

Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“

In: Klaus R. Schroeter / Thomas Rosenthal (Hg.): Soziologie der Pflege, Weinheim/München 2005 (Juventa), S. 141-156

Zusammenfassung

Auch unter den Bedingungen der Pflegeversicherung beruht die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in ganz erheblichem Maße auf der Bereitschaft von Angehörigen, entsprechende Verpflichtungen zu übernehmen. Unsere Untersuchungen haben gezeigt, dass diese Bereitschaft, die eine Art „Nahraumsolidarität“ konstituiert, in verschiedenen sozialen Milieus sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Sie ist am größten bei den „Verlierern von Modernisierungsprozessen“ – im traditionellen Unterschichtmilieu, d.h. bei geringen strukturellen Ressourcen (geringes Einkommen, niedriger Berufsstatus und Bildungsabschluss) und einem eher vormodernen Lebensentwurf – und am geringsten bei den „Gewinnern“, d.h. im bürgerlich-liberalen Milieu, also in Gruppen mit viel strukturellen Ressourcen (hohem Einkommen, Berufsstatus und Bildungsabschluss) und einem „modernen Lebensentwurf“. Demgegenüber ist „Fernraumsolidarität“, die sich in der Bereitschaft zum gemeinwesenorientiertem bürgerschaftlichen Engagement äußert, genau umgekehrt verteilt: Sie ist am geringsten im traditionellen Unterschichtmilieu ausgeprägt und am stärksten im liberal-bürgerlichen Milieu. Die Gründe für diese Verteilung verschiedener Solidaritätsformen sind unterschiedliche Präferenzen und Unterschiede in der Einschätzung und Bedeutung verschiedener Kosten und Belohnungen, die mit Nahraum- und Fernraumsolidarität von den Akteuren in Verbindung gebracht werden. Um die künftigen Versorgungschancen von pflegebedürftigen Menschen einzuschätzen, ist es wichtig, außer dem demographischen Wandel auch diese Milieuverteilung in der Bereitschaft zur Übernahme sozialer Verpflichtungen zu berücksichtigen, da sich auch die Sozialstruktur verändert und zwar so, dass der Anteil der Milieus mit hoher Pflegebereitschaft in der Vergangenheit deutlich geringer geworden ist und vermutlich weiter abnehmen wird.

1. Einleitung

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen beruht zurzeit noch ganz wesentlich darauf, dass nahe Angehörige – vor allem Ehe-/Lebenspartner und Kinder – bereit sind, entsprechende Verpflichtungen zu übernehmen. Der Anteil der zu Hause Versorgten liegt bei 70 % und von den helfenden Familienangehörigen nehmen auch nur rund zwei Drittel professionelle Hilfen in Anspruch. Die häusliche Versorgung wird auch immer noch als Idealform der Versorgung betrachtet. Sie ermöglicht es dem Pflegebedürftigen, im gewohnten Umfeld zu verbleiben und den Kontakt mit nahen Angehörigen aufrechtzuerhalten. Demgegenüber wird die Versorgung durch ein Pflegeheim eher negativ beurteilt und gilt als Ersatzlösung, wenn eine häusliche Versorgung durch informelle Unterstützungsnetzwerke nicht möglich ist. Diese hohe Wertschätzung der häuslichen Versorgung findet ihren Ausdruck auch in dem die Sozialgesetzgebung noch immer

prägenden Grundsatz „ambulant vor stationär“, der auch in der Pflegeversicherung normativ vorausgesetzt wird. Es ist hier nicht der Ort, dieses Selbstverständnis zu problematisieren. Es sei nur darauf hingewiesen, dass die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen keineswegs und immer für die Beteiligten mit positiven Erfahrungen verbunden ist. Erinnert sei nur daran, dass aus Überforderung – vor allem bei schwerer Pflegebedürftigkeit – auch kritische Situationen entstehen können, die für die Pflegebedürftigen in einer unzureichenden Versorgung resultieren und bei Pflegenden erhebliche Belastungen und Einschränkungen entstehen lassen.

Unter den derzeitigen Bedingungen ist die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger noch weitgehend gesichert. Ob das auch künftig so sein wird, ist jedoch in hohem Maße fraglich. Der demographische und soziale Wandel wird die Bedingungen für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen grundlegend verändern. Sicher ist, dass allein aufgrund von demographischen Entwicklungen mit einer deutlichen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen ist – bis 2050 voraussichtlich von derzeit rund 1,8 Millionen auf nahezu 4 Millionen. Diese Veränderungen sind nahezu sicher, denn sie ergeben sich aus dem demographischen Wandel, insbesondere aus der Veränderung der Alterszusammensetzung unserer Bevölkerung. Nicht nur der Anteil, sondern auch die Anzahl der Menschen, die aufgrund ihres Alters einem erhöhten Risiko der Pflegebedürftigkeit ausgesetzt sind, wird erheblich zunehmen. Gegenüber diesem dramatischen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen ist jedoch mit einer starken Abnahme des „informellen Pflegepotentials“ zu rechnen, also mit der Anzahl der in sozialen Unterstützungsnetzwerken vorhandenen nichtberuflichen Helfer, in erster Linie der Ehegatten bzw. Lebenspartner und der Kinder von Pflegebedürftigen. Wenn man von dem Jahr 2001 als Basisjahr ausgeht, würde sich das erwartbare informelle Pflegepotential aufgrund von ziemlich sicheren demographischen Veränderungen und sehr wahrscheinlichen sozialen Entwicklungen – steigender Anteil alleinlebender älterer Menschen, sinkende Zahl von Menschen in der Altersgruppe 30 bis 60 und steigende Erwerbsquoten – bis 2050 um rund 40 % verringern. Ein Vergleich mit der erwartbaren Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen macht deutlich, wie sich die Schere öffnet. Einer Zunahme der Pflegebedürftigen um rund 100 % steht eine Abnahme des informellen Pflegepotentials um rund 40 % gegenüber (vgl. Blinkert, Klie 2001). Angesichts dieser erwartbaren Entwicklungen können wir nicht mehr damit rechnen, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen in der gleichen Weise wie bisher überwiegend durch die von Angehörigen geleistete häusliche Pflege erfolgen kann.

Wie groß im Falle von Pflegebedürftigkeit die Wahrscheinlichkeit einer häuslichen Versorgung ist, hängt aber nicht nur von den hier erwähnten allgemeineren sozialen und demographischen Veränderungen ab, sondern auch von Faktoren, die bereits jetzt eine Rolle spielen und die sich im weiteren Verlauf des sozialen Wandels wahrscheinlich ebenfalls verändern werden. Diese Faktoren haben etwas mit sozialer Ungleichheit zu tun und werden sichtbar, wenn wir nach der Verteilung von Pflegebereitschaften in sozialen Milieus fragen und nach den Gründen für die beobachtbare Verteilung. Das wird in diesem Beitrag im Vordergrund stehen.

