Pflege wird zu einer unerwarteten Karriere. Die professionelle Haltung sorgt dafür, dass die Pflege nicht das gesamte Leben des Mannes in Beschlag nimmt. Zweitens das kombinierte Management-Fürsorge-Modell: Andere Männer versuchen, das ihnen bekannte Berufsmodell mit affektiven Facetten der Pflege zu kombinieren (vgl. Thompson 2002).

Empirische Befunde finden im Allgemeinen, dass Männer, wenn nötig, hoch in die Pflegerolle investieren, wobei die Bedeutung, die Pflege für Männer hat, noch wenig verstanden ist (vgl. Thompson 2002). Die Forschungslage zeigt hier eine große Vielfalt (vgl. Übersicht bei Franke 2005): Ehemänner betrachten die Pflege in hohem Maße als ihre eheliche Pflicht und Verantwortung, als Ausdruck und Konsequenz ihrer Zuneigung und Liebe, oder als Möglichkeit, der Ehefrau etwas zurückzugeben im Gegenzug für die Unterstützung, die sie in den Jahren zuvor von ihr empfangen haben. Für andere liegt die Pflegerolle auf einer Linie mit ihren Aufgaben als Familienoberhaupt, manche erleben sie als willkommenen Ersatz für die verlorene Berufstätigkeit und wieder andere ergreifen sie bewusst als Chance, fürsorgliche Persönlichkeitsmerkmale zu entwickeln und zu leben.

Unterschiede hinsichtlich der Konsequenzen der Pflege

Wird nach dem Geschlecht der informell Pflegenden unterschieden, dann geben Frauen jeden Alters quer durch die Literatur mehr Belastungen an als

männliche pflegende Angehörige. Sie schildern mehr depressive Störungen, körperliche Beschwerden, geringeres Wohlbefinden und subjektive Belastung, schlechtere soziale Einbindung und weniger finanzielle Stabilität (vgl. Übersicht bei Franke 2005). Andererseits gibt es vereinzelt Befunde, die stärkere Belastungen bei pflegenden Männern berichten (vgl. Übersicht bei Beeson 2003, S. 136). Ehemänner scheinen dann gesundheitlich stärker gefährdet zu sein, wenn die Demenz der Frau fortgeschritten ist und wenn sie sich zur Übernahme der Pflegerolle gedrängt fühlen.

Stresstheoretische Ansätze bieten verschiedene Erklärungen für Unterschiede bei der Pflegebelastung von Frauen und Männern. Aus der Sicht der Geschlechtsrollensozialisationshypothese sind Frauen vulnerabler für pflegebedingte Stresseffekte aufgrund ihrer Sozialisation hin zu Sensitivität für Beziehungen, Fürsorgeorientierung, speziellem Krankheitsverhalten und bestimmten Coping-Stilen (vgl. Übersicht. bei Miller & Cafasso 1992, S. 499) und möglicherweise auch wegen ihrer sozialisationsbedingt größeren Aufmerksamkeit für emotionale Reaktionen auf Stress (vgl. Lutzky/Knight 1994). Aus der Sicht der Hypothese der sozialen Rollen, welche weniger die Sozialisationseffekte als die Anforderungen der aktuellen Rollen fokussiert, sind Frauen deshalb gestresster, weil sie häufiger als Männer potenziell stressvollen Situationen ausgesetzt sind und mehr Rollenbelastungen erleben (vgl. Übersicht bei Miller/Cafasso 1992, S. 499).

Zusammenfassend kommen Baila Miller/Lynda Cafasso in ihrer Meta-Analyse von Studien zu Geschlechterdifferenzen in der häuslichen Pflege zu dem Schluss, dass es sie gibt, wenngleich das Ausmaß dieser Unterschiede gering ist. Vor allem bei den Aufgaben – Frauen seien mehr in persönliche Pflegetätigkeiten wie Baden, Hilfe bei der Toilette etc. und in Haushaltsaufgaben involviert und leisteten insgesamt mehr Stunden an Pflege - und bei der Belastung unterschieden sich die Geschlechter (vgl. Miller/Cafasso 1992). Insgesamt lässt die Forschungslage aber die Frage offen, ob die Pflegestile der Männer tatsächlich weniger stressend sind, oder ob die Forschungsdesigns männliche Belastung bisher nicht akkurat abbilden konnten.