2. Pflegebereitschaften und soziale Milieus

In verschiedenen Untersuchungen konnten wir zeigen, dass sich soziale Milieus sehr deutlich im Hinblick auf die in ihnen dominanten pflegekulturellen Orientierungen unterscheiden. Diese Untersuchungen wurden bei 40- bis 60-Jährigen in der Kleinstadt Munderkingen (Blinkert, Klie 2000) und in der Großstadt Kassel¹ durchgeführt. Als „pflegekulturelle Orientierungen“ wurden in diesen Untersuchungen alle Einstellungen bzw. Dispositionen verstanden, die sich auf das eigene Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen beziehen: Soll die Pflege zuhause durch eigene Leistungen erfolgen? Sollen professionelle Helfer bzw. Organisationen daran beteiligt werden? Soll die Versorgung durch ein Pflegeheim übernommen werden? „Pflegekulturelle Orientierungen“ beziehen sich aber auch auf die „Hintergründe“ für vorhandene oder fehlende Pflegebereitschaften: Wie wird die Präferenz für eine bestimmte Art der Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen begründet? Spielen dabei moralische Erwägungen eine Rolle? Werden Kostengesichtspunkte bei einer Entscheidung berücksichtigt? Was für Kosten sind das?

Wenn wir Pflegebereitschaften im engeren Sinne betrachten, ist vor allem die Frage wichtig, wo und wie ein nahestehender Angehöriger versorgt werden soll, wenn er pflegebedürftig wird. Besteht eher eine Präferenz für eine häusliche und selber geleistete Pflege, oder soll die Versorgung in einem Heim erfolgen?

Tabelle 1: Pflegebereitschaften bei 40- bis 60-Jährigen – Wie soll ein nahestehender Angehöriger im Falle von Pflegebedürftigkeit versorgt werden?

	Munderkingen	Kassel
<i>unbedingt selber pflegen:</i> deutliche Bereitschaft zur häuslichen Pflege und Ablehnung der Versorgung durch ein Pflegeheim	14%	4%
<i>eher selber pflegen:</i> eher Präferenz für die häusliche Pflege, aber eine Heimversorgung wird nicht völlig ausgeschlossen	18%	14%
<i>unentschlossen, ratlos:</i> häusliche Pflege und Heimpflege werden eventuell beide in Betracht gezogen bzw. man weiß nicht, wofür man sich entscheiden soll	30%	31%
<i>eher Heimpflege:</i> eher eine Präferenz für die Versorgung durch ein Pflegeheim, aber die häusliche Pflege wird nicht völlig abgelehnt	23%	30%
<i>unbedingt Heimpflege:</i> deutliche Präferenz für die Versorgung durch ein Pflegeheim und Ablehnung der häuslichen Pflege	14%	22%
	100%	100%
insgesamt	385	471

¹ Ein ausführlicher Bericht über die in Kassel durchgeführte Untersuchung erscheint Anfang 2004 im Vincentz-Verlag.

Nimmt man „unbedingt selber pflegen“ und „eher selber pflegen“ zusammen, würden sich in der Großstadt Kassel 18 % für eine von ihnen selber geleistete häusliche Pflege entscheiden und in der Kleinstadt Munderkingen 32 %. Für eine Heimpflege („unbedingt Heimpflege“ und „eher Heimpflege“) würden sich in Kassel 52 % entscheiden und in Munderkingen 37 %. Diese Quoten zeigen einen deutlichen „Urbanisierungseffekt“: In der Großstadt Kassel sind die 40- bis 60-Jährigen weniger zum Selberpflegen bereit als in der Kleinstadt Munderkingen und unter großstädtischen Bedingungen besteht eine deutlich größere Präferenz für die Versorgung durch ein Pflegeheim.²

3. Soziale Milieus

Unsere Untersuchungen haben gezeigt, dass sich diese Pflegebereitschaften in verschiedenen sozialen Milieus deutlich unterscheiden. Dabei wurden soziale Milieus durch zwei Achsen definiert: einerseits durch eine „strukturelle Achse“ (positionale Ungleichheit) und andererseits durch eine „symbolische Achse“ (Lebensentwurf, Lebensstil). Diese Einteilung geht davon aus, dass sich gesellschaftliche Strukturen der Ungleichheit nicht mehr zufriedenstellend durch Merkmale der sozialen Schichtung wie z.B. Einkommen, Beruf oder Ausbildung beschreiben lassen. Zusätzlich zu diesen „klassischen“ Strukturierungsprinzipien haben andere Gesichtspunkte an Bedeutung gewonnen und um dem Rechnung zu tragen, wurden Begriffe wie „soziale Milieus“ oder „Lebensstilgruppen“ vorgeschlagen. (vgl. Hradil 1987; Herkommer 1997; Vester et al. 1993) Für Milieuklassifikationen werden neben Merkmalen, die sich zur Beschreibung strukturell-positionaler Ungleichheiten eignen (Einkommen, Beruf, Bildung) auch Aspekte berücksichtigt, die sich auf den Lebensentwurf bzw. auf den Lebensstil beziehen. Das in unseren Untersuchungen berücksichtigte Milieukonzept geht von dieser Grundidee aus. Die Klassifizierung nach sozialen Milieus erfolgt durch eine Kombination von Positionen im System der sozialen Ungleichheit (die „strukturellen Ressourcen“) mit bestimmten Lebensentwürfen (die „symbolischen Ressourcen“). Dabei wurden in der Untersuchung solche Merkmale berücksichtigt, die einerseits gültige Einstufungen ermöglichen und andererseits auch in genau der gleichen Weise wiederholt – von 1982 bis 2000 – in den repräsentativen ALLBUS-Studien erhoben wurden.³ Die Berücksichtigung der bei ALLBUS verwendeten Indikatoren hat den Vorteil, dass

² Zu erwähnen ist, dass nahezu alle, die selberpflegen in Erwägung ziehen, auch berufliche Hilfen in Anspruch nehmen würden, wenn das nötig und möglich ist.

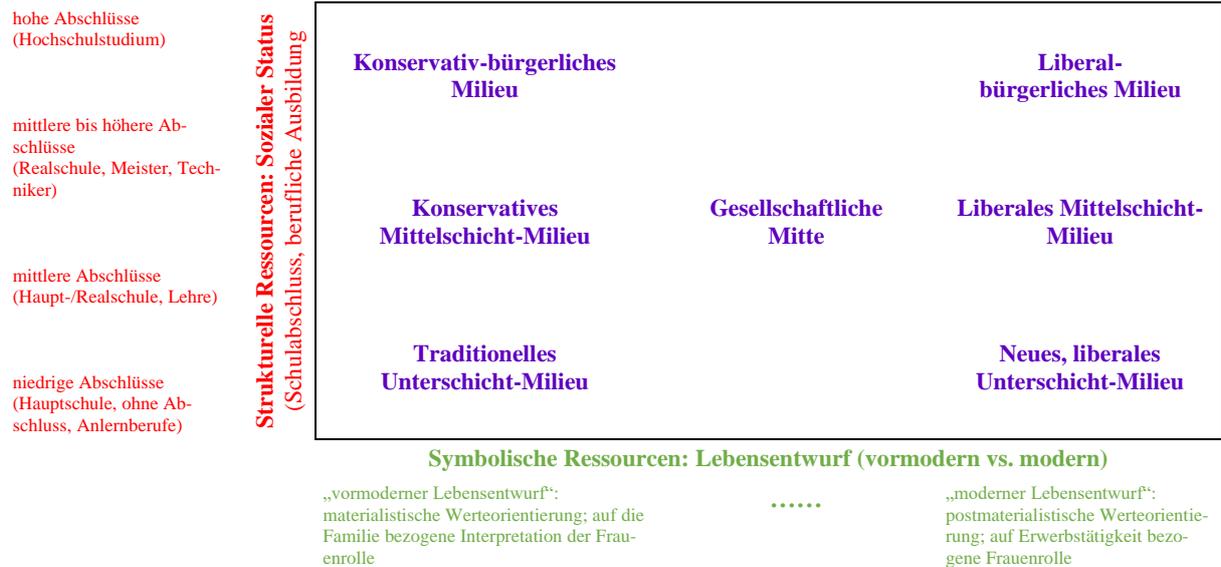
³ Die Indikatoren wurden auf der Grundlage der ALLBUS-Daten für 1996 über Faktorenanalysen zu zwei Skalen zusammengefasst und mit den „ALLBUS-Gewichten“ zur Klassifikation der Befragten in der Munderkingen- und Kassel-Stichprobe verwendet. Zur Messung der positionalen Ungleichheit wurde die Berufsausbildung und der Schulabschluss berücksichtigt. Der Lebensentwurf wurde danach eingestuft, ob eher eine Tendenz zu einem „vor-modernen“ oder zu einem „modernen“ Lebensentwurf besteht. Berücksichtigt wurden die folgenden Merkmale aus den ALLBUS-Studien: die Werteorientierung nach der von Inglehart vorgeschlagenen Einstufung in „postmaterialistische“ und „materialistische“ Präferenzen und die durch eine Gruppe von statements ermittelten Vorstellungen über die Rolle von Frauen. Für die beiden Skalen wurde jeweils ein Mittelwert von 100 und eine Standardabweichung von 50 festgelegt. Für die Milieuklassifikation wurden die Skalen unter Berücksichtigung der Standardabweichung zu drei Kategorien komprimiert: niedrig (bis 75), mittel (75 bis 125) und hoch (größere Werte als 125).

durch einen Vergleich der ALLBUS-Erhebungen zu verschiedenen Zeitpunkten deutlich wird, wie sich die Verteilung sozialer Milieus im Zeitverlauf verändert hat.

Die Milieuklassifikationen ergeben sich also über zwei Dimensionen. Die eine beschreibt die Verfügbarkeit über sozialstrukturell verankerte Ressourcen in Form von Titeln und Abschlüssen. Die andere Dimension beschreibt die Verfügbarkeit über symbolische Ressourcen: den Besitz von Überzeugungen, die von zentraler und anerkannter Bedeutung für einen Lebensentwurf sind, der modernen gesellschaftlichen Bedingungen optimal angepasst ist. Berücksichtigt wurde dazu der Inglehart-Index und statements zur Interpretation der Frauenrolle. Das eine Extrem auf dieser Dimension bringt eine starke Präferenz für „materialistische Werte“ (Ordnung, Sicherheit, Preisstabilität) und eine auf den Bereich der Familie konzentrierte Definition der Frauenrolle zum Ausdruck und das andere Extrem eine Präferenz für „postmaterialistische Werte“ (Partizipation, Selbstverwirklichung) und eine Definition der Frauenrolle, die weniger an der Familie als an einer beruflichen Tätigkeit ausgerichtet ist⁴ (vgl. Abbildung 1). Bei grober Betrachtung und wenn nur die Extrembereiche berücksichtigt werden, lassen sich auf diese Weise „Verlierer-Milieus“ und „Gewinner-Milieus“ abgrenzen. Zu den „Verlierer-Milieus“ zählen solche Gruppen, die einerseits über wenig strukturelle Ressourcen verfügen und andererseits einen eher „vormodernen Lebensentwurf“ haben. Für die „Gewinner-Milieus“ sind dagegen relativ hohe strukturelle Ressourcen charakteristisch und ein mit den Bedingungen spätmoderner Gesellschaften hoch kongruenter Lebensentwurf.

⁴ Hier ist nicht der Ort, um ausführlich auf Probleme des Milieukonzeptes einzugehen – nur einige Anmerkungen dazu: 1. Oft wird eine „weitgehende“ Entkoppelung von strukturellen und symbolischen Ressourcen angenommen. Das ist sicher nicht zutreffend. In unseren Untersuchungen korrelieren die beiden Dimensionen mit $r=0.34$. Die Annahme einer *völligen* Entkoppelung von strukturell beschreibbarer Ungleichheit und Orientierungen ist also zurückzuweisen. Andererseits aber ist diese Korrelation weit davon entfernt, perfekt zu sein. 2. Es wird oft unterstellt, dass die als „symbolische Ressourcen“ (Lebensentwurf, Lebensstil) berücksichtigten Klassifizierungsmerkmale keine Bedeutung unter Ungleichheitsgesichtspunkten besitzen. Auch diese Annahmen ist fraglich. Das zeigen u.a. die Untersuchungen von Pierre Bourdieu, die deutlich machen, dass auch das „symbolische Kapital“ (u.a. ästhetische Präferenzen) stratifiziert ist und stratifizierend wirkt: Es gibt einen „legitimen Geschmack“, der durch Strukturen „produziert“ wird, den Habitus prägt und über die Praktiken der Individuen zur Reproduktion von Strukturen beiträgt. (vgl. Bourdieu 1989) Auch das symbolische Kapital – die „symbolischen Ressourcen“ – ist stratifiziert und wirkt stratifizierend. Für hohe (also in Diskursen weitgehend anerkannte und nicht besonders begründungsbedürftige) Positionen ist die Ablehnung „materialistischer Werte“ (Ordnung, Sicherheit, Disziplin, Konsum ...) charakteristisch und die Zustimmung zu „postmaterialistischen Werten“ (Selbstverwirklichung, Partizipation, Emanzipation, Umweltschutz...); ebenso aber auch die Ablehnung eines konservativen, auf die Familie zentrierten Frauenbildes und die Befürwortung einer über Erwerbstätigkeit und beruflichen Erfolg definierten Frauenrolle. Der Tendenz nach lässt sich ein in diesem Sinne „vormoderner Lebensentwurf“, also eine „geringe Teilhabe am legitimen Diskurs“ sehr viel häufiger bei wenig strukturellen Ressourcen beobachten und vice versa: ein „moderner Lebensentwurf“ korrespondiert deutlich mit einer hohen Position auf der Dimension strukturelle Ressourcen.