Erschütterung des individuellen Geschlechterarrangements des Paares

Ich komme nun zum zweiten Teil meiner Eingangsthese: Pflegebedürftigkeit und speziell eine Demenzerkrankung derangieren das individuelle Geschlechterarrangement, das alte Paare im Verlauf ihrer oft jahrzehntelangen gemeinsamen Geschichte etabliert haben. Diese These werde ich mit einer Re-Interpretation einiger Ergebnisse aus meiner Untersuchung zur psychosozialen Beratung für PartnerInnen Demenzkranker stützen (vgl. Franke 2005).

Untersuchungsdesign und Fragestellung

In einer qualitativen, an der Grounded Theory (vgl. Strauss/Corbin 1996, Strauss 1998, Glaser/Strauss 1998) orientierten Explorationsstudie habe ich 18 Beratungsfälle analysiert, die in der Angehörigenberatungsstelle des Gerontopsychiatrischen Zentrums in Münster durchgeführt worden waren. Es handelt sich bei den Fallanalysen um 12 Beratungen für Ehefrauen und 6 Beratungen für Ehemänner von Demenzpatientinnen, darunter 12 Aufzeichnungen von Erstberatungen und 6 Aktenanalysen von Beratungsprozessen, die teils über mehrere Jahre angedauert haben. Das Ziel der Untersuchung ist es gewesen, einen orientierenden Überblick über das Feld der psychosozialen Beratung von Ehegatten Demenzkranker zu schaffen, erstens in der Breitendimension anhand der Frage nach typischen Fällen und Sonderfällen; und zweitens in der Tiefendimension anhand der Frage nach den Themen, mit denen die Ehegatten in die Angehörigenberatung kommen.

Ausgewählte Ergebnisse

Die Analyse der Themen, die in den Beratungen erörtert worden sind, ergibt vier Themenfelder, mit denen Partner und Partnerinnen Demenzkranker sich auseinander setzen. Die Tabelle bietet einen Überblick über die Felder und die darin enthaltenen Themen.

Themenfelder und Themen in der Beratung von PartnerInnen Demenzkranker

Themenfelder	Themen
Das „Ich“ Die persönliche Situation des ratsuchenden Ehegatten	Erleben und Belastungen des ratsuchenden Ehegatten im Kontext der Pflege Erleben im Kontext anderer alterstypischer Entwicklungsaufgaben und Krisen
Das „Du“ Die Veränderungen des dementen Partners	Symptomatik der Demenz Veränderungen der Persönlichkeit des Kranken Problemverhalten des Kranken Körperliche Komplikationen und Pflegeprobleme
Das „Wir“ Die Situation des Paares	Veränderungen der Ehebeziehung Gefährtenschaft und Intimität Loyalität und Vertrauen Souveränität, Gleichberechtigung, Alltagsorganisation und Macht Gerechtigkeit und Liebe Beziehungsgeschichte und Paardynamik Aspekte einer Pflegebeziehung

Die „Anderen“	Die Rolle der Kinder und weiterer Personen
Die Rolle	Kinder
des sozialen Umfeldes	Weitere Personen
	Information über informelle und formelle Hilfeangebote
	Auseinandersetzung mit Hilfeoptionen
	Erfahrungen mit der Inanspruchnahme professioneller Dienste
	Sozialrechtliche Fragen

Diskussion der Ergebnisse

Die pflegenden Partner und Partnerinnen, die Beratung gesucht haben, betrachten die Demenz nicht als ein Ereignis, dessen Konsequenzen sie allein auf ihre eigene Person beziehen, indem sie etwa akzentuiert auf die Belastungen abheben, welche die Pflege des erkrankten Mannes bzw. der Frau ihnen bringt. Sie machen in ihren Erzählungen vielmehr deutlich, dass sie die durch die Krankheit entstandene Situation als ein Problem ansehen, das sie beide als Paar betrifft. Sie nehmen dabei Bezug auf die Vorstellung der Ehe als einer Lebensgemeinschaft, die sowohl in zeitlicher Hinsicht als auch in dem, was sie inhaltlich ausmacht, umfassend ist, also grundsätzlich alles einschließt, was in einem Leben in guten und in schlechten Tagen passieren kann. Im Zentrum steht bei ihnen das Bemühen, die Paarbeziehung zu retten, d.h. die Lebensform zu bewahren, die sie vor vielen Jahren gewählt haben und die ein konstituierendes Moment ihrer Identität geworden ist.