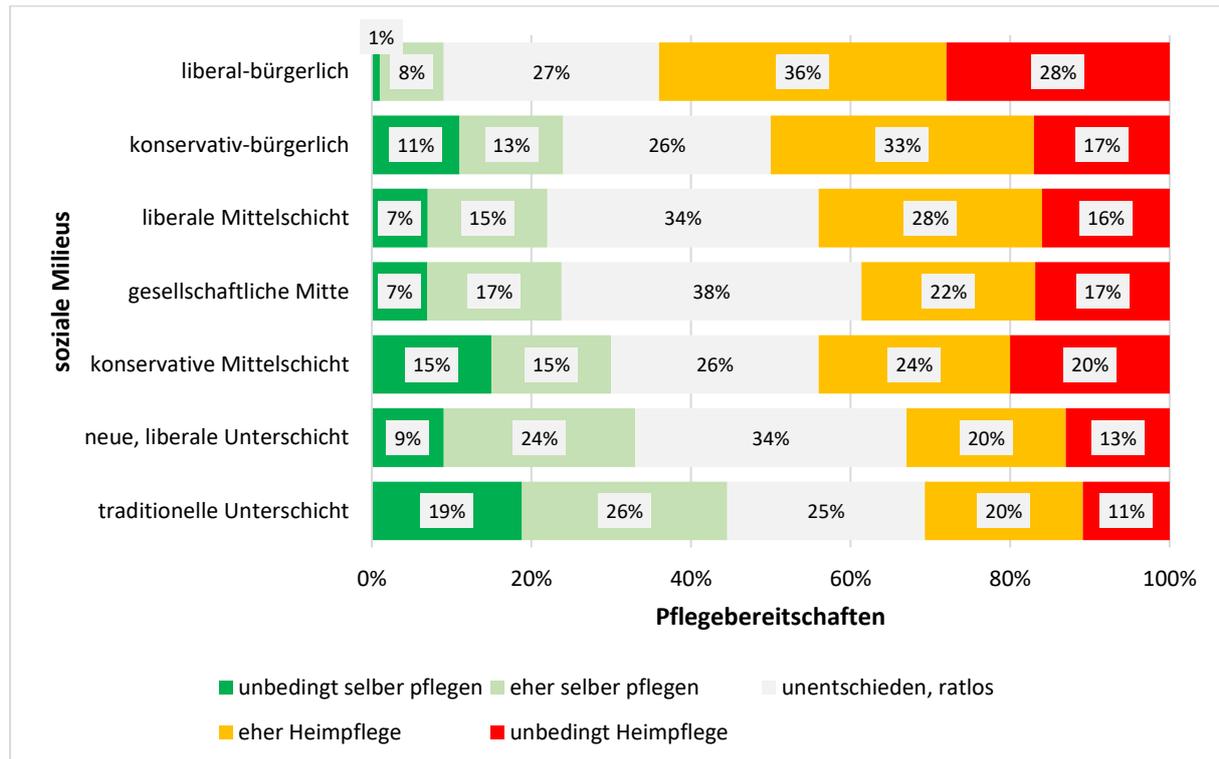
Abbildung 1: Soziale Milieus



4. Pflegebereitschaften und soziale Milieus

Unsere Untersuchungen zeigen, dass sich Pflegebereitschaften in einer nicht zufälligen Weise auf soziale Milieus verteilen und zwar unabhängig und zusätzlich zu Urbanisierungseffekten: sowohl in der Kleinstadt Munderkingen, wie auch in der Großstadt Kassel konnte der gleiche Trend beobachtet werden. Die geringste Bereitschaft zum Selberpflegen lässt sich im „liberalen bürgerlichen Milieu“ beobachten: also bei der Kombination eines relativ hohen sozialen Status mit einem modernen Lebensentwurf. Nur noch neun Prozent in Kassel und Munderkingen würden bei dieser Konstellation einen pflegebedürftigen Angehörigen selber versorgen wollen. Die größte Bereitschaft zum Selberpflegen besteht dagegen im „traditionellen Unterschicht-Milieu“: 45 Prozent in den beiden Stichproben würden dieser Versorgungsform den Vorzug geben.

Abbildung 2: Pflegebereitschaften und soziale Milieus (Munderkingen und Kassel)



Für die Heimpflege lässt sich in den Unterschicht-Milieus dagegen nur eine relativ geringe Akzeptanz beobachten. Das größte Interesse an einer Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen durch ein Pflegeheim ist eindeutig in den bürgerlichen Milieus beobachtbar, also bei Befragten mit relativ hohen beruflichen und allgemeinen Bildungsabschlüssen. Ist der hohe Status mit einem modernen Lebensentwurf kombiniert, würden sich in Kassel und Munderkingen 64 Prozent für eine Heimunterbringung entscheiden. Die übrigen Milieus liegen mit den Anteilen für Selberpflegen und Heimpflege dazwischen.

Diese Anteile für verschiedene Präferenzen im Hinblick auf die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger lassen deutliche Regelmäßigkeiten erkennen: mit steigender Verfügbarkeit über „strukturelle Ressourcen“ verringert sich der Anteil derjenigen, die zum Selberpflegen bereit sind und das Interesse an der Versorgung eines Angehörigen durch ein Pflegeheim nimmt deutlich zu. Und ein zusätzlicher Effekt geht von der Verfügbarkeit über „symbolische Ressourcen“ aus, d.h. davon, in welchem Umfang wesentliche Aspekte des „legitimen Modernitätsdiskurses“ inkorporiert wurden. In dem Maße, in dem Befragte zu einem modernen Lebensentwurf tendieren, sind sie auch weniger zum Selberpflegen bereit und stärker daran interessiert, einen pflegebedürftigen Angehörigen durch ein Heim versorgen zu lassen.

Die Bereitschaft zur Pflege von Angehörigen lässt sich also am ehesten in Gruppen beobachten, die man zu den „Verlierern von Modernisierungsprozessen“ rechnen kann – in Gruppen mit wenig strukturellen Ressourcen und bei denen, die in ihrem Lebensentwurf an den Modernisierungsprozess weniger gut angepasst sind. Der Gegenpol dazu sind die gut Angepassten, also Leute mit höheren Bildungsabschlüssen und einem auf moderne Bedingungen zugeschnittenen

Lebensstil. Die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen durch Eigentätigkeit ist für die meisten von ihnen kein Thema. Man vertraut sehr viel mehr auf die beruflich geleisteten Hilfen in Heimen.

5. Gründe für die soziale Verteilung von Pflegeverpflichtungen: Kosten

Die Frage ist nun, warum in den „Verlierermilieus“ die Bereitschaft zum Selberpflegen so viel stärker ausgeprägt ist als bei den „Gewinnern“? Von welchen Gründen oder Motiven muss man ausgehen, um diesen Zusammenhang auch in Kategorien von sinnhaften Orientierungen zu verstehen. Die Antworten auf diese Fragen mögen vielleicht ein bisschen spekulativ sein, aber sie beruhen auf Indizien:

- (1) Eine genauere Betrachtung der Beziehung zwischen den Milieus und den pflegekulturellen Orientierungen zeigt, dass die Positionen auf der Achse der symbolischen Ressourcen zwar einen gewissen Beitrag zur Erklärung unterschiedlicher Orientierungen leisten, dass der Haupteffekt aber ganz eindeutig auf den Besitz an strukturellen Ressourcen zurückzuführen ist.⁵ Bei der Suche nach Motiven können wir uns also zunächst auf Gründe konzentrieren, die etwas mit positionaler Ungleichheit zu tun haben.
- (2) In den in Kassel und Munderkingen durchgeführten Interviews wurde auch eine „Dilemma-Frage“ vorgelegt, mit der Bitte, ausführlich zu begründen, warum die vorgegebene Dilemma-Entscheidung abgelehnt oder befürwortet wurde. Da sich der Typ der Dilemma-Frage in Untersuchungen über moralisches Bewusstsein methodisch bewährt hat, sollten damit verschiedene Typen des moralischen Abwägens in Bezug auf Pflegeverpflichtungen ermittelt werden. Als Dilemma wurde die folgende Situation vorgegeben:

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

„Halten Sie die Entscheidung der Tochter für eher falsch oder eher richtig? Wo würden Sie auf dieser Skala Ihre Einschätzung machen?“

*Verhalten der Tochter
ist eher falsch*

*Verhalten der Tochter
ist eher richtig*

-3 -2 -1 +1 +2 +3

„Wie würden Sie Ihre Einschätzung begründen? Welche Gesichtspunkte waren dabei für Sie wichtig?“

⁵ Das zeigt das Ergebnis einer multivariaten Regression: Berücksichtigt man zur Schätzung der Pflegebereitschaft (Präferenz für Heimpflege) die Prädiktoren strukturelle und symbolische Ressourcen und die Region (Munderkingen=0, Kassel=1), erweisen sich alle drei als signifikant mit den folgenden beta-Koeffizienten: strukturelle Ressourcen=0.22, symbolische Ressourcen=0.12, Region=0.11 mit R=0.33.

Die Bewertung der vorgegebenen Dilemma-Entscheidung auf der Skala von -3 bis +3 bestätigt weitgehend das bereits berichtete Ergebnis: eine große Mehrheit der 40- bis 60-Jährigen würde unter den gegebenen Umständen (der Dilemma-Situation) die Entscheidung der Tochter zur Versorgung durch ein Pflegeheim akzeptieren und diese Akzeptanz ist am größten im liberal-bürgerlichen Milieu und am geringsten im traditionellen Unterschicht-Milieu.

Uns interessierten bei dieser Dilemma-Frage besonders die Begründungen: Welche Erwägungen spielen bei der Bewertung der im Dilemma vorgegebenen Entscheidung eine Rolle? Erwartbar wären Begründungen, in denen moralische Erwägungen im Vordergrund stehen, die sich z.B. im Sinne der Kohlberg-Typen als „präkonventionell“, „konventionell“ oder „postkonventionell“ klassifizieren lassen (vgl. Kohlberg 1984). Es zeigte sich jedoch, dass moralische Argumente in den Kommentaren zur Dilemma-Entscheidung nur eine untergeordnete Rolle spielen. Nur eine Minderheit der 40- bis 60-Jährigen hat die Stellungnahme zu der fiktiven Entscheidung durch moralische Argumente begründet, die sich ungefähr zwei gleich starken Gruppen zuordnen lassen: einer Art „konventioneller Moral“ („das gehört sich so“, „das war immer so“, „es gehört sich einfach“) und einer vielleicht eher „postkonventionellen Begründung“ durch die Erwähnung von Reziprozitätsverpflichtungen („als Kind wurde ich auch versorgt, deshalb ist es nicht richtig...“). Die überwiegende Mehrheit – 60 Prozent in Munderkingen und 74 Prozent in Kassel – haben ihre Entscheidung in der Dilemma-Situation aber durch Kostenerwägungen begründet, die mit den Alternativen Selberpflegen und Heimpflege in Verbindung gebracht wurden.

Die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger wird in der Generation der 40- bis 60-Jährigen also weniger unter moralischen Gesichtspunkten gesehen, sondern eher als eine Verpflichtung mit Konsequenzen für die individuelle Kosten-Nutzen-Bilanz. In dieser Richtung ist es dann auch sinnvoll, nach Motiven zu suchen, die hinter dem beobachteten Zusammenhang von Milieus und Pflegebereitschaften stehen könnten. Dabei ist sicher die Frage besonders wichtig, was für Kosten in den verschiedenen Milieus welche Rolle spielen.