Gleichzeitig zeigen die in den Beratungen behandelten Themen, wie tief greifend die Demenz eine Krise der Paarbeziehung und daraus folgend eine Krise der Lebensentwürfe der Beteiligten hervorruft. Die Krisenphänomene, die sich in Abhängigkeit von Beziehungsgeschichte und Paardynamik, Symptomatik und Verlauf der Demenz, sozialer Unterstützung u.a. entfalten, erschüttern tragende Säulen der Paarbeziehung.

Sie

- führen zur Erosion von Gefährtenschaft und Intimität,
- bringen Loyalitäts- und Vertrauenskonflikte hervor,
- betreffen Fragen der Souveränität, Gleichberechtigung, Macht und Alltagsorganisation,
- sowie die Balance von Gerechtigkeit und Liebe.

Re-Interpretation dieser Ergebnisse aus einer geschlechtertheoretischen Perspektive

In einer weiter gehenden Deutung lassen sich die Phänomene der Paarkrise auch als eine Erschütterung des Geschlechterarrangements der Paare lesen.

Die individuelle Beziehungsgeschichte heute alter Paare hat sich in einem Zeitraum großer gesellschaftlicher Umbrüche im Verhältnis der Geschlechter vollzogen. Das, was vor einigen Jahrzehnten noch passgenau ineinander gegriffen hat – das alltagsweltliche Differenzwissen über den Unterschied der Geschlechter, das Alltagshandeln und die institutionellen Reproduktionsformen der Zweigeschlechtlichkeit (vgl. Konzept der institutionellen Reflexivität von Goffman 2001), hat die Selbstverständlichkeit des Zusammenhangs verloren. Paare müssen heute mit Ungleichzeitigkeiten und Gegenläufigkeiten umgehen, die sich bezogen auf die Geschlechterordnung zwischen einzelnen Segmenten gesellschaftlicher Wirklichkeit auftun (z.B. zwischen Institutionen der Bildung und Institutionen des Arbeitsmarktes, zwischen Kultur- und Strukturzusammenhang; vgl. Krüger 2002) und die auch als Brüche und Widersprüche innerhalb der Individuen selbst existieren (z.B. zwischen dem Denken über das Geschlechterverhältnis und dem alltäglichem Handeln; vgl. Wetterer 2003).

Wo Orientierungsmöglichkeiten an vorgegebenen, allgemeingültigen Normen schwinden, folglich Anforderungen an eine individuelle Gestaltung des Geschlechterarrangements in der Paarbeziehung steigen und zudem Brüche, Widersprüche, Ungleichzeitigkeiten und Gegenläufigkeiten die Bewältigung dieser Aufgabe erschweren, da ist anzunehmen, dass es erstens eine große Bandbreite unterschiedlicher individualisierter Lösungsmuster gibt, und zweitens die Arrangements, welche die einzelnen Paare treffen, nicht statisch sind, sondern in Abhängigkeit von den sie umgebenden Anforderungen stets in Bewegung bleiben. Es stellt sich dabei die Frage, ob sich diese diffizilen Gebilde entweder als besonders anpassungsfähig und robust oder im Gegenteil als krisenanfällig erweisen. Eine extreme Anforderung an das Paar, wie eine Demenzerkrankung sie darstellt, scheint jedenfalls das individuelle Geschlechterarrangement in eine Krise zu bringen. In dieser Lesart können die Phänomene der Paarkrise, die in den Themen der ausgewerteten Beratungen sichtbar geworden sind, aus einem geschlechtertheoretischen Blickwinkel re-interpretiert werden. Dies werde ich nun mit einigen Beispielen aus der Untersuchung illustrieren.

Der Schwund der Gefährtenschaft in der Ehe, die Erosion der Intimität, fehlende Reziprozität und Gefühle der Entfremdung werden an vielen Stellen der empirischen Literatur als hervorstechende Konsequenzen für von Demenz betroffene Partnerschaften hervorgehoben (vgl. Übersicht bei Franke 2005). Dies wird mit den Ergebnissen meiner Untersuchung bestätigt. „Das