Kosten lassen sich unterscheiden in *direkte ökonomische Kosten* und in *Opportunitätskosten*. Direkte Kosten sind die Ausgaben, die im Zusammenhang mit der Übernahme von Pflegeverpflichtungen entstehen: z.B. die Bezahlung von beruflichen Helfern oder die Heimkosten. Opportunitätskosten sind entgangene Chancen: das, worauf man verzichten muss, wenn man sich zu einer bestimmten Tätigkeit entschieden hat – z.B. zum Selberpflegen. Diese Kosten sind in den Milieus sehr unterschiedlich und es sind vermutlich genau diese Unterschiede, die zu den Unterschieden in den Pflegebereitschaften führen. Mit steigenden strukturellen Ressourcen verringert sich die Bedeutung der mit einer Heimunterbringung verbundenen ökonomischen Kosten und es steigen die mit Selberpflegen verbundenen Opportunitätskosten. Mit sinkenden strukturellen Ressourcen steigt dagegen die relative Bedeutung der mit einer Heimpflege verbundenen wirtschaftlichen Kosten und es sinken die mit Selberpflegen verbundenen Opportunitätskosten. In den unteren Milieus gilt die Heimpflege im Verhältnis zur Einkommenssituation als teuer und von vielen wird sie – trotz Pflegeversicherung – als nicht bezahlbar eingeschätzt. Selberpflegen ist dagegen *relativ* preisgünstig, vor allem, wenn die pflegende Tätigkeit über die Wahl

von Geldleistungen (in bescheidenem Umfang) honoriert wird und sich so das Haushaltsbudget aufbessern lässt. Die mit Selberpflegen verbundenen Opportunitätskosten sind dagegen relativ niedrig. Aufgrund des niedrigen Schulabschlusses und der wenig aussichtsreichen beruflichen Situation – besonders bei Frauen, die ja ganz überwiegend die Versorgung von Pflegebedürftigen übernehmen – spielt die Frage nach entgangenen Chancen allenfalls eine sehr geringe Rolle. Das heißt natürlich nicht, dass Selberpflegen nicht auch in unteren Milieus mit Entbehren und Einschränkungen verbunden ist. Diese werden aber nicht zusätzlich noch überlagert durch Opportunitätskosten, also durch den Verzicht auf aussichtsreiche berufliche Möglichkeiten oder die Aufgabe von sozialen und kulturellen Ambitionen. Die aus dieser strukturellen Konstellation sich ergebende Selbstverpflichtung zur Pflege beruht also einmal auf Zwängen (niedriges Einkommen) und zum anderen auf dem Fehlen von größeren Chancen, auf die man bei der selbst geleisteten Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen verzichten müsste. In den mittleren und höheren Milieus sind die Kosten einer Heimunterbringung natürlich auch spürbar, aber sie haben doch aufgrund der sehr viel besseren Einkommenssituation eine deutlich geringe Bedeutung. Hier ist sicher der Effekt der Pflegeversicherung nicht zu unterschätzen. In der Vergangenheit konnten Bezieher höherer Einkommen nicht damit rechnen, dass Heimkosten für einen Angehörigen durch die Sozialhilfe getragen werden. Die Pflegeversicherung übernimmt nun zumindest einen Teil davon und verringert damit deutlich den inhibierenden Effekt der Heimkosten. Dieser Effekt ist vermutlich besonders in den mittleren bis „gehobenen“ Einkommensgruppen wirksam, also da, wo in der Vergangenheit die Sozialhilfeberechtigungschwelle gerade überschritten wurde. In den höheren Milieus sind außerdem die Opportunitätskosten des Selberpflegens relativ hoch. Eine höhere Schulbildung und Berufsausbildung sind sowohl mit sozialen und kulturellen Ambitionen verbunden, wie aber auch mit der Vorstellung von beruflichen und ökonomischen Chancen, die man beim Selberpflegen aufgeben müsste. Die aus dieser strukturellen Konstellation sich ergebende Präferenz für die Heimpflege beruht also einmal auf der geringeren Bedeutung von Zwängen (höheres Einkommen) und zum anderen auf der durch Bildungs- und Berufsabschluss erzeugten Vorstellung von Chancen, auf die man bei der selbst geleisteten Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen verzichten müsste.

Die Untersuchungen haben gezeigt, dass sich die Pflegebereitschaften in verschiedenen sozialen Milieus sehr deutlich voneinander unterscheiden. Auch dieses Ergebnis ist wichtig, wenn wir abschätzen wollen, welche Chancen künftig die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen besitzen könnte. In der Vergangenheit war es so, dass sich die quantitative Bedeutung der Milieus, in denen die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung am größten ist, deutlich verringert hat. Von 1982 bis 2000 hat sich der Anteil des „traditionellen Unterschicht-Milieus“ nahezu halbiert auf nur noch etwas über 20 %. Der Anteil des liberal-bürgerlichen Milieus – also des Milieus mit der geringsten Bereitschaft zum Selberpflegen – stieg dagegen von 5 % auf fast 20 % und ebenfalls stark zugenommen hat das liberale Mittelschicht-Milieu von 3 % auf rund

12 %.⁶ Diese Milieu-Veränderungen lassen sich in erster Linie auf den Wertewandel und die damit verbundene Veränderung von Lebensentwürfen zurückführen und zwar in der Weise, dass „moderne Lebensentwürfe“ erheblich an Bedeutung gewonnen haben, also Lebensentwürfe, in denen Selbständigkeit, Eigeninteresse, Lösung aus traditionellen Bindungen und Lockerung der sozialen Verankerung im Vordergrund stehen. Auch die Anteile von Statusgruppen haben sich verändert, aber diese Veränderungen haben für den Wandel der Milieugruppen eine sehr viel geringere Bedeutung. Es ist anzunehmen, dass sich diese Trends im weiteren Verlauf des sozialen Wandels fortsetzen werden, d.h. dass der Anteil der sozialen Milieus mit der größten Bereitschaft zur häuslichen Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen weiter abnehmen wird.⁷

6. Das Ende der Solidarität? – Nahraum- und Fernraumsolidarität

Wenn der demographische und soziale Wandel sich fortsetzt und wenn die Anteile der sozialen Milieus sich so verändern, wie hier angenommen wurde: Müssen wir dann nicht von einem „Ende der Solidarität“ ausgehen? Das ist sicher nicht der Fall, aber wir müssen wohl damit rechnen, dass sich die Formen der Solidarität verändern. Das zeigt ein anderes Ergebnis unserer Untersuchungen, dass auch noch einmal Anlass gibt, über die Gründe für die soziale Verteilung von Solidarität nachzudenken. Die Bereitschaft zur Übernahme von Versorgungsverpflichtungen gegenüber einem pflegebedürftigen Angehörigen ist sicher eine Form von Solidarität. Man könnte hier von „Solidarität im Nahraum“ sprechen, denn die versorgungsbedürftige Person gehört zum unmittelbaren sozialen Umfeld. Als „Solidarität im Fernraum“ lässt sich dagegen die Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement für das Gemeinwesen betrachten, denn die Adressaten dieses Engagements gehören normalerweise nicht zum unmittelbaren sozialen Umfeld.

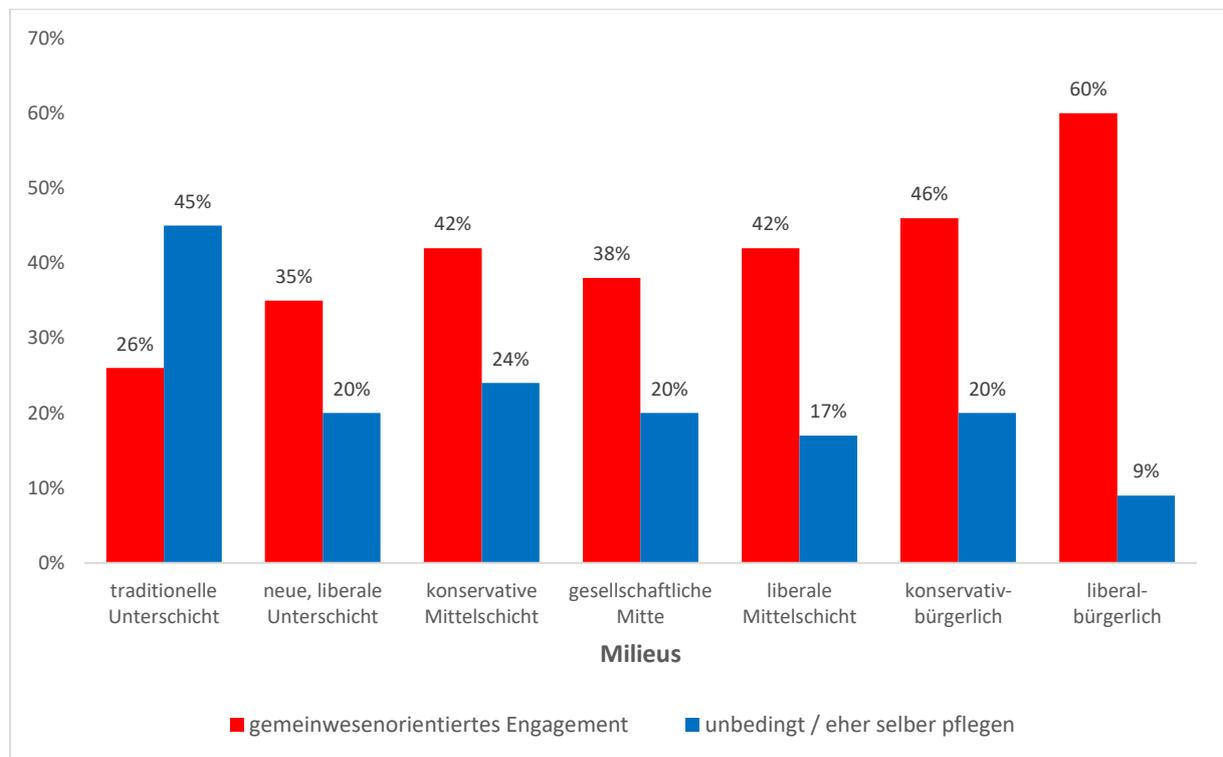
In unseren Untersuchungen zeigte sich, dass auch das gemeinwesenorientierte bürgerschaftliche Engagement – die freiwillige und ehrenamtliche Mitarbeit in Initiativen, in der Sozial- und Jugendarbeit, im Umweltschutz, bei der freiwilligen Feuerwehr oder bei Rettungsdiensten – in den sozialen Milieus sehr unterschiedlich ausgeprägt ist und sich gewissermaßen spiegelbild-

⁶ Hier sei angemerkt, dass diese Aussagen über die Anteile von Milieus natürlich auf methodischen Konstruktionen beruhen: 1. Die Einstufungen erfolgten auf der Basis von Gewichten für das Jahr 1996 – eine andere Basierung würde auch andere Anteile zur Folge haben. 2. Die Milieu-Klassifikation beruht auf einer formalen Einteilung der beiden „Achsen“ Sozialstatus und Lebensentwurf nach Standardabweichungen – es wären auch andere Grenzen denkbar und natürlich würde das die Milieu-Anteile verändern. 3. In der sozialen Wirklichkeit sind Milieus nicht so klar abgrenzbar und quantifizierbar wie im Rahmen dieser Untersuchungen. Die Aussagen über Milieu-Veränderungen können also nur Trends beschreiben – das aber doch mit großer Sicherheit, z.B., dass der Anteil des „traditionellen Unterschicht-Milieus“ *deutlich* abgenommen hat und 2000 vermutlich nur noch die Hälfte des Anteils von 1982 ausmacht.

⁷ Für diese Annahme spricht natürlich auch, dass u.a. als Folge der PISA-Studie mit verstärkten Bemühungen zu rechnen ist, den Rückstand gegenüber vergleichbaren Ländern aufzuholen, mit der Konsequenz, dass mittlere und höhere Bildungsabschlüsse und moderne Lebensentwürfe an Bedeutung gewinnen werden. Diese sicher wünschenswerte Konsequenz wird aber nicht ohne Auswirkungen für die Versorgungschancen von Pflegebedürftigen sein.

lich zur Pflegebereitschaft verhält: Das geringste Engagement ist im traditionellen Unterschicht-Milieu – also in den „Verlierer-Milieus“ – beobachtbar. Am häufigsten engagiert man sich im liberal-bürgerlichen Milieu – in den „Gewinner-Milieus“. Im traditionellen Unterschicht-Milieu ist also die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung eines Pflegebedürftigen sehr groß *und* es besteht nur eine relativ geringe Neigung zum bürgerschaftlichen Engagement in gemeinwesenorientierten Tätigkeitsfeldern. Im liberal-bürgerlichen Milieu dagegen besteht nur eine sehr geringe Bereitschaft zur häuslichen Pflege *und* eine sehr starke Neigung zum bürgerschaftlichen Engagement im Bereich der gemeinwesenorientierten Tätigkeiten. Die anderen Milieus liegen dazwischen, mit der Tendenz, dass mit steigenden strukturellen Ressourcen und mit zunehmender Annäherung an einen modernen Lebensentwurf das bürgerschaftliche Engagement deutlich zu- und die Bereitschaft zur häuslichen Pflege abnimmt (vgl. Abbildung 3) Der dominierende Prädiktor für das bürgerschaftliche Engagement ist allerdings die Verfügbarkeit über strukturelle Ressourcen und weniger der Lebensentwurf.