Schlimmste ist, dass er nicht darüber redet", sagt Frau L. und Frau G. bemerkt: „Die Unterhaltung ist hin." Herr D. setzt sich in der Beratung über ein knappes Jahr hinweg, zeitweise in monatlichen Gesprächen, damit auseinander, dass seine demente Frau ihn nicht mehr als ihren Ehemann erkennt und ihn beispielsweise immer wieder aus dem gemeinsamen Schlafzimmer hinauswirft. Mit ihren Szenen und Geschichten schildern die Ratsuchenden vor allem das, was ihnen verloren geht. Und in dem, was hier verloren geht, zeigt sich, was die Beziehungen ausgemacht hat: die emotionale Nähe als Konstitutiv moderner Partnerschaften (vgl. Beck-Gernsheim 1990). Frau L. beispielsweise leidet vor allem darunter, ihren Mann nicht in gewohnter Weise unterstützen zu können. Sie registriert, wie er gereizt erscheint, dann wieder merkwürdig still, oft stundenlang mit dem Fahrrad unterwegs ist, so wie er es auch früher getan hat, wenn er angespannt war. Sie beobachtet ihn und versucht, sein Verhalten zu interpretieren, und zwar auf dem Hintergrund ihrer Lebenserfahrung und des Wissens, das sie über ihn hat. Alles deutet für sie darauf hin, dass er in eine tiefe psychische Krise geraten ist. Sie tut also genau das, was sie als „gute Ehefrau" tun möchte: sein Befinden wahrzunehmen und sich Gedanken über sein Wohlbefinden zu machen. Doch das Entscheidende einer guten Partnerschaft fehlt ihr. Sie kann ihn, der infolge der Demenz sprachlich und kognitiv nicht mehr zur Reflexion seiner Situation in der Lage ist, im Gespräch nicht mehr erreichen und sie sieht deshalb keine Möglichkeit, ihn emotional aufzufangen. Solange dieses für die Beziehung so wesentliche Moment fehlt, bleibt ihr das Gefühl, ihm nicht helfen zu können. Einen anderen Aspekt der Bedeutung von Nähe und Gefährtenschaft, welche die Paarbeziehung für die Stabilität der Partner besitzt, verdeutlicht Frau K. Sie vermisst den Mann, der ihr emotional antworten kann („Er bekommt so gar nicht mit, wie es mir geht. Ich erwarte keinen Dank, aber er scheint überhaupt nichts mehr zu empfinden.") Sie entbehrt aber auch den Mann, der ihr als Gesprächspartner für das Abwägen wichtiger Entscheidungen zur Seite steht, mit dem sie „die Zukunft besprechen kann, was noch auf uns zukommen wird, was vernünftig wäre zu tun, wovor wir Angst haben."

Viele der Rat suchenden Partner und Partnerinnen thematisieren Fragen der Souveränität des Kranken und ihre Geschichten zeigen, wie die Demenz sie in Loyalitätskonflikte und -dilemmata hineinführt. Frau L. beispielsweise, deren Ehebeziehung durch ein egalitäres Verständnis des Geschlechterverhältnisses gekennzeichnet war, hatte die Kreditkarte ihres dementen Mannes unbrauchbar gemacht, nachdem er aufgrund seiner Gedächtnisstörungen ständig Geld abgehoben und verloren hatte. Sie fühlt sich schuldig („eine ganz fiese Tour von mir"), weil sie ihn in seiner finanziellen Souveränität beschneidet, ohne dies mit ihm besprechen zu können. Doch gleichgültig, wie sie sich verhält – ob sie ihm den freien Zugang zum Konto belässt und dabei seinen (und ihren) finanziellen Ruin in Kauf nimmt oder ob sie ohne Absprache mit ihm, also „hinter seinem Rücken", den Zugang sperrt – sie muss den

Eindruck haben, ihm entweder direkt finanziell zu schaden oder ihrem gegenseitigen Vertrauensverhältnis Schaden zuzufügen. Wie sie sich auch entscheidet, im Rahmen ihres Verständnisses von Loyalität und Vertrauen in einer Partnerschaft muss sie ihr eigenes Verhalten ihm gegenüber als illoyal ansehen.

Die Machtverhältnisse in der Partnerschaft und Fragen der Aufgabenverteilung sind andere Bereiche, die viele Rat suchende EhepartnerInnen beschäftigen. Frau J., die in einer hierarchisch angelegten Ehe gelebt hatte („Ich hatte nicht viel zu sagen. Er bestimmte alles... Das war so unser Leben.“) hat äußerste Schwierigkeiten, sich bei ihrem dementen Ehemann Autorität zu verschaffen („Da hilft nur noch Schreien“). Sie behilft sich, indem sie nach dem ihr vertrauten Modell der Kindererziehung mit ihm umgeht. Dies allerdings provoziert erst recht seinen Protest. Frau K. musste sich in administrative Aufgaben einarbeiten, ein Bereich, den zuvor ihr Mann verantwortet hatte. Sie erledigt diese Aufgaben nun heimlich nachts, um ihn nicht zu kränken und um Auseinandersetzungen aus dem Wege zu gehen, und – das zeigt die Brisanz dieser Veränderungen – sie fühlt sich schuldig dabei („... als ob ich etwas Unerlaubtes tue, wie ein Einbrecher“).

Wie sehr Aufgabenverteilung und Machtverhältnisse miteinander in Verbindung stehen, illustriert das Beispiel des Ehepaares H., bei dem die Ehefrau fortgeschritten dement ist. Die beiden kommen gemeinsam zur Beratung. Obwohl ihm die Hausarbeiten, mit denen seine Frau inzwischen vollkommen überfordert ist, nicht leicht von der Hand gehen, traut er sich nicht, in diesem Bereich Hilfen zu organisieren. Er resigniert vor den Protesten seiner Frau, die an vielen Stellen in dem Beratungsgespräch empört und gekränkt reagiert, wenn ihre Hausfrauenrolle in Frage gestellt wird. Ein „hot spot“ scheint für sie zu sein, dass sie nicht mehr allein kochen kann. Das Kochen ist gewissermaßen der Prototyp ihrer Hausfrauenrolle, es repräsentiert ihre Fähigkeit, die Familie zu nähren und für sie zu sorgen. Die Arbeiten im Haushalt abzugeben, bedeutet weit mehr als die Entpflichtung von bestimmten Aufgaben. Die Hausarbeit ist einerseits über Jahrzehnte ein wesentlicher Grundpfeiler ihrer Identität gewesen. Andererseits hat diese Aufgabenverteilung im Sinne der Austausch-Theorie (vgl. Übersicht bei Nave-Herz 2004, S. 163) die Machtbalance des Paares reguliert. Trotz ihrer kognitiven Defizite scheint sie dies beides immer noch zu spüren und das Ringen des Paares um die Aufgabenverteilung verdeutlicht, wie brisant die Machtfrage hier ist.

Ausblick

In allen hier vorgestellten Beispielen aus den Fallanalysen bildet die Alltagsvorstellung davon, was eine gute Ehe ausmacht, und auch die Art und Weise,

wie das Geschlechterarrangement innerhalb der jeweiligen Paarbeziehung bisher gehandhabt worden ist, die Interpretationsfolie dafür, wie die Partner und Partnerinnen ihre Erfahrungen mit der Demenz des anderen zunächst einmal wahrnehmen und bewerten. Da aber gerade durch die Demenz die Säulen der Paarbeziehung erschüttert werden und auch das herkömmliche Geschlechterarrangement des Paares aus den Fugen gerät, führt diese Interpretationsfolie in Sackgassen und erzeugt Zwickmühlen, in denen die Betroffenen sich in Schuldgefühlen verfangen. Deshalb zeigen diese Beispiele ebenso wie die skizzierten Befunde aus der Forschungslage an, dass der Blick auf das Geschlechterarrangement eine viel versprechende Perspektive eröffnet, wenn es darum geht, zu verstehen, wie alte Paare Pflegebedürftigkeit bewältigen und welche Formen der Unterstützung ihnen dabei ggf. behilflich sein können. Weiterführend wäre in diesem Zusammenhang eine Forschung, die Vorstellungen alter Paare über die Arbeitsteilung der Geschlechter und über Geschlechtsidentitäten in ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung untersucht.

Literatur

Beck-Gernsheim, Elisabeth: Das halbierte Leben. Männerwelt Beruf – Frauenwelt Familie. Frankfurt a. M. 1980

Beck-Gernsheim, Elisabeth: Von der Liebe zur Beziehung. Veränderungen im Verhältnis von Mann und Frau in der individualisierten Gesellschaft, in: Ulrich Beck/Elisabeth Beck-Gernsheim, (Hg.) Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt a.M. 1990, S. 65-104

Beeson, Rose et. al.: Loneliness and depression in caregivers of persons with Alzheimer's disease or related disorders. in: Issues in Mental Health Nursing, Vol. 21, 2000, pp. 779-806

Beeson, Rosa A.: Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. in: Archives of Psychiatric Nursing, Vol.17, No. 3/2003, pp. 135-143

Bookwala, Jamila/Schulz, Richard: A comparison of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives: The caregiver health effects study, in: Psychology and Aging, Vol.15, No. 4/2000, pp. 607-616

Chodorow, Nancy: Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter, München 1994