Abbildung 3: „Fernraum-“ und „Nahraumsolidarität“ in den sozialen Milieus – Gemeinwesenorientiertes Engagement und Pflegebereitschaften



Gründe für die soziale Verteilung von Solidarität: Handlungsstrukturen und Präferenzen

Diese in den Milieus beobachtbare unterschiedliche Bevorzugung der beiden Arten von Solidarität lässt sich durch Unterschiede in den Handlungsstrukturen und durch milieuspezifische Präferenzen erklären. Solidarität im Nahraum – auch Pflegeverpflichtungen gegenüber nahen Angehörigen – zeichnet sich durch ein hohes Maß an *kontinuierlicher* und *dauerhafter* Involviertheit aus, und Nahraumsolidarität ist auch nur *schwer kündbar*. Das ergibt sich aus dem spezifischen Verhältnis zu denjenigen, denen Unterstützung gewährt wird. Es handelt sich um

Personen, an die man nicht in einer vertragsmäßigen Weise gebunden ist. Das Ende der Beziehung ist nicht definiert und auch nicht oder nur mit erheblichen inneren Konflikten durch eine Entscheidung aufhebbar. In einer nahraumsolidarischen Beziehung sind die Beteiligten auch mit ihrer *ganzen Person* involviert, also nicht nur partikular, über spezifische Funktionen oder Rollenattribute. Das ist bei Fernraumsolidarität grundlegend anders. Die Zeitstruktur der Verpflichtungen ist eine andere. Das Engagement ist weniger kontinuierlich, sondern erstreckt sich auf ziemlich genau abgrenzbare Zeitbereiche, auf Termine. Es ist auch prinzipiell kündbar, zumindest lassen sich fernraumsolidarische Beziehungen leichter lösen, durch Rückzug, meistens sogar durch einseitige Erklärung oder einfaches Wegbleiben. Auch der Umfang der Involviertheit ist gänzlich anders. Die an der Beziehung Beteiligten begegnen sich im Allgemeinen in Ausschnitten, als Dienstleistende, Funktionäre, Helfende oder Beratende, ohne ihre ganze Person einbringen zu müssen. Fernraumsolidarität ermöglicht also Distanz und Privatheit außerhalb der Beziehung. Und Fernraumsolidarität richtet sich oft auch auf Fremde, also auf Personen, deren Identität und Biographie im Moment der Beziehungsaufnahme, oft sogar während der ganzen Beziehungsdauer, unbekannt ist. Handeln im Rahmen von Fernraumsolidarität ist im allgemeinen öffentliches Handeln, oder zumindest Handeln in einem halböffentlichen Raum, und bietet die Möglichkeit zum Auftreten in einer öffentlichen Rolle, vielleicht sogar die Chance, Anerkennung in einer solchen Rolle zu finden. Nahraumsolidarität findet dagegen im privaten Raum statt und die Chancen auf öffentliche Anerkennung sind nur sehr gering.

Alle diese Unterschiede in den Handlungsstrukturen von Nahraum- und Fernraumsolidarität können erklären, warum bürgerschaftliches Engagement in den „Gewinner-Milieus“ mit hohem strukturellen und symbolischen Kapital häufiger zu beobachten ist als in den „Verlierer-Milieus“. Fernraumsolidarität entspricht viel eher den auf Individualisierung, Flexibilität und Interesse an öffentlicher Anerkennung bezogenen Bedürfnissen moderner Subjekte und Nahraumsolidarität ist mit diesen Ansprüchen weniger gut vereinbar.⁸

Wenn nun der Anteil dieser Milieus an der Sozialstruktur zunimmt, wird man auch mit einem steigenden Interesse an gemeinwesenorientiertem bürgerschaftlichen Engagement rechnen können. Die hier beschriebenen Milieuveränderungen führen also nicht unbedingt zu einer Entsolidarisierung. Viel wahrscheinlicher ist eine Verlagerung der Solidarität vom Nahraum in den Fernraum. Was das unter pflegepolitischen Gesichtspunkten bedeuten könnte, wurde noch nicht ausreichend reflektiert. Sicher wird man nicht damit rechnen können, dass Versorgungsleistungen, die bisher entweder von nahen Angehörigen oder von Pflegediensten erbracht wurden, künftig in einer verlässlichen Weise von engagierten Bürgern übernommen werden. Aber es wäre denkbar, dass gegenüber Pflegenden sozial unterstützende Aktivitäten durch bürgerschaftlich Engagierte geleistet werden, dass sich Kreise und Initiativen bilden, die sich für Qualitätssicherung in der Pflege einsetzen und für den Ausbau einer effizienten und menschenwürdigen lokalen Pflegeinfrastruktur. Um das zu erreichen, wäre es wichtig, dass in den Kommunen ein

⁸ Zum Thema „moderne Subjektivität“ vgl. H. Popitz (1987); R. Sennett (1998).

Diskussions- und Partizipationsprozess über die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen in Gang gebracht wird.⁹

⁹ Begleitend zu unseren Untersuchungen fand ein solcher Prozess in Kassel statt.

Literatur

- Blinkert, B. / Klie, T. (1999):* Pflege im sozialen Wandel. Hannover
- Blinkert, B. / Klie, T. (2000):* Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität, in: Sozialer Fortschritt Jg. 49, S. 237-245
- Blinkert, B. / Klie, T. (2001):* Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, hektogr. Man. Berlin/Freiburg
- Bourdieu, P. (1989):* Die feinen Unterschiede. Frankfurt
- Herkommer, S. (1997):* Die feinen und die krassen Unterschiede der kapitalistischen Klassengesellschaft, in: Klages, H. / Strutynski, K. (Hg.): Kapitalismus am Ende des 20. Jahrhunderts, Hamburg, S. 67-81
- Hradil, S. (1987):* Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen
- Klie, T. / Schmidt, R. (2000):* Deutsche Pflegepolitik – Zwischen Besitzständen und europäischen Impulsen – zugleich ein Beitrag zur Diskussion um die Novellierung von SGB XI und Heimgesetz. In: Soziale Gerontologie, Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit, Frankfurt, S. 32-58.
- Kohlberg, L. (1984):* The psychology of moral development. The nature and validity of moral stages. San Francisco
- Popitz, H. (1987):* Autoritätsbedürfnisse. Der Wandel der sozialen Subjektivität. in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 39, Nr.3.
- Schmidt, R. (Hg.) (2000):* Heimkonzept der Zukunft. Hannover
- Sennett, R. (1998):* Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin
- Vester, M., Oertzen v., P., Geiling, H. u.a. (1993):* Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung. Köln