Connell, Robert W.: Masculinities, Berkely 1995

Faust-Jacoby, Stefanie/Kling, Anette: Zur Situation pflegender Ehepartner. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft 10/1991, S. 340-345

Franke, Luitgard: Demenz in der Ehe. Über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung in der Beratung für Ehepartner Demenzkranker. Dissertation, Universität Bielefeld 2005

Gilligan, Carol: Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau, München 1999

Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L.: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung, Bern 1998

Goffman, Erving: Das Arrangement der Geschlechter, in: Erving Goffman: Interaktion und Geschlecht. Frankfurt u.a. 2001

Hooker, Karen et. al.: Mental and physical health of spouse caregivers. the role of personality, in: Psychology and Aging, Vol. 7, No. 3/1992, pp. 367-375

Hooker, Karen et. al.: Does type of disease matter? Gender differences among Alzheimer's and Parkinson's disease spouse caregivers, in: The Gerontologist, Vol. 40, No. 5/2000, pp. 568-573

Krüger, Helga: Gesellschaftsanalyse: der Institutionenansatz in der Geschlechterforschung, in: Gudrun-Axeli Knapp/Angelika Wetterer (Hg.): Soziale Verortung der Geschlechter. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik, Münster 2002, S. 63-90

Lutzky, Steven M./Knight, Bob G.: Explaining gender differences in caregiver distress. The roles of emotional attentiveness and coping styles, in: Psychology and Aging, Vol. 9, 1994, pp. 513-519

Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996

Miller, Baila: Gender and control among spouses of the cognitively impaired. A research note, in: The Gerontologist, Vol. 27, No. 4/1987, pp. 447-453

Miller, Baila/Cafasso, Lynda: Gender differences in caregiving: Fact or artefact? in: The Gerontologist, Vol. 32, No. 4/1992, pp. 498-507

Miller, Baila/Kaufman, Julie E.: Beyond gender stereotypen: spouse caregivers of persons with dementia, in: Journal of Aging Studies, Vol. 10, No. 3/1996, pp. 189-204

Montgomery, Rhonda J.V./Kosloski, Karl: A longitudinal analysis of nursing home placement for dependant elders cared for by spouses vs adult children. in: Journal of Gerontology, Social Sciences, Vol. 49, No. 2/1994, pp. 62-74

Nave-Herz, Rosemarie: Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. Weinheim u.a. 2004

O'Connor, Deborah L.: Living with a memory-impaired spouse: (Re)cognizing the experience, in: Canadian Journal on Aging, Vol. 18, No. 2/1999, pp. 211-235

Perry, JoAnn: Wives giving care to husbands with Alzheimer's disease: A process of interpretative caring, in: Research in Nursing & Health, Vol. 25, 2002, pp. 307-316

Ray, Mo: Older Women, long-term marriage and care, in: Bernard, Miriam et al. (Eds.): Women Ageing. Changing identities, challenging myths, London u.a. 2000, pp. 148-167

Russel, Richard: In sickness and in health. A qualitative study of elderly men who care for wives with dementia, in: Journal of Aging Studies, Vol.15, 2001, pp. 351-367

Schneekloth, Ulrich et. al.: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung." Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 111.2, Stuttgart u.a. 1996

Strauss, Anselm F.: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, München 1998

Strauss, Anselm F./Corbin, Juliet M.: Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim 1996

Thompson, Edward H.: The gendered caregiving of husbands and sons and the social construction of men caregivers as deviants (unpublished). Presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Toronto 1997

Thompson, Edward H. jr.: What's unique about men's caregiving? in: Betty J. Kramer; Edward H. Thompson jr. (Eds): Men as caregivers. Theory, research, and service implications, New York 2002, pp. 20-47

Ungerson, Clare: Policy is personal – sex, gender and informal care. London 1987

Walker, A.: Conceptual perspectives on gender and family caregiving, in: Jeffrey W. Dwyer/Raymond T. Coward (Eds.): Gender, families and elder care. Thousand Oaks u.a. 1992

Wetterer, Angelika: Rhetorische Modernisierung. Das Verschwinden der Ungleichheit aus dem zeitgenössischen Differenzwissen, in: Gudrun-Axeli Knapp/Angelika Wetterer, (Hg.) Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik II, Münster 2003, S. 286-320

Zintl-Wiegand, Almut: Die intensive Zweierbeziehung zwischen gebrechlichem und pflegendem Ehepartner, in: Gereon Heuft, et. al. (Hg.): Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik, Braunschweig 1995, S. 282-292